



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-septième session

Budapest (Hongrie), 11-14 septembre 2017

Point 5 h) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC67/8

5 septembre 2017

170637

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapports de situation

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

- A. la mise en œuvre du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 (résolution EUR/RC61/R4) ;
- B. la mise en œuvre du Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 (résolution EUR/RC64/R7) ;
- C. la mise en œuvre du Plan d'action européen sur la santé mentale (résolution EUR/RC63/R10) ;
- D. l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC59/R5).

Sommaire

	page
A. Rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 (résolution EUR/RC61/R4).....	3
Généralités : la nécessité d'une action renforcée en Europe	3
Initiatives politiques en matière d'alcool : les dix domaines d'action.....	4
Politique en matière d'alcool : principaux progrès accomplis.....	7
Le rôle du Bureau régional	7
Annexe A1. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays de la Région européenne de l'OMS	10
Annexe A2. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays de la Région européenne de l'OMS, 1990-2016.....	12
B. Rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 (résolution EUR/RC64/R7)	17
Introduction et contexte	17
Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020	18
Centres collaborateurs.....	24
Conclusions et perspectives	24
C. Rapport de situation concernant la mise en œuvre du Plan d'action européen sur la santé mentale (résolution EUR/RC63/R10)	26
Introduction et contexte	26
Plan d'action européen sur la santé mentale.....	27
Centres collaborateurs.....	35
Conclusions et perspectives	35
Annexe C1. Survol des informations fournies dans l'Atlas de la santé mentale 2014 pour les États membres de la Région européenne de l'OMS	36
D. Rapport de situation final sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC59/R5)	37
Introduction et contexte	37
L'utilisation du RSI (2005) dans la Région européenne.....	38
L'application du RSI (2005) dans la Région européenne.....	39
Le respect du RSI (2005) dans la Région européenne.....	41
Conclusion	41

Catégorie 2. Maladies non transmissibles

A. Rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 (résolution EUR/RC61/R4)

Généralités : la nécessité d'une action renforcée en Europe

1. Dans sa résolution EUR/RC61/R4 adoptée en 2011, lors de la soixante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR61), le Comité régional recommande aux États membres¹ d'utiliser le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 (document EUR/RC61/13) pour élaborer ou, le cas échéant, réviser des politiques nationales en matière d'alcool et des plans d'action nationaux concernant l'alcool. Il demande également à la directrice régionale d'aider les États membres et les organisations dans leurs efforts visant à élaborer et à mettre en œuvre des politiques nationales permettant de prévenir ou de réduire les dommages résultant de la consommation d'alcool ; de suivre les progrès, l'impact et la mise en œuvre du plan d'action ; et d'utiliser les informations recueillies pour réviser et mettre à jour le Système d'information européen sur l'alcool et la santé.

2. La Région européenne est, des six Régions de l'OMS, celle où la consommation d'alcool est la plus élevée chez l'adulte. En 2016, la consommation moyenne d'alcool dans la population adulte européenne (≥ 15 ans) était de 10,21 d'alcool pur, soit une baisse par rapport aux quantités rapportées en 2007 et en 2010 (11,9 et 11,21, respectivement). Les tendances propres à 51 États membres figurent dans les annexes A1 et A2. De 2012 à 2016, la consommation d'alcool chez les adultes a diminué dans 53 % des États membres, a augmenté dans 37 % d'entre eux, et est restée constante dans 10 % d'entre eux. La consommation moyenne non déclarée a été estimée en 2016 à 1,91 d'alcool pur, soit 18,6 % de la consommation totale de la Région européenne. Ce pourcentage est resté stable au cours de ces 10 dernières années. En 2016, le taux d'abstinence de 12 mois fut en moyenne de 30 %, les taux les plus bas étant observés en Europe occidentale, et les taux les plus élevés dans les États membres constitués d'une importante population de Musulmans, comme la Turquie et les pays d'Asie centrale. Les hommes boivent davantage que les femmes : la consommation moyenne par habitant, chez les buveurs seulement, était en 2014 de 19,4 l d'alcool pur pour les hommes et de 12,9 l pour les femmes. L'alcoolisme ponctuel immodéré se définit comme la consommation d'au moins 60 g d'alcool en une même occasion. En moyenne, et chez les buveurs seulement, 31,8 % des hommes et 12,6 % des femmes ont signalé ce type de consommation au cours du mois écoulé, d'importantes différences étant d'ailleurs observées entre les États membres.

3. Selon des estimations de 2010, 6,4 % des hommes adultes et 1,2 % des femmes adultes de la Région européenne sont dépendants de l'alcool. Ces pourcentages sont respectivement de 12,6 % et de 2,9 % en ce qui concerne les troubles liés à l'alcool.

¹ et, si applicable, aux organisations régionales d'intégration économique.

Initiatives politiques en matière d'alcool : les dix domaines d'action²

Leadership, sensibilisation et engagement

4. Depuis l'approbation en 2011 du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020, les pays s'emploient à formuler ou à revoir leur politique nationale en matière d'alcool. Sur les 53 États membres ayant fourni des informations au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en date de décembre 2016, 38 avaient rédigé une politique nationale en matière d'alcool, et 13 d'entre eux procédaient d'ailleurs à la mise à jour de leur politique. Sur les 15 États membres ne disposant d'aucune politique nationale dans ce domaine, 10 avaient entrepris d'en élaborer une.

5. Depuis 2011, les pays suivants ont soit modifié leur politique en matière d'alcool, soit adopté une telle politique : l'Albanie, l'Allemagne, l'Autriche, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, la Bulgarie, Chypre, l'Estonie, la Fédération de Russie, la Finlande, la France, la Géorgie, l'Irlande, l'Islande, Israël, le Kazakhstan, la Lettonie, la Lituanie, le Monténégro, la Norvège, l'Ouzbékistan, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République de Moldova, la République tchèque, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède, la Suisse et le Tadjikistan.

Action des services de santé

6. Le secteur de la santé joue un rôle important en recensant les personnes dont la consommation d'alcool atteint un niveau nocif et celles qui ont besoin d'un traitement à la suite d'un trouble lié à l'alcool. Plusieurs pays s'emploient actuellement à réaliser des dépistages ainsi que de brèves interventions dans le cadre des soins de santé primaires, et 30 États membres³ disposent, pour ce type d'interventions, de directives cliniques adoptées ou approuvées par au moins un organisme professionnel des soins de santé.

Action de proximité et sur le lieu de travail

7. Des projets d'intervention de proximité ont été mis en place dans 43 États membres⁴ en collaboration avec des parties prenantes. Les organisations non gouvernementales (41 États membres) et les organismes publics locaux (32 États membres) figurent parmi les principaux partenaires.⁴ En outre, 20 États membres⁴ font état de la participation d'agents économiques (l'industrie de l'alcool dans la majorité des cas).

8. Vingt-deux États membres⁵ disposent de directives nationales pour la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool sur le lieu de travail et les services de conseil à cet égard. En outre, dans 19 États membres, le dépistage de la consommation d'alcool sur le lieu de travail est régi par la loi.

² Pour de plus amples informations sur les diverses mesures adoptées par les États membres, veuillez vous référer au Système d'information européen sur l'alcool et la santé (<http://who.int/gho/eisah>, consulté le 24 avril 2017).

³ Données non disponibles pour 3 États membres.

⁴ Données non disponibles pour 2 États membres.

⁵ Données non disponibles pour 1 État membre.

Politiques et mesures de lutte contre l'alcool au volant

9. Tous les pays sauf 2 appliquent un taux d'alcoolémie maximum $\leq 0,5$ g/l pour les usagers de la route dans la population générale. Sept pays ont adopté une législation en faveur d'une tolérance zéro à cet égard.

10. Des alcootests aléatoires, à l'occasion desquels les conducteurs peuvent être arrêtés par la police à tout moment pour mesurer la teneur d'alcool de l'air expiré par ceux-ci, sont réalisés dans 47 États membres. Enfin, dans 32 pays, la police met en place des barrages routiers ou des points de contrôle de l'alcoolémie sur la voie publique afin de contrôler la conduite en état d'ivresse et ce, afin d'appliquer la limite légale du taux d'alcoolémie maximal.

Offre d'alcool

11. Tous les États membres ont mis en place des réglementations imposant une limite d'âge pour la vente de boissons alcoolisées. Si l'âge légal généralement appliqué pour tous les types d'alcool est de 18 ans, 8 pays imposent encore une limite d'âge de 16 ans pour la vente de bière et de vin en dehors des lieux de consommation. En ce qui concerne justement les ventes en dehors des lieux de consommation, 24 pays imposent des restrictions sur les heures d'ouverture, 33 pays lors de certains événements, et 23 pays sur les ventes dans les stations-service. Trente et un pays⁵ ont indiqué qu'ils ont interdit la consommation d'alcool dans les établissements de soins de santé, 33 dans les bâtiments scolaires, 20⁵ dans les bâtiments publics et 25 dans les transports publics.

12. Trente-quatre États membres⁴ ont signalé des restrictions concernant la vente d'alcool aux personnes en état d'ébriété sur les lieux de consommation. Enfin, 30 à 32 États membres ont fait état de restrictions concernant les lieux de vente, en fonction du type de boisson, et très peu de pays ont signalé des restrictions sur les jours de vente ou sur la densité des points de vente.

Marketing des boissons alcoolisées

13. Quarante-neuf États membres appliquent des réglementations juridiquement contraignantes en matière de publicité pour l'alcool, et 39 pays imposent des restrictions sur le placement de boissons alcoolisées. Treize États membres appliquent une interdiction totale de la publicité pour la bière à la télévision nationale ; 13 et 20 États membres imposent une interdiction totale de la publicité pour les vins et les spiritueux à la télévision nationale, respectivement. En revanche, 6 États membres n'appliquent aucune restriction sur la publicité pour la bière à la télévision nationale ; 5 et 3 États membres n'appliquent aucune restriction sur la publicité pour les vins et les spiritueux à la télévision nationale, respectivement. Tous les autres pays ont mis en place des réglementations partielles ou volontaires.

Politiques de prix

14. À l'exception d'un État membre⁵, les boissons alcoolisées sont soumises à une TVA supérieure à 0 %, le taux variant de 4,5 à 27 % (la plupart des pays appliquent une taxation de l'ordre de 15 à 20 %). Tous les pays sauf 1 font état de droits d'accise sur les spiritueux, et tous les pays sauf 2 prélèvent cette taxe sur la bière⁵ ; 15 États membres⁵ n'imposent aucun droit d'accise sur le vin. Seize États membres indiquent un ajustement régulier du niveau du droit d'accise afin de tenir compte de l'inflation.

15. Un certain nombre de pays (Fédération de Russie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Slovaquie et Ukraine) ont signalé qu'ils imposent un prix minimum pour la vente au détail de boissons alcoolisées. L'Écosse a légiféré afin que soit appliquée une politique de fixation de prix minimum.

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

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

17. Dans 13 États membres, la loi exige l'apposition de messages de sécurité ou de mises en garde sanitaires sur les bouteilles, les canettes ou tout autre emballage ou récipient contenant des boissons alcoolisées en vue d'informer les consommateurs des risques associés à la consommation d'alcool ou de leur rappeler les dangers encourus.

18. Seize États membres ont introduit sur leur territoire une obligation légale d'afficher, sur les étiquettes des contenants d'alcool, des informations sur la teneur en calories, additifs et vitamines à l'intention des consommateurs⁵.

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

19. Au moment de la collecte des données, tous les États membres, à l'exception de 2, avaient adopté une législation nationale afin d'empêcher la production ou la vente illicites de boissons alcoolisées de fabrication artisanale (par les particuliers) ou informelle.

20. Dans plusieurs pays, des étiquettes ou timbres fiscaux (taxes, droits acquittés ou d'accise) sont apposés sur les contenants de boissons alcoolisées (pour la bière dans 9 États membres, le vin dans 22 États membres et les spiritueux dans 33 États membres).

Suivi et surveillance

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

22. Quarante et un États membres publient régulièrement des rapports complets sur la situation nationale en matière d'alcool. Trente-cinq États membres⁵ ont fait état de la publication de rapports nationaux contenant des données épidémiologiques sur la prévalence et les caractéristiques de la consommation d'alcool ainsi que sur les troubles qui y sont associés. Trente-huit États membres⁵ ont fait état de la publication de rapports nationaux contenant des données provenant des services de santé sur la consommation d'alcool et les troubles qui y sont associés.

Politique en matière d'alcool : principaux progrès accomplis

23. Plusieurs initiatives ont été prises dans la Région européenne depuis l'adoption du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020. Certes, il n'est guère possible d'établir un lien direct entre, d'une part, les progrès réalisés et, d'autre part, les mesures spécifiques prises par les États membres ou les interventions de l'OMS. Toutefois, depuis la publication de l'*European Status Report on Alcohol and Health 2010* [Rapport de situation sur l'alcool et la santé en Europe 2010]⁶, certains pays ont adopté des politiques plus strictes en matière d'alcool, comme indiqué ci-dessous :

- a) le nombre d'États membres ayant rédigé une politique nationale ou sous-nationale est passé de 30 à 38 ; 72 % de l'ensemble des pays de la Région européenne disposent désormais d'une telle politique ;
- b) le nombre d'États membres ayant mené des activités nationales de sensibilisation est passé de 39 à 49 ;
- c) le nombre d'États membres appliquant un taux d'alcoolémie maximum $\leq 0,5$ g/l pour les usagers de la route dans la population générale est passé de 42 à 51, et les alcootests aléatoires sont désormais utilisés dans 47 pays, contre 27 en 2010 ;
- d) le nombre d'États membres appliquant un âge minimum de 18 ans pour l'achat de boissons alcoolisées en dehors des lieux de consommation est passé de 31 à 43 ;
- e) le nombre d'États membres appliquant des réglementations juridiquement contraignantes en matière de publicité pour l'alcool est passé de 42 à 49 ;
- f) le nombre d'États membres appliquant des réglementations juridiquement contraignantes en matière de placement de boissons alcoolisées est passé de 31 à 39 ;
- g) le nombre d'États membres exigeant des mises en garde sanitaires sur les publicités pour l'alcool est passé de 12 à 22 ;
- h) le nombre d'États membres ajustant le niveau de fiscalité des boissons alcoolisées en fonction de l'inflation est passé de 7 à 16 ;
- i) le nombre d'États membres ayant adopté une législation visant à empêcher la production ou la vente illicites de boissons alcoolisées de fabrication artisanale ou informelle est passé de 41 à 51.

Le rôle du Bureau régional

Gouvernance

24. Depuis 1992, lorsque le premier Plan d'action européen contre l'alcoolisme (document EUR/RC42/8) a été adopté par le CR42 (résolution EUR/RC42/R8), le Bureau régional a organisé des consultations avec les représentants nationaux sur la politique en matière d'alcool. Après l'adoption en 2011 du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020, des représentants nationaux sur la politique en matière d'alcool ont assisté à des consultations régionales à Varsovie (Pologne, 2012), à Istanbul (Turquie, 2013), à Genève (Suisse, 2014) et à Ljubljana (Slovénie, 2016). La toute dernière consultation régionale a été

⁶ Sur la base de données fournies par 45 États membres.

organisée dos à dos avec la 7^e Conférence européenne pour la politique en matière d'alcool accueillie en novembre 2016 par le ministère slovène de la Santé. Lors d'un atelier spécial sur la prévention des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale organisé au cours de la consultation régionale, le Bureau régional a lancé la publication intitulée *Prevention of Harm Caused by Alcohol Exposure in Pregnancy: Rapid Review and Case Studies from Member States* [Prévention des dommages provoqués par une exposition prénatale à l'alcool : examen rapide et études de cas en provenance d'États membres]. En 2016, le Bureau régional a également publié le rapport intitulé *Public Health Successes and Missed Opportunities: Trends in Alcohol Consumption and Attributable Mortality in the WHO European Region, 1990–2014* [Les succès de la santé publique et les occasions manquées : les tendances en matière de consommation d'alcool et de mortalité imputable à l'alcool dans la Région européenne de l'OMS, 1990-2014]. Afin d'appuyer le travail du Bureau régional à cet égard, les points focaux ont communiqué des données sur la consommation d'alcool, la nocivité et les initiatives politiques qui, d'ailleurs, ont été utilisées pour le Système d'information européen de l'OMS sur l'alcool et la santé.

25. Le Bureau régional a publié et distribué le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020 sous forme d'une publication séparée en anglais et en russe. Celle-ci comprend le texte de la résolution EUR/RC61/R4, ainsi que les définitions des indicateurs liés aux dix domaines d'action. Le plan d'action européen embrasse les 5 objectifs et les 10 domaines d'action de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool approuvée en 2010 par la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution WHA63.13. Tous les indicateurs définis dans le plan d'action figurent dans le Système européen d'information sur l'alcool et la santé.

26. Le Bureau régional a collaboré avec les États membres, des organisations intergouvernementales et les principaux partenaires au sein du système des Nations Unies dans le but d'encourager l'action multisectorielle, de renforcer les capacités nationales, de recenser de nouvelles possibilités de partenariat, et d'encourager l'adoption d'approches efficaces et rentables visant la réduction de l'usage nocif de l'alcool dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles. Ces initiatives permettent aussi d'honorer les engagements du Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies, du Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS et de Santé 2020, le cadre politique européen pour la santé et le bien-être.

27. Le Bureau régional a apporté son soutien à la tenue, dans plusieurs pays de la Région européenne, d'ateliers de renforcement des capacités sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques en matière d'alcool liées à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles. Ainsi a-t-il pu faciliter la formulation de politiques dans ce domaine. Un appui technique a été apporté aux réunions sur la politique en matière d'alcool organisées depuis 2012 dans plusieurs États membres : Arménie, Belgique, Croatie, Danemark, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, Italie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Monténégro, Norvège, Pologne, Portugal, République de Moldova, Royaume-Uni, Slovaquie et Turquie. En outre, le Bureau régional a étroitement collaboré avec plusieurs États membres en vue d'actualiser leur politique en matière d'alcool ou d'en élaborer une nouvelle conformément au Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020. Un dialogue a été engagé entre, d'une part, le Bureau régional et, d'autre part, des organisations non gouvernementales et des associations professionnelles sur la manière de contribuer à la réduction de l'usage nocif de l'alcool. Le Bureau régional a envoyé des représentants aux réunions organisées par plusieurs organisations non gouvernementales, un certain nombre

d'entre elles ayant d'ailleurs été invitées à participer aux réunions des points focaux nationaux pour la politique en matière d'alcool.

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

28. La production et la diffusion des connaissances sur l'usage de l'alcool, les méfaits imputables à sa consommation et les interventions politiques menées dans les États membres ont été améliorées en affinant la collecte et l'analyse des données, et en procédant à une plus grande diffusion des résultats. Le Bureau régional collabore avec le Siège de l'OMS et la Commission européenne à cette fin. Un projet a été réalisé avec la Commission européenne en 2011-2013 afin d'assurer l'utilisation d'indicateurs identiques et la mise en place d'un système unifié de collecte et d'analyse des données. Un nouveau projet a débuté en janvier 2016 en collaboration avec la Commission européenne, et prendra fin le 31 décembre 2018. Il se concentre sur la surveillance de l'alcool, les nouvelles publications relatives aux politiques en matière d'alcool, les consultations régionales ainsi que l'établissement de rapports dans le cadre de l'« Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016) » [Plan d'action sur la consommation d'alcool chez les jeunes et l'alcoolisme ponctuel immodéré (2014-2016)], adopté par le Comité de politique et d'action nationales en matière d'alcool (CNAPA) de la Commission européenne.

29. En 2016, l'enquête mondiale de l'OMS sur l'alcool et la santé a été réalisée conjointement avec les États membres de la Région européenne. Plusieurs indicateurs régionaux ont été pris en compte à cette occasion, et les données seront utilisées pour rédiger un rapport régional contenant des profils nationaux sur la consommation d'alcool, la nocivité et les politiques.

30. Le Bureau régional a élaboré et utilisé de nouveaux indicateurs sur les taux de mortalité due à la consommation d'alcool d'après la base de données européenne de la Santé pour tous, et continuera d'améliorer la qualité des informations relatives aux méfaits causés par l'alcool.

31. Un nouveau système de notation des politiques en matière d'alcool a été élaboré en vue d'évaluer leur efficacité dans les pays. Un profil national sera élaboré pour chacun des dix domaines d'action du Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020. Il pourra servir de guide dans la mise en œuvre des nouvelles politiques destinées à réduire l'usage nocif de l'alcool. Un rapport à ce sujet a été publié en mai 2017. Plusieurs indicateurs fondés sur des données probantes sont utilisés pour chacun des dix domaines d'action afin d'évaluer la mise en œuvre de la politique.

Annexe A1. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays de la Région européenne de l'OMS¹

Tableau 1. Comparaison de la consommation totale d'alcool en litres par habitant adulte et par pays de la Région européenne de l'OMS, 2012 et 2016¹

Pays	Consommation totale (l)		Différence en %
	2012	2016	
Albanie	7,2	6,4	-11,1
Allemagne	12,7	13,4	5,5
Andorre	11,6	12,0	3,4
Arménie	5,4	5,4	0,0
Autriche	10,3	10,8	4,9
Azerbaïdjan	3,1	3,1	0,0
Bélarus	18,7	15,0	-19,8
Belgique	10,9	11,4	4,6
Bosnie-Herzégovine	6,8	6,2	-8,8
Bulgarie	12,2	12,5	2,5
Chypre	10,8	10,8	0,0
Croatie	13,2	10,7	-18,9
Danemark	10,6	10,6	0,0
Espagne	10,2	10,8	5,9
Estonie	13,1	11,1	-15,3
Ex-République yougoslave de Macédoine	6,5	6,5	0,0
Fédération de Russie	15,2	12,2	-19,7
Finlande	11,6	10,5	-9,5
France	13,0	13,3	2,3
Géorgie	10,2	9,8	-3,9
Grèce	9,6	8,5	-11,5
Hongrie	12,9	12,4	-3,9
Irlande	12,6	13,4	6,3
Islande	7,2	8,6	19,4
Israël	3,3	3,9	18,2
Italie	7,7	7,9	2,6
Kazakhstan	8,8	7,8	-11,4
Kirghizistan	9,4	7,2	-23,4
Lettonie	12,1	12,7	5,0
Lituanie	16,3	15,2	-6,7
Luxembourg	12,8	13,4	4,7
Malte	7,0	7,8	11,4
Monaco	n. d.	n. d.	n. d.
Monténégro	8,6	7,6	-11,6

¹ Toutes les données sont des moyennes triennales et comprennent trois composantes : la consommation déclarée, non déclarée et celle des touristes. Si les données ont été validées, la plupart des États membres ne peuvent valider que la consommation déclarée.

Pays	Consommation totale (l)		Différence en %
	2012	2016	
Norvège	7,9	7,1	-10,1
Ouzbékistan	2,8	2,7	-3,6
Pays-Bas	9,6	8,7	-9,4
Pologne	12,0	12,2	1,7
Portugal	13,0	12,6	-3,1
République de Moldova	18,0	14,4	-20,0
République tchèque	14,1	14,6	3,5
Roumanie	12,1	11,5	-5,0
Royaume-Uni	11,8	11,6	-1,7
Saint-Marin	n. d.	n. d.	n. d.
Serbie	11,3	10,8	-4,4
Slovaquie	12,4	11,7	-5,6
Slovénie	11,6	13,3	14,7
Suède	9,4	9,1	-3,2
Suisse	10,6	10,8	1,9
Tadjikistan	2,6	3,4	30,8
Turkménistan	6,5	6,2	-4,6
Turquie	2,3	2,1	-8,7
Ukraine	12,7	9,8	-22,8

n. d. : non disponible.

Annexe A2. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays de la Région européenne de l'OMS, 1990-2016^a

Figure 1. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays du groupe 1 (1990-2016)

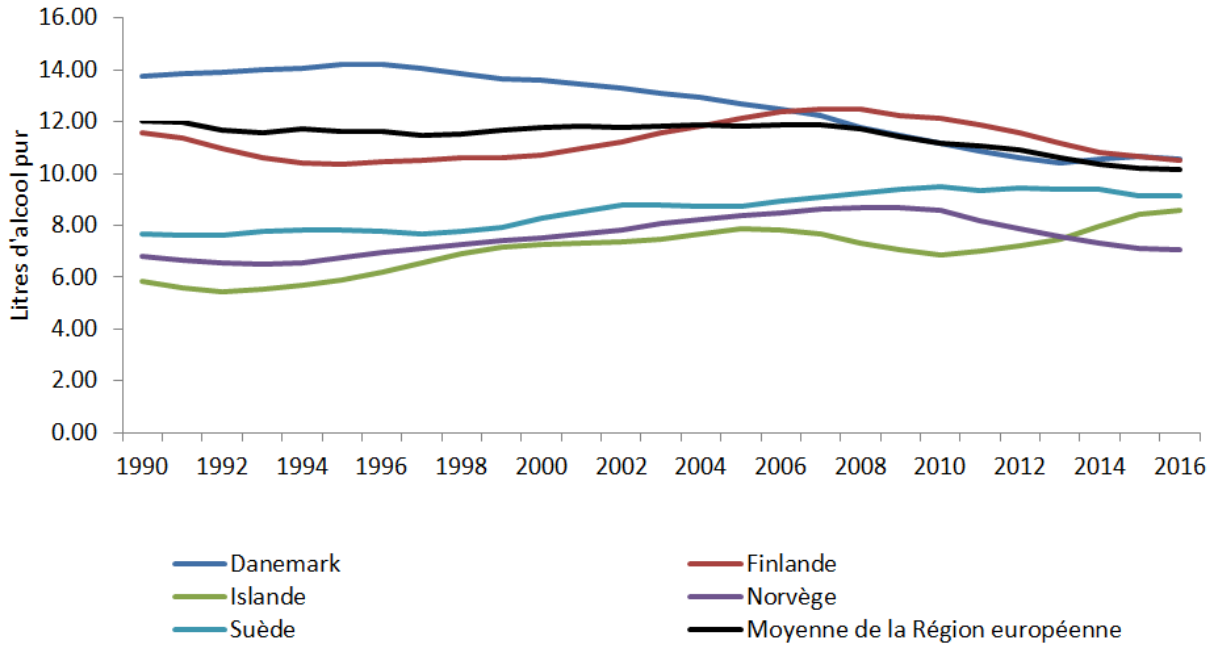


Figure 2. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays du groupe 2 (1990-2014)

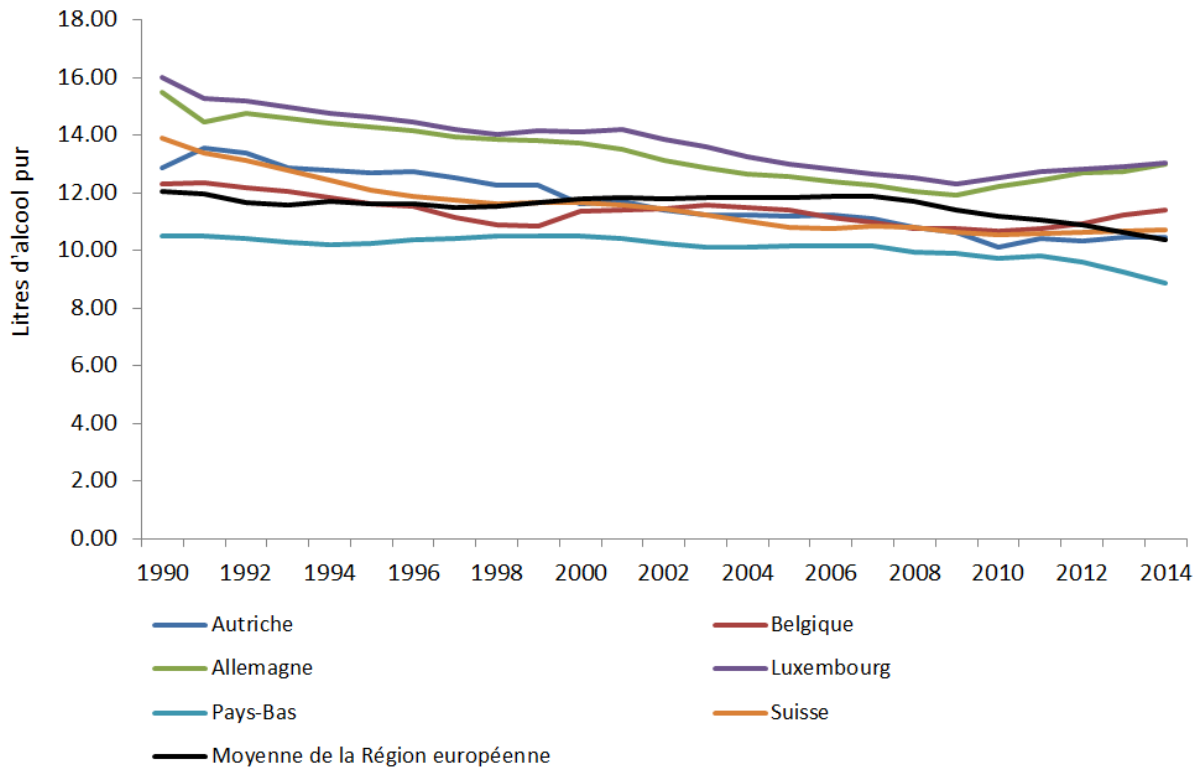


Figure 3. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays du groupe 3¹ (1990-2016)

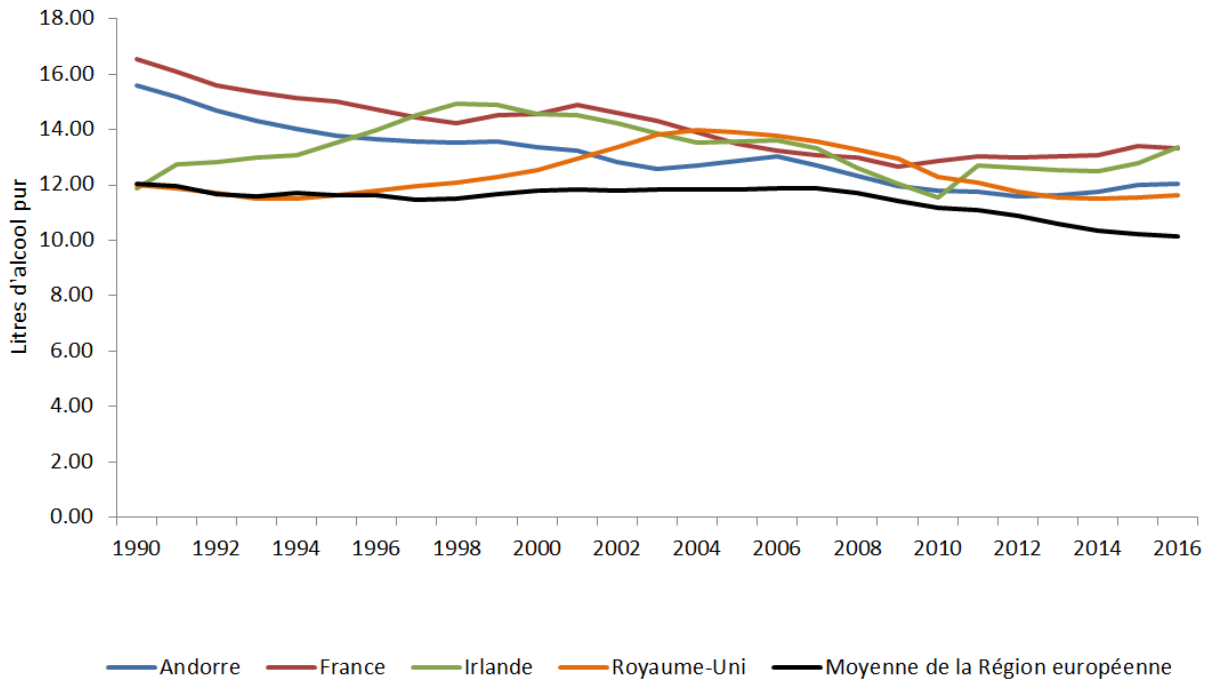
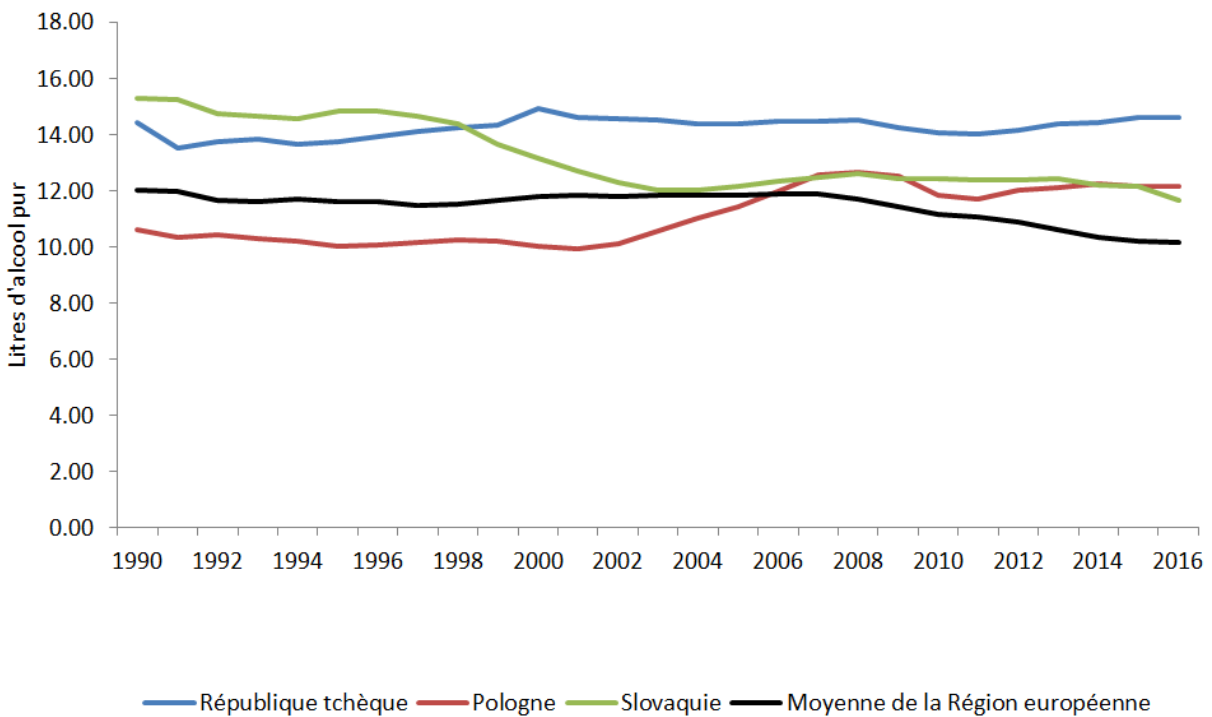


Figure 4. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays du groupe 4 (1990-2016)



¹ Données non disponibles pour Monaco et Saint-Marin.

Figure 5. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays du groupe 5 (1990-2016)

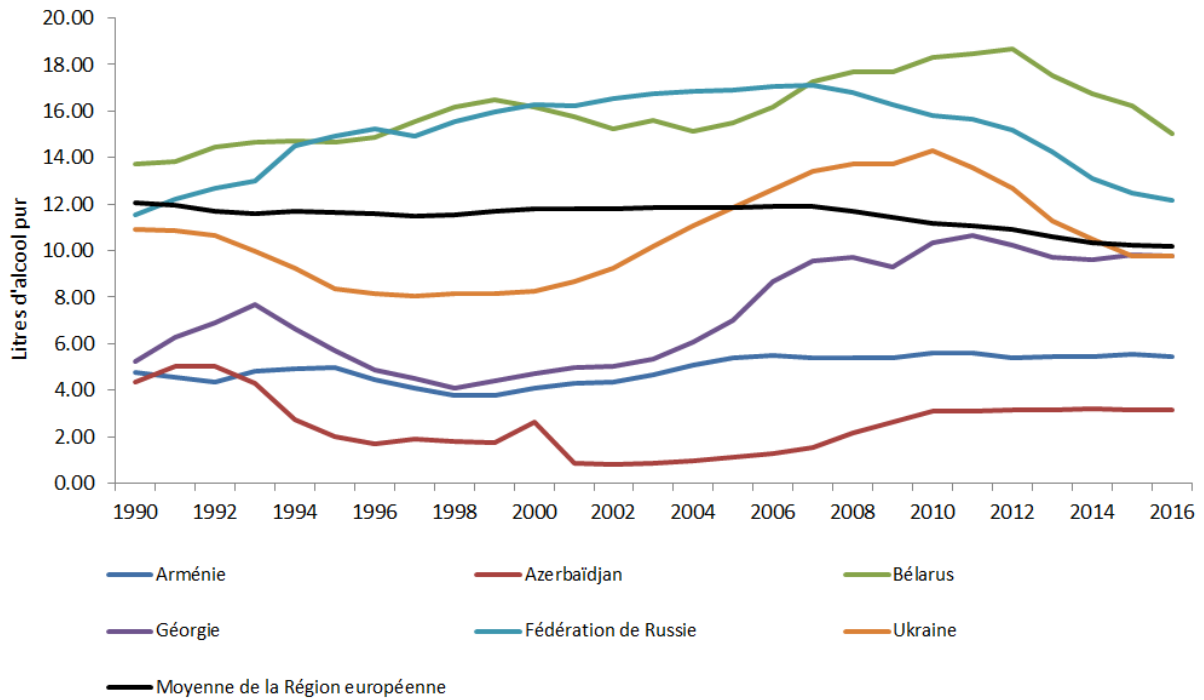


Figure 6. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays du groupe 6 (1990-2016)

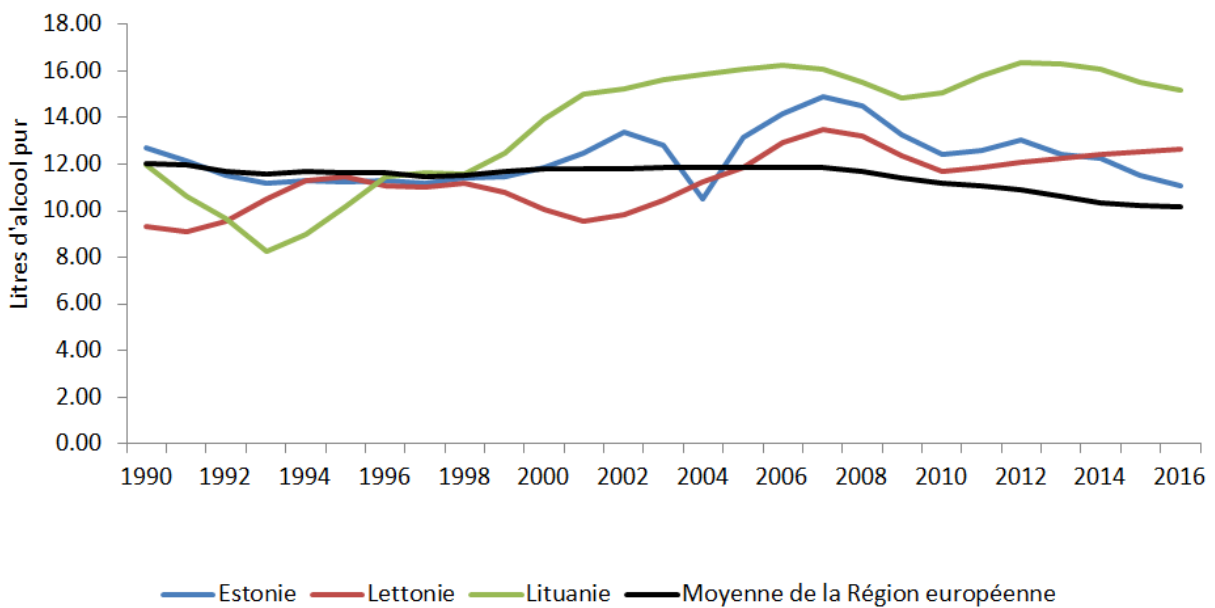


Figure 7. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays du groupe 7 (1990-2016)

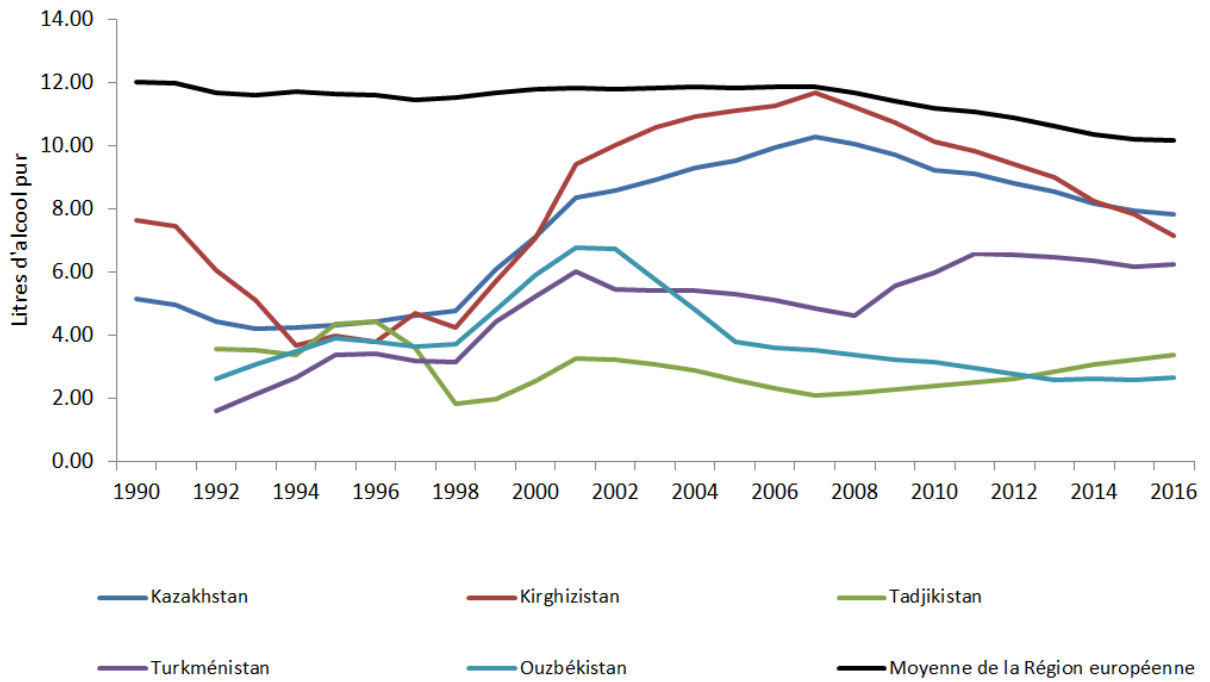


Figure 8. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays du groupe 8 (1990-2016)

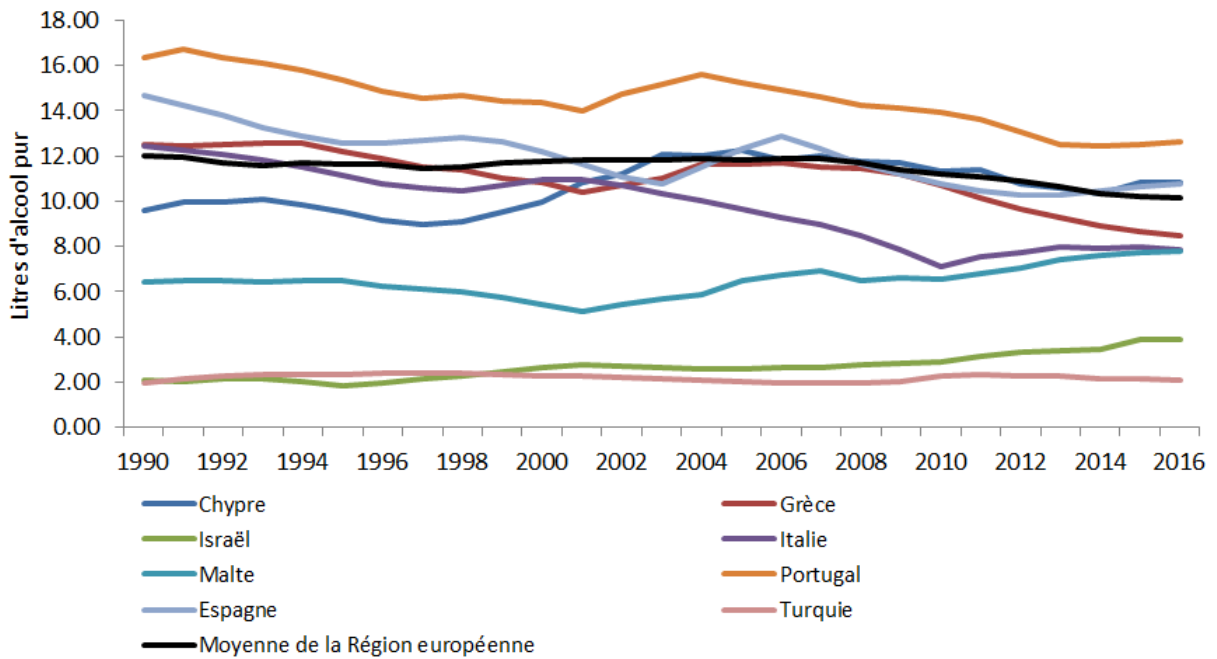
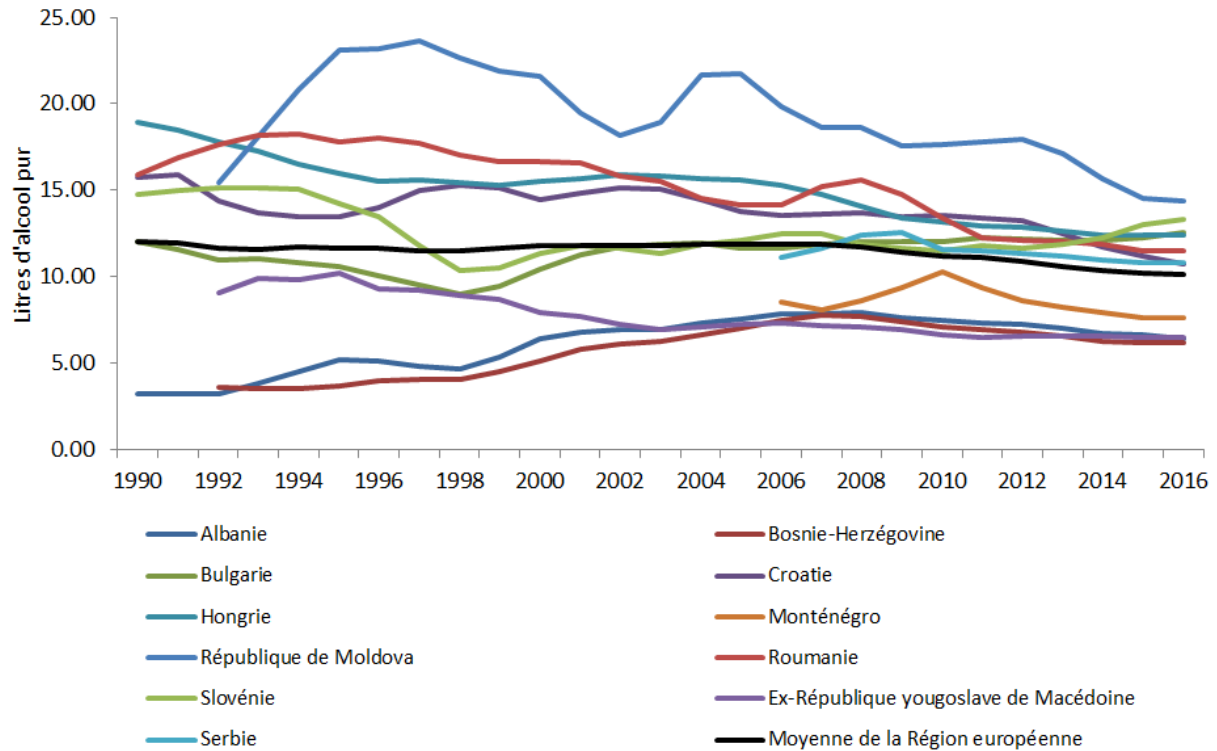


Figure 9. Consommation totale d'alcool par habitant adulte et par pays du groupe 9 (1990-2016)



^a Dans la présente annexe, les États membres sont répartis en neuf groupements sous-régionaux. Ces derniers se définissent en partie en fonction de la région géographique et en partie en fonction des habitudes et traditions de consommation d'alcool.

Groupe 1 : Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède.

Groupe 2 : Allemagne, Autriche, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Suisse.

Groupe 3 : Andorre, France, Irlande, Monaco, Royaume-Uni, Saint-Marin.

Groupe 4 : Pologne, République tchèque, Slovaquie.

Groupe 5 : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Ukraine.

Groupe 6 : Estonie, Lettonie, Lituanie.

Groupe 7 : Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turkménistan.

Groupe 8 : Chypre, Espagne, Grèce, Israël, Italie, Malte, Portugal, Turquie.

Groupe 9 : Albanie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Hongrie, Monténégro, République de Moldova, Roumanie, Serbie, Slovaquie.

B. Rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 (résolution EUR/RC64/R7)

Introduction et contexte

1. Le présent rapport fournit des informations sur les progrès réalisés au cours des trois années écoulées depuis l'adoption, par la soixante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR64) organisée à Copenhague (Danemark) en septembre 2014, de la résolution EUR/RC64/R7 souscrivant au Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle. Le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 (document EUR/RC64/14) contribue à concrétiser la vision et la mission de Santé 2020, le cadre politique européen de la santé et du bien-être, qui a été entériné par le Comité régional en 2012.

2. En adoptant ce plan d'action, les États membres ont franchi une étape décisive vers la promotion d'une alimentation saine et la lutte contre les taux élevés d'obésité et de maladies non transmissibles liées à l'alimentation dans la Région européenne de l'OMS. Le plan d'action plaide en faveur de l'élaboration d'un large éventail de politiques afin d'aider tous les segments de la population à suivre un régime alimentaire plus équilibré et à maintenir un poids corporel sain.

3. Il est prouvé que la charge de la mauvaise alimentation, de l'excédent de poids et d'autres formes de malnutrition reste particulièrement importante dans la Région européenne. Dans de très nombreux États membres, les régimes alimentaires à haute densité énergétique, la forte consommation de matières grasses, d'acides gras *trans*, de sucres libres et de sel, la faible consommation de fruits et de légumes, et les taux élevés de surcharge pondérale entravent les progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles mondiales en matière de maladies non transmissibles.

4. Ce plan d'action s'aligne sur les cadres mondiaux existants en matière de nutrition et en matière de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et le Plan d'application exhaustif de l'OMS concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Les cibles mondiales volontaires qui ont été dégagées de ces processus mondiaux ont été prises en compte dans le plan d'action, à savoir :

- a) stopper la progression de l'obésité et du diabète ;
- b) freiner la prévalence toujours plus élevée de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de 5 ans ;
- c) réduire de 30 % la consommation moyenne de sel et de sodium au sein de la population ;
- d) porter à au moins 50 % le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie ;
- e) réduire de 40 % la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance ;
- f) réduire de 50 % la prévalence de l'anémie chez les femmes non enceintes en âge de procréer.

Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020

5. Ce rapport est rédigé à mi-chemin du délai fixé pour la réalisation du Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 dans la Région européenne de l'OMS. Ce dernier vise à éviter les décès prématurés et à réduire dans une large mesure la charge des maladies non transmissibles évitables et liées à l'alimentation, de l'obésité et de toutes les autres formes de malnutrition encore répandues dans la Région.

6. Dans sa résolution EUR/RC64/R7, adoptée en septembre 2014, le Comité régional demande à la directrice régionale de faire rapport sur la mise en œuvre du plan d'action au CR67 en septembre 2017. Le présent rapport permet d'honorer cet engagement de la manière suivante :

- en décrivant la situation actuelle, en rendant compte des progrès accomplis et en définissant les domaines d'action future ;
- en dressant un tableau concret et factuel des progrès réalisés à cet égard sur la base des dernières analyses des données épidémiologiques, des informations relatives à la consommation alimentaire et à la composition des aliments, et des réponses apportées par les États membres à un questionnaire standard sur la mise en œuvre des politiques dans ce domaine.

7. L'encadré B1 ci-dessous énonce les cinq domaines prioritaires découlant des cinq objectifs du plan d'action (document EUR/RC64/14). Chacun de ces domaines prioritaires propose aux États membres comme au Bureau régional un ensemble de mesures susceptibles d'aboutir à des résultats mesurables, et d'accomplir des progrès en vue d'atteindre les cibles mondiales.

Encadré B1. Les domaines prioritaires du Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020

Domaine prioritaire n° 1	Instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains
Domaine prioritaire n° 2	Faire valoir les bienfaits pour la santé procurés par une conduite alimentaire saine tout au long de l'existence, notamment chez les groupes les plus vulnérables
Domaine prioritaire n° 3	Renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine et fournir des services en rapport avec l'alimentation
Domaine prioritaire n° 4	Soutenir la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche sur l'état et le comportement nutritionnels de la population et sur l'état d'avancement et l'efficacité des politiques mises en œuvre
Domaine prioritaire n° 5	Consolider la gouvernance, les alliances et les réseaux pour garantir que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques et habiliter les communautés à faire de la promotion de la santé et de la prévention

8. Ce rapport décrit et illustre les avancées réalisées dans chacun des domaines prioritaires par les États membres, en partenariat avec le Bureau régional, depuis l'adoption du plan d'action en 2014.

Domaine prioritaire n° 1 Instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains

9. Le Bureau régional a compilé des informations sur les différents types de politiques (réglementaires ou non) adoptées par les États membres dans le domaine du marketing des aliments ciblant les enfants, en examinant la portée de ces politiques ainsi que les critères retenus. Il a également élaboré un rapport sur le marketing numérique destiné aux enfants dans le but de sensibiliser les responsables politiques aux risques et aux défis posés par cette nouvelle réalité. Un rapport et une animation vidéo ont été lancés à la Conférence de haut niveau « Œuvrer ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être » : Promouvoir les mesures intersectorielles et interagences pour la santé et le bien-être dans la Région européenne de l'OMS, organisée à Paris (France) les 7 et 8 décembre 2016.

10. Le Bureau régional a préparé, avec plusieurs États membres, un modèle d'outil de définition des profils nutritionnels pour le contrôle du marketing des aliments destinés aux enfants. Ce dernier a été testé par plus d'une douzaine de pays, et a été ensuite intégré aux politiques et cadres nationaux. Plusieurs États membres ont utilisé le modèle conçu par le Bureau régional afin de formuler des recommandations et des réglementations à l'adresse des institutions publiques concernant les achats de produits alimentaires, notamment dans les écoles. L'outil proposé a servi de modèle à d'autres Régions de l'OMS ainsi qu'à des acteurs du secteur privé et d'autres parties prenantes afin d'améliorer leur propre système de définition des profils nutritionnels.

11. Bien que l'adoption d'outils économiques en vue de promouvoir une alimentation saine, notamment la fiscalité et les incitations, reste un sujet hautement controversé, des progrès importants peuvent être observés à cet égard. De nouvelles mesures ont été adoptées dans certains États membres, comme l'Espagne, l'Estonie, la Hongrie, l'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni.

12. D'importants progrès sont constatés dans la révision de la composition des produits et les améliorations apportées à la qualité nutritionnelle des aliments. L'OMS a soutenu les initiatives et les réunions du Réseau d'action européen sur le sel (ESAN) et du Réseau d'action sur le marketing des aliments ciblant les enfants. Le premier réseau est composé de 28 États membres sous l'égide de la Suisse, alors que le second est dirigé par le Portugal et réunit 27 États membres. Le Bureau régional a collaboré avec les Pays-Bas et la Slovaquie au cours de leur présidence du Conseil de l'Union européenne, notamment dans le cadre d'une conférence organisée les 22 et 23 février 2016 à Amsterdam (Pays-Bas), et principalement consacrée à la révision de la composition des aliments et à l'amélioration des produits alimentaires. Le Bureau régional a poursuivi ce travail avec Malte, qui assure la présidence du Conseil de l'Union européenne du 1er janvier au 30 juin 2017.

13. Concernant la collaboration pangouvernementale en vue de faciliter les choix alimentaires plus sains, notamment dans les écoles, il a été possible d'établir que la quasi-totalité des États membres de la Région ont adopté une politique alimentaire en milieu scolaire. Le Bureau régional s'emploie également à examiner les différentes composantes de ces politiques qui puissent déterminer leur impact. Parmi les exemples de politiques alimentaires en milieu scolaire devant faire l'objet d'une évaluation et d'une recherche comparative, il convient de mentionner celles de la Lettonie et de la Suède.

14. Des progrès ont été signalés dans le domaine de l'étiquetage sur la face avant des emballages. Différentes approches sont utilisées afin de communiquer aux consommateurs des informations nutritionnelles facilement compréhensibles sur les produits alimentaires, et l'on mentionnera à cet égard les exemples notables de la Croatie, de la Finlande, des Pays-Bas, des pays nordiques et du Royaume-Uni. Fin 2015, le Bureau régional a organisé une réunion d'experts au Portugal avec la participation des États membres. Le rapport de la réunion ainsi que le document d'information sur l'étiquetage sur la face avant des emballages doivent être publiés en 2017.

Domaine prioritaire n° 2 Faire valoir les bienfaits pour la santé procurés par une conduite alimentaire saine tout au long de l'existence, notamment chez les groupes les plus vulnérables

15. Le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle plaide en faveur de l'investissement dans le domaine de la nutrition dès les premières étapes de la vie, avant et pendant la grossesse, en protégeant, en promouvant et en soutenant un allaitement maternel adéquat et en éliminant les obstacles à cet égard, tout en prenant des dispositions en faveur d'une alimentation complémentaire appropriée. Le Bureau régional a examiné la mise en œuvre dans les États membres des services de conseil et de soutien concernant l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire. On a procédé à la collecte de données relatives à l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés dans la Région européenne de l'OMS. Le Bureau régional a collaboré avec les États membres à la promotion de cette dernière initiative en Fédération de Russie et ailleurs. Il a préparé un rapport intégrant une étude systématique de l'importance de la nutrition durant la grossesse. En outre, il a été procédé à une analyse des recommandations et des conseils délivrés pendant la grossesse en matière de nutrition. Celle-ci a mis en évidence les importants écarts existant entre les États membres, et la nécessité d'intensifier le travail de collaboration dans ce domaine. Le Bureau régional a organisé une réunion de neuf États membres en Lettonie afin de lancer ce rapport et d'examiner les initiatives politiques susceptibles d'être prises dans les pays participants. Il a aidé la Lettonie à formuler des recommandations nationales sur la nutrition pendant la grossesse. L'Arménie, la Géorgie et l'Ouzbékistan élaborent actuellement leurs propres recommandations nationales.

16. Le plan d'action souligne également l'importance d'améliorer la capacité des citoyens à effectuer des choix sains, en tenant compte des besoins des différents groupes d'âge. Le Bureau régional a collecté, conjointement avec des collaborateurs scientifiques, des informations sur l'existence, la nature et les caractéristiques des recommandations nationales dans le domaine de la nutrition infantile, notamment en ce qui concerne les aliments complémentaires. Des différences ont d'ailleurs été observées, et davantage d'efforts seront déployés à cet égard pendant la phase de mise en œuvre du plan d'action. Le Bureau régional a également recueilli des informations sur la teneur en sucre des aliments pour bébés disponibles dans le commerce, et mis au point une méthodologie pour les activités de recherche à mener à l'avenir dans ce domaine.

17. Le plan d'action plaide également en faveur de l'adoption d'outils et de stratégies afin de répondre aux besoins nutritionnels propres aux groupes vulnérables, dont les personnes âgées, que celles-ci vivent à domicile ou en institution. Le Bureau régional prépare avec ses centres collaborateurs une note d'orientation conjointe sur la nutrition et le vieillissement en

bonne santé. Un rapport publié prochainement mettra en lumière les initiatives relatives au vieillissement et à la nutrition.

Domaine prioritaire n° 3 Renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine et fournir des services en rapport avec l'alimentation

18. Le plan d'action demande instamment aux États membres de veiller à ce que la nutrition et l'alimentation saine soient des priorités dans des systèmes de soins de santé axés sur la personne, avec de brèves interventions et des conseils au sujet de la nutrition dans le cadre des soins de santé primaires. Le Bureau régional a préparé un rapport sur l'intégration des services de promotion de l'alimentation saine, de l'activité physique et du contrôle du poids dans les soins de santé primaires, avec des exemples en provenance de divers pays et la formulation d'autres conseils à l'adresse des États membres.

19. Le Bureau régional a collaboré avec les États membres à la formation des professionnels de santé dans le but d'assurer une couverture sanitaire universelle pour les problèmes liés à l'alimentation et pouvant être prévenus et soignés, avec un continuum de services de nutrition de haute qualité et des professionnels de santé disposant des qualifications et des ressources appropriées. Un programme de formation destiné aux professionnels des soins de santé primaires est disponible et prêt à être diffusé. Il porte essentiellement sur les brèves interventions et les techniques de motivation. Des programmes de formation ont été mis en place à Malte, en Ouzbékistan, en République de Moldova et au Tadjikistan.

20. Le Bureau régional surveille la prévention et la prise en charge de l'obésité et de la mauvaise alimentation dans les services de soins de santé, notamment au niveau des soins primaires. Si les informations à ce sujet étaient moins largement disponibles dans les États membres, des données ont été cependant collectées dans le cadre d'une enquête menée récemment au niveau mondial sur la nutrition. Celles-ci feront l'objet d'un rapport de situation relatif aux maladies non transmissibles et couvriront les aspects suivants : l'existence de recommandations sur la prise en charge de l'obésité des enfants et des adultes dans le cadre des soins de santé primaires ; la prise en charge de la malnutrition dans les hôpitaux et les services de soins primaires ; les recommandations formulées à l'intention des services alimentaires hospitaliers ; et l'évaluation des progrès réalisés grâce à une meilleure disponibilité des données.

Domaine prioritaire n° 4 Soutenir la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche sur l'état et le comportement nutritionnels de la population et sur l'état d'avancement et l'efficacité des politiques mises en œuvre

21. Le Bureau régional et ses États membres ont mis en œuvre l'Initiative de l'OMS pour la surveillance de l'obésité infantile en Europe (COSI), une initiative unique procédant régulièrement à des mesures afin de dégager les tendances, et dotée d'un protocole commun et de données hautement comparables. Les États membres disposent d'un avantage comparatif à cet égard, à savoir l'existence d'un réseau d'experts nationaux, d'un protocole expérimenté et éprouvé, et d'un soutien à l'analyse et à la préparation des données, notamment dans la partie orientale de la Région.

22. Les activités de consolidation, de mise au point et d'élargissement des actuels mécanismes nationaux et internationaux de surveillance et de suivi, tels que l'Initiative COSI et l'enquête sur

le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé, se sont poursuivies depuis l'adoption du plan d'action. Certaines des meilleures données épidémiologiques actuellement disponibles proviennent d'ailleurs de l'Initiative COSI. Plus de 300 000 enfants âgés de 6 à 9 ans ont fait l'objet de cette étude, et 36 États membres de la Région européenne ont adhéré au programme. La prévalence de l'obésité croît avec l'âge, et est plus importante chez les garçons. Les données relatives aux tendances observées dans ce domaine commencent d'ailleurs à émerger. Celles-ci sont potentiellement positives dans certains États membres où l'on observe une stabilisation ou une légère diminution de l'incidence chez certains groupes d'âge en Irlande, en Italie, au Portugal et en Slovénie. Des baisses importantes ont été aussi rapportées. Or, il ressort globalement de cette étude que les taux restent à des niveaux très élevés. Les baisses observées concernaient surtout les pays particulièrement touchés par ce problème. Les cas graves d'obésité, ainsi que les niveaux d'obésité signalés dans les pays à faible revenu, restent particulièrement problématiques.

23. Le Bureau régional a collaboré avec 38 États membres dans la mise en œuvre de l'Initiative COSI. Plusieurs réunions du réseau COSI se sont tenues depuis l'adoption du plan d'action en 2014. Le Bureau régional a organisé, en collaboration avec un large réseau de chercheurs principaux de l'Initiative COSI originaires des États membres, un grand nombre d'activités de formation dans le but de déployer cette initiative, notamment en Autriche, en Fédération de Russie, au Kirghizistan, au Monténégro, en Pologne, au Tadjikistan et au Turkménistan. De nouveaux rapports et articles scientifiques sont en cours de préparation, bien qu'il soit nécessaire d'investir davantage d'efforts dans ce domaine et de procéder à un suivi constant.

24. Le plan d'action plaide en faveur de la mise en place de systèmes de surveillance nutritionnelle et anthropométrique des facteurs de risque nutritionnels, permettant une ventilation par statut socioéconomique et par sexe. Cette initiative s'est également avérée prioritaire. Les tendances dégagées des données de l'enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé mettent en évidence les progrès accomplis par rapport à l'ensemble des indicateurs. Il est cependant important de vérifier si les États membres enregistrent globalement des améliorations, ou si celles-ci ne concernent que certains domaines ou secteurs. L'analyse des tendances à partir des données recueillies chez les enfants âgés de 11 à 15 ans montre que, si la prévalence de l'obésité varie selon les pays, elle est généralement plus élevée chez les garçons, les jeunes adolescents et les groupes moins nantis. Alors que les niveaux d'obésité se sont stabilisés dans certains pays, la prévalence a augmenté dans plus de la moitié d'entre eux depuis 2002. Cependant, cette hausse n'est pas homogène entre les groupes d'âge et les deux sexes. Les plus fortes augmentations ont été observées dans les pays d'Europe orientale où les niveaux d'obésité étaient relativement peu élevés en 2002. Seul un pays a connu une forte baisse de la prévalence. Des inégalités sociales en matière d'obésité sont observées depuis longtemps dans la plupart des États membres.

25. Le plan d'action recommande également de procéder au suivi et à l'évaluation des activités, interventions et politiques en rapport avec l'alimentation dans différents contextes, afin de déterminer leur efficacité et de diffuser les bonnes pratiques. Les données collectées par le Bureau régional aboutissent aux conclusions mentionnées ci-dessous.

- a) Si la consommation quotidienne de fruits et de légumes a légèrement augmenté entre 2002 et 2014, on possède peu d'éléments de preuve indiquant une réduction notable des inégalités sociales au fil du temps. La consommation quotidienne reste faible.

- b) Il est possible que la consommation quotidienne de boissons sucrées et de friandises ait diminué entre 2002 et 2014, bien que les données à ce sujet soient complexes. Cette tendance s'explique également par une baisse de la consommation chez les adolescents des milieux aisés.
- c) L'obésité a plus que triplé depuis 1980 chez les adultes de la Région européenne de l'OMS. Les États membres ont convenu de stopper la progression de l'obésité d'ici 2025. Afin de sonder la faisabilité de cet objectif, le Bureau régional a établi des prévisions concernant les tendances futures de l'obésité (qui se définit par un indice de masse corporelle ≥ 30) jusqu'en 2025 pour chacun des 53 États membres de la Région.
- d) L'obésité devrait augmenter dans 44 États membres d'ici 2025. Si les tendances actuelles se maintiennent, la prévalence de l'obésité atteindra ou dépassera les 20 % dans 33 des 53 États membres.
- e) Une analyse par l'OMS des données disponibles sur la consommation alimentaire montre que moins de deux tiers des États membres de la Région européenne mènent des enquêtes nationales à ce sujet. Cependant, dans les pays qui disposent de ce genre de données, celles-ci sont généralement récentes. L'apport d'acides gras saturés recommandé par l'OMS doit représenter moins de 10 % de l'apport énergétique total quotidien (% E). Après la conversion de cet apport en % E, aucun groupe d'âge des deux sexes n'a atteint cet objectif dans les États membres. Le plus haut niveau de consommation de sucre ajouté était de 53 g/jour chez les femmes, et de 71 g/jour chez les hommes. L'OMS recommande un taux de 5 %, soit à peu près 25 g/jour.
- f) Un nombre plus important d'États membres, notamment dans la partie orientale de la Région européenne (Grèce, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan et République de Moldova), effectuent actuellement une étude sur 24 heures de la consommation de sodium. Le Bureau régional prépare les dernières statistiques dans ce domaine, et met en évidence les pays où la consommation de sel est en recul dans la population. Les données seront publiées en collaboration avec plusieurs pays afin d'en dégager les tendances. Jusqu'à présent, d'importantes diminutions de la consommation de sel ont pu être attestées dans neuf pays de la Région européenne de l'OMS. Deux d'entre eux ont obtenu d'importants succès et résultats globaux en matière de réduction de la consommation de sodium et d'effets sur la santé (Finlande et Royaume-Uni). Or, la réalisation de l'objectif mondial de réduction de la consommation de sodium constituera toujours un défi. L'OMS effectue un travail de modélisation portant sur la réalisation de l'objectif de réduction de la consommation de sel, et mettant en évidence la diminution nécessaire de la teneur en sel et ce, sur la base d'études de cas effectuées en Fédération de Russie, en Finlande, en Ouzbékistan et en Turquie.
- g) Le projet FEEDCities constitue un exemple d'évaluation rapide de la composition nutritionnelle des aliments à l'adresse des pays disposant de faibles ressources. Le Bureau régional et plusieurs experts des États membres ont déjà publié un résumé des données sur les acides gras *trans* et le sodium collectées au Kirghizistan, en République de Moldova et au Tadjikistan.

Domaine prioritaire n° 5 **Consolider la gouvernance, les alliances et les réseaux pour garantir que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques et habiliter les communautés à faire de la promotion de la santé et de la prévention**

26. Un grand nombre d'États membres ont récemment adopté des stratégies nationales et sous-nationales priorisant la nutrition et la lutte contre l'obésité.

27. Le Bureau régional a élaboré, à partir de plusieurs sources et avec la validation des États membres, un aperçu des progrès réalisés dans les pays en matière d'adoption de stratégies sur la nutrition et la lutte contre l'obésité, afin de déterminer les domaines couverts par les politiques.

28. Des exemples d'innovation sociale dans le domaine de la nutrition font l'objet d'une documentation exhaustive afin de servir potentiellement de points de référence ou de comparaison pour d'autres États membres, en fonction de leurs priorités et de leur contexte nationaux :

- Estonie : options politiques en vue de réduire la consommation de boissons sucrées ;
- Hongrie : évaluation de l'impact de la taxe de santé publique sur les aliments ;
- Turquie : évaluation du programme sur l'adoption d'une alimentation saine et équilibrée et la vie active.

Centres collaborateurs

29. Les centres collaborateurs de l'OMS pour la nutrition et la prévention de l'obésité en Allemagne, au Danemark, au Kazakhstan, aux Pays-Bas, au Portugal et au Royaume-Uni ont contribué dans une large mesure à la mise en œuvre des cinq domaines prioritaires du plan d'action.

Conclusions et perspectives

30. Si le présent rapport décrit une situation épidémiologique difficile, il apporte également les éléments de preuve attestant la prise de nouvelles mesures exceptionnelles par les États membres afin de lutter contre l'obésité et promouvoir une alimentation saine. Des études de cas et des exemples intéressants ont été rapportés dans la Région européenne et peuvent servir de source d'inspiration aux politiques et aux pratiques dans ce domaine, et donner notamment lieu à des expériences naturelles et efficaces. Or, si les États membres souhaitent atteindre les objectifs mondiaux, lutter contre les inégalités persistantes et promouvoir une action intersectorielle, ils devront encore combler des lacunes et relever des défis à cet égard.

31. Depuis l'adoption en 2014 du Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020, le Bureau régional a œuvré dans le domaine de la nutrition et de l'obésité avec plus de 40 États membres, notamment dans le cadre d'un accord de collaboration biennal pour 23 d'entre eux. L'intérêt des États membres ainsi que leurs demandes à ce sujet se sont très fortement accrues, et l'on prévoit une intensification des activités et de la participation d'un nombre plus important de pays entre 2018 et 2020.

32. Parmi les exemples notables d'activités menées par le Bureau régional afin d'aider les États membres à mettre en œuvre le plan d'action, il convient de mentionner les suivants : élaboration d'outils (modèle de profils nutritionnels, formation dans le domaine des soins de santé primaires) ; présentation de bases factuelles (marketing numérique, politiques des prix, acides gras *trans*) ; examen des scénarios à venir (estimations modélisées de l'obésité et de la consommation de sel, réduction de la consommation de sel et de sucre) ; et prise en compte d'autres secteurs que celui de la santé (législation et chaîne d'approvisionnement alimentaire).

33. Le Bureau régional poursuivra la mise en œuvre du Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 en collaboration avec les États membres et sur les conseils de ceux-ci. Le prochain rapport de situation sera présenté au CR71 en septembre 2021.

= = =

C. Rapport de situation concernant la mise en œuvre du Plan d'action européen sur la santé mentale (résolution EUR/RC63/R10)

Introduction et contexte

1. Le présent rapport fait le point sur les progrès réalisés durant les quatre années écoulées depuis l'adoption de la résolution EUR/RC63/R10 portant approbation du Plan d'action européen sur la santé mentale (document EUR/RC63/11) par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe lors de sa soixante-troisième session (CR63), tenue en septembre 2013 à Izmir (Turquie). Le Plan d'action européen sur la santé mentale contribue à la mise en application de Santé 2020, le cadre politique européen pour la santé et le bien-être, adopté par le CR62 dans la résolution EUR/RC62/R4, en septembre 2012.

2. Mesurés en termes de charge des maladies, de prévalence et d'invalidités, les problèmes de santé mentale sont l'un des principaux défis posés à la santé publique dans la Région européenne de l'OMS. Les troubles neuropsychiatriques y sont la deuxième cause contribuant à la charge des maladies (années de vie corrigées du facteur invalidité) ; ils représentent 19 % de la charge globale. Selon les estimations, les troubles mentaux, dont les plus communs sont la dépression et l'anxiété, affectent plus d'un tiers de la population chaque année. Les troubles dépressifs sont deux fois plus courants chez les femmes que chez les hommes. Des troubles psychotiques sont diagnostiqués chez environ 1 à 2 % de la population, à part égale entre hommes et femmes, tandis que 5,6 % des hommes et 1,3 % des femmes ont des troubles dus à la consommation de substances psychoactives. Le vieillissement de la population européenne entraîne une augmentation de la prévalence de la démence, qui frappe généralement 5 % des personnes de plus de 65 ans et 20 % des personnes de plus de 80 ans. Dans tous les États membres de la Région, les troubles mentaux sont habituellement plus fréquents chez les personnes les plus défavorisées de la société.

3. La part occupée par chaque groupe dans l'ensemble des maladies chroniques (nombre d'années vécues avec une invalidité) est un important indicateur du fardeau des maladies pesant sur la société et les systèmes de santé. Les troubles mentaux sont, de loin, les plus importantes maladies chroniques affectant la population de la Région européenne, puisqu'ils représentent une part pouvant aller jusqu'à 40 % de l'ensemble des maladies chroniques dans certains États membres. Les troubles mentaux, généralement des troubles dépressifs, sont la principale maladie affectant un pourcentage élevé des personnes bénéficiant d'allocations sociales ou d'une pension d'invalidité.

4. Il existe un lien étroit entre les troubles mentaux et le suicide. Par rapport à d'autres parties du monde, la Région européenne affiche des taux de suicide élevés. Le taux de suicide annuel moyen y est de 11,2 pour 100 000 (2013) avec, toutefois, des variations importantes entre États membres.

5. Il existe un consensus suivant lequel les soins et traitements devraient être assurés dans un contexte de proximité, étant donné que les hospitalisations dans de grands hôpitaux psychiatriques entraînent souvent des négligences et des placements de longue durée. Cependant, de nombreux États membres s'appuient encore sur les hôpitaux psychiatriques pour la majeure partie des services de santé mentale. Quoique les progrès soient inégaux d'un point à l'autre de la Région, on constate toujours une volonté de désinstitutionnaliser et de développer des services de

proximité dans le domaine de la santé mentale. Il est donc devenu essentiel de placer l'accent sur le rôle toujours plus important des soins primaires, secteur dans lequel on travaille en partenariat avec des personnels de santé mentale multidisciplinaires au sein de structures de proximité.

6. Des bases factuelles fiables indiquent qu'il y a des traitements et des soins efficaces contre de nombreux troubles de santé mentale et leurs comorbidités. Ces traitements et ces soins seraient susceptibles d'améliorer la santé mentale et le bien-être, d'augmenter la productivité et d'éviter beaucoup de suicides. Cependant, une vaste proportion de personnes souffrant de troubles mentaux ne bénéficie d'aucun traitement en raison de difficultés d'accès (ce que l'on appelle en anglais le « treatment gap », à savoir les disparités en matière d'accès au traitement) ou est confrontée à une longue attente avant de recevoir des soins.

7. À cause de la stigmatisation et des discriminations, beaucoup de personnes souffrant de problèmes de santé mentale choisissent de ne pas se mettre ou se maintenir en rapport avec les services de santé mentale. Un autre facteur peut également contribuer à cette répugnance, à savoir de mauvaises expériences vécues dans le cadre d'un traitement et/ou de soins. Des réformes sont requises pour susciter une plus grande confiance dans la sécurité et l'efficacité des soins. Les politiques de santé mentale doivent allier une réforme structurelle des services à une attention pour la qualité, afin de garantir qu'un traitement sûr, efficace et acceptable soit dispensé par un personnel compétent.

8. Il y a une prise de conscience croissante de l'importance de la santé mentale et du bien-être psychique. Par exemple, la santé mentale est englobée dans la cible 3.4 de l'objectif de développement durable (ODD) 3, qui vise « d'ici à 2030, [à] réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et [à] promouvoir la santé mentale et le bien-être ». Cette prise de conscience transparaît également au travers des nombreuses activités du programme de santé mentale du Bureau régional menées depuis l'adoption du plan d'action, en 2013. Il y a actuellement une collaboration entre le programme de santé mentale et quelque 25 États membres de la Région européenne.

Plan d'action européen sur la santé mentale

9. La résolution EUR/RC63/R10, qui porte approbation du Plan d'action européen sur la santé mentale⁹, demande aux États membres¹⁰ :

- a) d'améliorer la santé et le bien-être psychiques de toute la population et d'alléger le fardeau des troubles mentaux, en assurant la prise de mesures en faveur de la promotion, de la prévention et de l'action sur les déterminants de la santé mentale, combinant des interventions à la fois universelles et ciblées, et en mettant spécialement l'accent sur les groupes vulnérables ;
- b) de respecter les droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale, de promouvoir leur inclusion sociale et de leur offrir des possibilités équitables d'atteindre une qualité de vie optimale, en luttant contre la stigmatisation, les discriminations et l'isolement ;
- c) de renforcer ou d'établir l'accès et le recours approprié à des services de santé mentale de proximité sûrs, compétents, abordables et efficaces.

⁹ Document EUR/RC63/11.

¹⁰ et, si applicable, aux organisations régionales d'intégration économique.

10. Cette résolution demande également à la directrice régionale « d'apporter un soutien technique à la mise en œuvre de ce plan d'action » et « de faire rapport sur les progrès réalisés pour 2017 ».

11. Les sept objectifs du Plan d'action européen sur la santé mentale sont énumérés dans l'encadré C1 ci-dessous. Chaque objectif propose, pour les États membres et pour le Bureau régional, une série d'interventions permettant d'obtenir des résultats mesurables.

Encadré C1. Objectifs du Plan d'action européen sur la santé mentale	
Objectif 1	Que chacun, et surtout les personnes les plus vulnérables ou les plus exposées à des risques, ait les mêmes possibilités de parvenir au bien-être psychique durant toute son existence
Objectif 2	Que les personnes ayant des problèmes de santé mentale soient des citoyens dont les droits humains sont intégralement pris en compte, protégés et promus
Objectif 3	Que les services de santé mentale soient accessibles à un prix abordable et disponibles en fonction des besoins, dans un rayon proche
Objectif 4	Que chacun ait droit à un traitement sûr et efficace dans le respect de sa personne
Objectif 5	Que les systèmes de santé dispensent de bons soins de santé physique et mentale pour tous
Objectif 6	Que les systèmes de santé mentale travaillent en partenariats bien coordonnés avec d'autres secteurs
Objectif 7	Qu'en matière de santé mentale, la gouvernance et la fourniture de soins reposent sur de bonnes informations et de solides connaissances

12. Ce rapport présente, pour chacun des sept objectifs, les progrès réalisés entre 2013 et 2017 en vue de la concrétisation des buts du plan d'action par les États membres, en partenariat avec le Bureau régional.

Objectif 1 Que chacun, et surtout les personnes les plus vulnérables ou les plus exposées à des risques, ait les mêmes possibilités de parvenir au bien-être psychique durant toute son existence

13. L'égalité des chances de parvenir au bien-être psychique tout au long de la vie est tout à fait conforme aux priorités de Santé 2020, et beaucoup d'activités du Bureau régional se sont situées dans ce domaine, comme par exemple la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020, tenue à Minsk (Biélorus) en octobre 2015, lors de laquelle il a été question de la santé mentale durant tout le parcours de vie, et la Conférence de haut niveau « Œuvrer ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être » : Promouvoir les mesures intersectorielles et interagences pour la santé et le bien-être dans la Région européenne de l'OMS, tenue à Paris (France) en décembre 2016, lors de laquelle le bien-être psychique a été retenu comme un aspect essentiel du bien-être.

14. Le programme de santé mentale du Bureau régional a contribué aux travaux d'autres services de l'Organisation qui sont importants pour la concrétisation de l'objectif 1, comme la sensibilisation aux questions de santé mentale dans le cadre de tous les ODD et de leurs cibles, et le soutien à la préparation de l'enquête de l'OMS sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé, qui permet l'évaluation de l'état de santé, du bien-être, du harcèlement et de la culture familiale. L'OMS participe à une campagne mondiale d'un an contre la dépression – la principale cause de morbidité et d'invalidité dans le monde. Plus de 300 millions de personnes – soit une augmentation de plus de 18 % entre 2005 et 2015 – souffrent de dépression. La dépression était le thème de la Journée mondiale de la santé (7 avril 2017). Le Bureau régional et les bureaux de pays ont collaboré activement avec les ministères de la Santé et d'autres partenaires pour préparer une série de supports d'information et organiser des événements à l'occasion de cette journée.

15. Les responsables du programme de santé mentale ont collaboré avec la Commission européenne au sujet de l'action commune sur la santé mentale et le bien-être (2013-2016), centrée sur le bien-être des jeunes ; des écoles promotrices de la santé et l'emploi ; et de la prévention de la dépression et du suicide. L'OMS a été représentée lors de réunions de la Commission et a été co-organisatrice de plusieurs conférences sur la promotion de la santé mentale.

16. Les responsables du programme de santé mentale ont œuvré à la sensibilisation avec des centres collaborateurs de Finlande et des Pays-Bas, afin de publier le document d'orientation « Preventing depression in the WHO European Region » [Prévention de la dépression dans la Région européenne de l'OMS], qui peut être consulté sur le site Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

17. Dans le cadre du programme de santé mentale, on s'est également penché sur les besoins propres aux populations vulnérables, telles que les réfugiés. Les bases factuelles sur la prévalence des troubles mentaux chez les groupes vulnérables, ainsi que sur les traitements et les mesures préventives, ont été présentées par les responsables du programme lors d'une réunion au Centre régional de développement sanitaire sur la santé mentale en Europe du Sud-Est (Regional Health Development Centre on Mental Health in South-eastern Europe), situé à Sarajevo (Bosnie-Herzégovine). Les responsables du programme ont également apporté leur aide pour la production d'un rapport de synthèse du Réseau des bases factuelles en santé, intitulé *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region* [Santé publique et santé mentale des migrants et réfugiés : examen des bases factuelles sur les soins de santé mentale pour réfugiés, demandeurs d'asile et migrants en situation irrégulière dans la Région européenne de l'OMS], disponible en anglais et en russe (2016).

18. Beaucoup d'États membres de la Région européenne sont préoccupés par de hauts taux de suicide. Les responsables du programme de santé mentale ont collaboré avec le Siège de l'OMS pour le premier rapport mondial de l'OMS sur le suicide, *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, et ont aidé certains pays, par exemple l'Estonie et le Kazakhstan, à imaginer des interventions et à élaborer des politiques.

19. Les responsables du programme ont également conseillé certains États membres, dont la Bulgarie, l'Estonie, le Monténégro, la Norvège et le Portugal, pour l'élaboration de plans de promotion de la santé mentale.

Objectif 2 Que les personnes ayant des problèmes de santé mentale soient des citoyens dont les droits humains sont intégralement pris en compte, protégés et promus

20. L'objectif essentiel du Plan d'action européen sur la santé mentale est de lutter contre la stigmatisation et la discrimination et de soutenir les soins de santé mentale centrés sur la personne en faisant participer les personnes souffrant de problèmes de santé mentale aux soins qui leur sont dispensés. Les groupes constitués par les patients et leurs familles ont activement participé à l'élaboration du plan d'action, comme en témoignent plusieurs requêtes reçues par le Bureau régional pour présenter le plan lors de conférences organisées par ces groupes.

21. En partenariat avec les responsables du programme de santé mentale, le centre collaborateur de l'OMS sur la recherche et la formation en santé mentale, situé à Lille (France), a organisé une réunion sur les indicateurs de la responsabilisation des patients et des aidants en santé mentale. Depuis, les indicateurs convenus ont été diffusés et appliqués.

22. Ces dernières années, la question des droits humains a bénéficié d'une attention croissante, comme le montre, par exemple, l'adoption, en 2006, de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée ultérieurement par de nombreux États membres de la Région européenne. Les implications de cette convention pour la santé mentale ont fait l'objet d'une vive discussion, et les responsables du programme de santé mentale ont représenté le Bureau régional dans plusieurs réunions, dont celles qui ont été organisées par le représentant européen du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme.

23. Les responsables du programme de santé mentale ont été présents lors de réunions du Réseau de sensibilisation à la radicalisation, un organisme financé par la Commission européenne pour lutter contre le terrorisme et l'extrémisme violent. Ils y ont dispensé des conseils sur l'importance de la sauvegarde des droits des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de leur protection contre la discrimination née d'une association erronée entre la violence et les troubles mentaux. L'un des principaux défis de ces dernières années a été de trouver un équilibre entre les droits de la personne et la protection de la population, à une époque où les craintes sont plus vives et où l'on évite tout risque.

24. Les responsables du programme de santé mentale ont aidé certains États membres, dont la Lituanie, le Turkménistan et la Turquie, à élaborer une législation sur la santé mentale qui élimine les discriminations. L'un des défis récurrents a été de lutter contre toute législation excluant du marché de l'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux sur les bases d'un diagnostic médical, puisque cela est discriminatoire.

25. On tente également de concrétiser l'objectif 2 en soutenant la désinstitutionalisation dans les États membres. Les responsables du programme de santé mentale sont conscients des discriminations et négligences auxquelles sont confrontés les adultes atteints de troubles mentaux, en particulier ceux qui vivent en institution, parfois pendant des décennies, sans aucune possibilité de vivre une vie riche de sens. À la demande des États membres, les responsables du programme ont lancé un projet axé sur les adultes souffrant de problèmes de santé mentale pendant une longue durée et/ou atteints de déficiences intellectuelles et vivant dans des institutions, souvent dans des conditions difficiles. Dans le cadre de ce projet, il est procédé à l'analyse des politiques nationales, du nombre et du type d'institutions, et de la qualité d'un échantillon d'institutions dans les 36 pays participants. Un rapport sur ce projet sera soumis pour examen au CR68, en septembre 2018.

Objectif 3 **Que les services de santé mentale soient accessibles à un prix abordable et disponibles en fonction des besoins, dans un rayon proche**

Objectif 4 **Que chacun ait droit à un traitement sûr et efficace dans le respect de sa personne**

26. Les objectifs 3 et 4 sont intimement liés l'un à l'autre et indissociables, puisque pour la prestation de bons services de santé mentale, il est impératif de combiner une structure et un processus. Dès lors, ces objectifs seront présentés ensemble.

27. Le Plan d'action européen sur la santé mentale propose un modèle de soins de santé mentale de proximité, qui prévoit l'intervention des médecins de famille pour détecter, diagnostiquer et traiter les problèmes courants de santé mentale, et, dans le cas de troubles de santé mentale graves et complexes, effectuer un aiguillage vers des équipes de spécialistes opérant au sein de la communauté locale. Des lits d'hôpital sont requis en dernier recours pour les personnes posant un risque pour elles-mêmes ou autrui.

28. Depuis l'approbation de ce plan d'action, en 2013, le Bureau régional a aidé de nombreux États membres à élaborer leurs propres stratégies et à faire évoluer les soins dispensés en hôpital vers des services de proximité accessibles aux patients et à leur famille, avec une stigmatisation limitée.

29. En Turquie, les responsables du programme de santé mentale ont soutenu le ministère de la Santé et le ministère des Politiques familiales et sociales dans le cadre d'un vaste projet destiné à organiser des services de soins de proximité pour les personnes souffrant de troubles mentaux ou de déficiences intellectuelles. Ce projet était cofinancé par une subvention de la Commission européenne. Grâce à un modèle de soins turc basé sur des services de proximité centrés sur la famille, on a cherché à éviter les hospitalisations et à proposer une psychoéducation pour les familles. De petites résidences, appelées les Maisons de l'espoir, ont été prévues pour les personnes dépendantes durant une longue période. Des évaluations de la qualité des institutions ont été menées, plus de 100 équipes de proximité ont été constituées, quelque 50 Maisons de l'espoir ont été créées, et un personnel d'environ 350 personnes a été formé. Ce projet entre désormais dans sa deuxième phase.

30. En Ukraine, le Bureau régional a apporté son aide à la mise en place et à la formation de quatre équipes de proximité, pour prendre soin de personnes souffrant de problèmes de santé mentale et n'ayant pas de contact avec les services de santé mentale, notamment les personnes déplacées à l'intérieur du territoire. Cette initiative s'est révélée très populaire et a remporté un grand succès. Les responsables du programme de santé mentale apportent désormais leur soutien à la révision de la législation afin d'intégrer ces équipes aux services de santé mentale ordinaires.

31. Les responsables du programme de santé mentale ont mené des missions visant à évaluer la situation dans les services nationaux de santé mentale et à émettre des recommandations de réforme (en Arménie, en Bulgarie, en Estonie, en Géorgie, en Hongrie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en République de Moldova, en République tchèque, en Slovénie, au Tadjikistan et au Turkménistan). Malgré la diversité géographique et les différents niveaux de ressources disponibles, les défis étaient similaires, à savoir :

- a) une proportion élevée du budget allouée à des hôpitaux dans un piètre état, dispensant des services à un petit nombre de patients ;

- b) des polycliniques au personnel trop peu nombreux, aux prises à une demande importante ;
- c) des médecins de famille qui ne prennent pas en charge les problèmes de santé mentale ;
- d) un personnel aux effectifs insuffisants, souvent touché par des migrations ;
- e) une législation dépassée ;
- f) la répugnance des patients et des familles à fréquenter des services de santé mentale à cause de la stigmatisation et de la discrimination.

32. Les responsables du programme de santé mentale se sont rendus à plusieurs reprises en Arménie, en Hongrie, au Kirghizistan, en République de Moldova, en République tchèque et au Turkménistan pour soutenir l'élaboration de stratégies et organiser des séminaires avec des leaders d'opinion et des acteurs concernés. Le contenu de ces ateliers couvrait l'élaboration de stratégies et d'une législation, les compétences du personnel et les techniques de gestion du changement.

33. Au Portugal, en partenariat avec la Commission européenne, les responsables du programme ont co-organisé avec le ministère de la Santé une réunion sur la situation en matière de soins de santé mentale.

34. À plusieurs occasions, les responsables du programme de santé mentale ont organisé des réunions avec des groupes de pays qui sont à des stades de développement similaires en matière de soins de santé mentale, ont en commun des langues ou des contextes culturels. Trois réunions ont rassemblé huit pays russophones, à savoir l'Arménie, le Bélarus, la Fédération de Russie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan et le Turkménistan. Ces réunions ont permis d'échanger les expériences et bonnes pratiques concernant toute une série d'aspects pertinents pour les pays, comme le suicide, la santé mentale dans les soins primaires, la désinstitutionalisation, la prestation de services de proximité en matière de santé mentale et les besoins en développement du personnel. Un point particulièrement intéressant a été la suggestion de mettre sur pied un centre commun pour le développement du personnel en Asie centrale. Cependant, il n'a pas été possible de déterminer comment le financer.

35. Le Bureau régional a soutenu le Centre régional de développement sanitaire sur la santé mentale en Europe du Sud-Est, établi à Sarajevo (Bosnie-Herzégovine). Il a co-organisé trois réunions où il a été question des progrès réalisés par les centres de proximité établis antérieurement, et où l'on a également évoqué la prévention du suicide, l'assurance qualité et la santé mentale chez les réfugiés. Les États membres participants étaient l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, Israël, le Monténégro, la République de Moldova et la Roumanie. La Turquie était présente en tant qu'observatrice.

36. Les responsables du programme de santé mentale ont travaillé en étroite collaboration avec des organisations partenaires telles que la Commission européenne et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La Commission européenne a fait des services de proximité l'un des éléments de son « action commune sur la santé mentale et le bien-être ». Les recommandations correspondaient aux objectifs du Plan d'action européen sur la santé mentale. Quant à l'OCDE, elle a mené quelques évaluations de pays dans les États membres de la Région.

37. Tout au long de cette période, les responsables du programme de santé mentale ont travaillé en étroite collaboration avec des organisations non gouvernementales, en les faisant

participer à leurs travaux. Parmi ces organisations, citons la European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (Fédération européenne d'associations de familles de personnes souffrant de maladies mentales), la European Psychiatric Association (Association européenne de psychiatrie), la Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks–Europe (branche européenne de l'Alliance mondiale des réseaux de sensibilisation aux problèmes de santé mentale) et de nombreuses associations nationales actives dans le domaine de la santé mentale. Les responsables du programme ont également présenté le Plan d'action européen sur la santé mentale lors de nombreuses réunions et conférences nationales et internationales (Albanie, Allemagne, Arménie, Belgique, Bulgarie, Espagne, Estonie, Fédération de Russie, France, Hongrie, Irlande, Italie, Kazakhstan, Lituanie, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Serbie, Turkménistan, Turquie, etc.).

Objectif 5 Que les systèmes de santé dispensent de bons soins de santé physique et mentale pour tous

38. Cette question a suscité de l'intérêt en raison de la morbidité importante chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, provoquée par les maladies non transmissibles et la prévalence élevée de facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité chez les personnes de ce groupe.

39. Les responsables du programme de santé mentale ont travaillé en étroite collaboration avec d'autres responsables de programmes afin d'incorporer dans leurs stratégies et plans d'action des activités en rapport avec la santé mentale. Ils ont également apporté leur participation à des conférences et réunions transversales telles que la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020 (2015) et la conférence de haut niveau sur la promotion des mesures intersectorielles et interagences pour la santé et le bien-être dans la Région européenne de l'OMS (2016).

40. Les responsables du programme de santé mentale tentent de répondre à la nécessité d'élargir la formation dispensée au personnel médical et spécialisé en santé mentale, afin de le rendre mieux à même de détecter et de soigner les comorbidités. En particulier, le rôle des médecins de famille et celui du personnel des polycliniques recueillent beaucoup d'attention dans les États membres où l'on est en train de mettre en place des services de proximité.

41. Les responsables du programme de santé mentale, soutenus par ceux du programme contre les maladies non transmissibles, ont produit un rapport sur la lutte contre les comorbidités. On y présente des bases factuelles et des études de cas de comorbidité entre les troubles psychiatriques et les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et l'asthme, et on en tire des conclusions pour de bonnes pratiques.

Objectif 6 Que les systèmes de santé mentale travaillent en partenariats bien coordonnés avec d'autres secteurs

42. Comme un grand nombre de mesures bénéfiques pour le bien-être et les besoins de personnes souffrant de problèmes de santé mentale relèvent de la responsabilité de secteurs autres que celui de la santé, le Bureau régional a essayé d'établir des ponts entre les différents secteurs des pouvoirs publics. La contribution du programme de santé mentale aux conférences de Minsk et de Paris a déjà été mentionnée.

43. Le suicide a de nombreux « précipitants » socioéconomiques, et un certain nombre d'organismes participent à sa prévention. Les travaux réalisés dans le cadre du programme de santé mentale ont visé à remédier à ces facteurs de risque en faisant intervenir les organismes concernés. Citons l'exemple d'activités en Estonie et au Kirghizistan, et d'un séminaire avec des pays russophones.

44. Dans la plupart des États membres, les soins de longue durée aux personnes atteintes de troubles mentaux relèvent de la responsabilité du ministère des Affaires sociales. Les responsables du programme de santé mentale ont fait participer ces ministères à leurs travaux sur la qualité des soins pour adultes nécessitant des soins de longue durée.

45. Quoique le Plan d'action européen sur la santé mentale ne couvre pas spécifiquement la démence, les responsables du programme de santé mentale, en étroite partenariat avec le Siège de l'OMS et la Commission européenne, se sont penchés sur cette pathologie, qui est désormais l'une des priorités de la santé publique. Les responsables du programme ont abordé le thème de la démence avec certaines délégations en mission dans les bureaux de l'OMS, et avec les ministères de la Santé dans les États membres.

46. Un personnel multidisciplinaire, employé par toute une série d'organismes et de secteurs, reflète la nature interdisciplinaire des soins de santé mentale. Ainsi se manifestent des valeurs et des méthodes de travail différentes, qui peuvent entraver les collaborations. Le Bureau régional a réuni un groupe d'associations représentant les divers personnels actifs dans le domaine des soins de santé mentale, dont les infirmiers, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les psychologues, les psychiatres et les travailleurs sociaux. Il y a eu consensus sur une déclaration, et le groupe continuera à étudier comment améliorer les travaux sur la santé mentale en convenant de positions conjointes.

Objectif 7 Qu'en matière de santé mentale, la gouvernance et la fourniture de soins reposent sur de bonnes informations et de solides connaissances

47. Pour pouvoir planifier et fournir des services de manière responsable, il faut être informé et connaître les bases factuelles relatives aux questions telles que l'état de santé mentale de la population, la prévalence des problèmes de santé mentale, l'évaluation des besoins des patients et la qualité des services dispensés. Une comparaison avec la situation d'autres pays en matière de santé mentale peut être utile comme indicateur des services dispensés.

48. Les responsables du programme de santé mentale ont collaboré avec le Siège de l'OMS pour le recueil, l'analyse et la diffusion des données nationales sur la santé mentale en Europe, que l'on peut consulter dans les publications de l'Atlas de la santé mentale de l'OMS (2001, 2005, 2011 et 2014). Ces publications fournissent des informations détaillées sur les politiques, les services, le personnel et le financement de la santé mentale dans chaque pays. Des profils de pays peuvent être consultés sur le site Web de l'Atlas de la santé mentale. Le tableau de l'annexe C1 fait le survol des informations fournies dans l'Atlas de la santé mentale 2014 pour la Région européenne, révélant des lacunes dans la gouvernance des systèmes, la prestation de services et la mesure des performances en matière de santé mentale. Une nouvelle étude réalisée en 2017 pour l'Atlas de la santé mentale permettra d'observer les changements survenus dans les États membres de la Région depuis 2014.

49. Dans le cadre de l'« action commune sur la santé mentale et le bien-être » et du mécanisme de l'« EU-Compass » sur la santé mentale et le bien-être, les responsables du programme de santé mentale ont aidé la Commission européenne à recueillir des informations dans les pays et à déterminer de bonnes pratiques.

Centres collaborateurs

50. Les centres collaborateurs de l'OMS en Région européenne ont activement soutenu le programme de santé mentale du Bureau régional. Ils ont notamment mené des activités dans les domaines suivants :

- la responsabilisation des patients et de bons services de santé mentale (Centre Frontières de Lille, France) ;
- la prévention du suicide dans les pays russophones (Centre fédéral V. Serbsky de recherche médicale sur la psychiatrie et les assuétudes à la drogue et à l'alcool de Moscou, Fédération de Russie) ;
- la sensibilisation aux bonnes pratiques et l'aide au développement de services (Azienda per i Servizi Sanitari N.1 Triestina de Trieste, Italie) ;
- la prévention et les bonnes pratiques en matière de cybersanté (Institut Trimbos d'Utrecht, Pays-Bas) ;
- la santé mentale des réfugiés et l'assurance qualité (Université Queen Mary de Londres, Royaume-Uni) ;
- l'évaluation des soins de proximité et le développement du personnel dans le domaine de la santé mentale (Université de Vérone, Italie).

Conclusions et perspectives

51. Les responsables du programme de santé mentale du Bureau régional continueront à mettre en œuvre le Plan d'action européen sur la santé mentale en soutenant les États membres. Entre 2013 et 2017, quelque 25 États membres de la Région ont accordé une priorité à la santé mentale dans leurs accords de collaboration biennaux. Pour la période biennale 2018-2019, un nombre similaire de pays a fait de la santé mentale une priorité, particulièrement en ce qui concerne le développement des soins primaires et les politiques et services de proximité.

52. Les responsables du programme de santé mentale maintiendront également leurs étroits partenariats avec des associations représentant des groupes de professionnels, des patients et leurs familles, des organismes universitaires et des organisations non gouvernementales, en accordant une attention particulière aux pathologies spécifiques comme l'autisme et la démence.

53. Le prochain rapport de situation sur la mise en œuvre du Plan d'action européen sur la santé mentale sera présenté au CR70, en septembre 2020.

Annexe C1. Survol des informations fournies dans l'Atlas de la santé mentale 2014 pour les États membres de la Région européenne de l'OMS

Tableau. Informations sur la santé mentale dans les États membres de la Région européenne de l'OMS relatives à des domaines et indicateurs spécifiques, en nombre de pays et en pourcentage régional

Domaine/indicateur	Nombre	%
1 Ont répondu au questionnaire de l'Atlas/l'ont renvoyé	48	91
2 Notification d'informations sur la santé mentale	37	70
<i>Rapport spécifiquement consacré à la santé mentale ces deux dernières années</i>	19	36
<i>Informations notifiées dans le cadre de statistiques générales</i>	18	34
3 Notification des dépenses pour la santé mentale	25	47
<i>Soins hospitaliers uniquement</i>	25	47
<i>Soins hospitaliers et ambulatoires</i>	20	38
4 Notification sur les effectifs actifs dans le domaine de la santé mentale	30	57
<i>Ventilation partielle</i>	30	57
<i>Ventilation complète</i>	18	34
5 Notification sur les services disponibles	41	77
<i>Lits d'hôpital uniquement</i>	41	77
<i>Lits d'hôpital et visites aux patients en soins ambulatoires</i>	24	45
6 Notification sur le recours aux services (pour les personnes présentant une série de troubles mentaux graves)	19	36
7 Notification des admissions sans consentement	23	43
8 Mise en œuvre d'une politique de santé mentale	41	77
<i>Intégrale</i>	13	25
<i>Partielle</i>	28	53
9 Mise en œuvre d'une législation sur la santé mentale	41	77
<i>Intégrale</i>	25	47
<i>Partielle</i>	16	30
10 Participation des utilisateurs de services et de la famille*	36	68
<i>Intégrale</i>	13	25
<i>Partielle</i>	23	43
11 Programmes de promotion et de prévention (le pays a deux programmes ou plus qui fonctionnent)	27	51

* Participation de personnes souffrant de troubles mentaux et des membres de leur famille au travail du ministère de la Santé (planification, stratégie, développement des services et évaluation).

Source : Atlas de la santé mentale 2014. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015.

Catégorie 5. Préparation, surveillance et intervention

D. Rapport de situation final sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région européenne de l'OMS (résolution EUR/RC59/R5)

Introduction et contexte

1. Comme demandé dans la résolution EUR/RC59/R5 sur l'application du Règlement sanitaire international (RSI) (2005), adoptée en septembre 2009 lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, ce rapport de situation dresse un bilan de l'application du RSI (2005) dans la Région européenne. Conformément à la résolution EUR/RC63/R8 (« Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional lors de sessions précédentes, et recommandations concernant la désactivation de résolutions et les impératifs de communication de rapports »), il s'agit du tout dernier rapport de situation rédigé au titre de la résolution EUR/RC59/R5.

2. Les flambées épidémiques de maladies survenues récemment, comme la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 et la maladie à virus Zika en 2015-2016, illustrent bien à quel point il est important, pour les États membres de la Région européenne, de disposer, aux niveaux national et international, de mécanismes et de capacités performants afin de détecter rapidement les graves menaces pour la santé publique, d'y riposter et de mettre en place des mesures préventives en vue de les endiguer. En outre, il est très largement avéré que la mise en place de systèmes de santé forts et résilients joue un rôle dans le bon fonctionnement des principales capacités du RSI (2005).

3. Bien que les flambées épidémiques de virus Ebola et Zika se soient déclarées en dehors de la Région européenne, elles ont mis en évidence la nécessité d'établir, dans la Région, des systèmes de préparation efficaces et coordonnés afin de contrer les menaces et d'éviter que des événements secondaires ne dégénèrent en situations d'urgence. La préparation et les interventions en cas de crise exigent également une coordination de la communication sur les risques.

4. Le Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte a indiqué que l'application du RSI (2005) et, en particulier, le renforcement des principales capacités, devraient être considérés comme un processus continu englobant la préparation, la détection, l'évaluation des risques et l'intervention face à l'ensemble des situations d'urgence sanitaire.

5. Il a fait observer que pour améliorer les plans d'action stratégiques, il est particulièrement important de mener un cycle continu d'évaluation, d'action et de réévaluation. Enfin, le Comité d'examen a aussi relevé qu'aucun processus ou système n'est actuellement mis en place pour institutionnaliser la collecte et la diffusion des observations faites et des enseignements acquis à l'occasion de certains événements. Le rapport du Comité d'examen a préparé le terrain pour la révision du Cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005), qui vient compléter les auto-évaluations par les États parties des progrès accomplis en matière d'application du RSI (2015) à l'aide d'exercices de simulation, d'examen a posteriori et d'évaluations externes volontaires qui permettent de dresser un tableau plus précis des capacités opérationnelles existantes dans les

pays. Le secrétariat de l’OMS a mis au point, dans le cadre des fonctions et du mandat que lui confère l’article 44.2 du RSI (2005), des outils techniques pour chacune de ces trois composantes volontaires.

6. Au vu de la dynamique engagée au niveau mondial sur le RSI (2005) et la sécurité sanitaire, et des divers processus actuellement mis en place dans ce domaine, la contribution de la Région européenne au débat mondial sur la préparation et les interventions en cas de crise exige de sa part un leadership fort et affirmé. Afin de permettre au Comité permanent du Comité régional de l’Europe d’informer efficacement le Comité régional à ce sujet, et de contribuer aux discussions menées au niveau mondial sur l’utilisation accélérée du RSI (2005) dans la Région européenne, un sous-groupe du Comité permanent sur l’application du Règlement sanitaire international (2005) a été institué en 2015. Depuis lors, le sous-groupe a dans une très large mesure aidé le secrétariat à définir et à prioriser les activités menées par le Bureau régional dans le domaine du RSI, et à adapter les stratégies mondiales au contexte régional.

L’utilisation du RSI (2005) dans la Région européenne

7. Le réseau des points focaux nationaux pour le RSI est demeuré un facteur clé de succès dans la Région européenne au cours de la période couverte par ce rapport. En effet, les points focaux nationaux ont joué un rôle actif dans la notification et la vérification des événements potentiels de santé publique ayant une portée internationale, et les informations ont été diffusées plus rapidement dans tous les États parties de la Région. Des progrès visibles ont été également accomplis dans la notification de différents types de risques pour la santé publique (outre les risques de maladies infectieuses), notamment les menaces chimiques, radionucléaires, d’origine alimentaire et causées par l’homme.

8. Les États parties et le Bureau régional ont participé à la riposte à des événements majeurs en rapport avec la santé publique, tant à l’échelle régionale que mondiale. L’équipe OMS d’information sur les urgences sanitaires et d’évaluation des risques chargée de la détection, de la vérification et de l’évaluation des risques assure une permanence 24h/24 et 7j/7, et fait office de point de contact de l’OMS pour le RSI. Elle procède à une surveillance continue des signaux d’événements liés à la santé publique à partir d’un grand nombre de sources, en collaboration avec les États membres et les partenaires, le cas échéant. De septembre 2016 à juin 2017, un nombre estimé de 15 000 signaux provenant de diverses sources ont été examinés et étudiés. Environ 1 500 de ces signaux ont fait l’objet d’une analyse plus approfondie qui a permis de détecter 32 graves événements de santé publique. Afin de détecter des événements potentiels, l’OMS collabore régulièrement avec ses partenaires, notamment la Commission européenne et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). L’État membre concerné participe toujours à l’exercice d’évaluation, ainsi que le bureau de l’OMS dans le pays, si ce dernier dispose d’un tel bureau. Le nouveau modèle interne d’évaluation rapide des risques, adapté par le Programme OMS de gestion des situations d’urgence sanitaire en février 2017, a été appliqué à quatre événements survenus en 2017 dans la Région européenne. Des évaluations itératives et approfondies des risques ont été réalisées pour 29 événements en collaboration avec les unités techniques de l’OMS concernées. Alors que 3 des 32 événements susmentionnés n’ont pas dû faire l’objet d’une autre vérification par les points focaux nationaux, 29 demandes de vérification ont été introduites entre le 1er septembre 2016 et le 10 juillet 2017. Il a été donné suite à presque toutes ces demandes, et les points focaux nationaux ont communiqué les informations de santé publique disponibles en temps voulu, conformément au RSI (2005).

L'OMS a apporté son soutien aux interventions menées par les États membres face à six de ces événements, notamment des flambées épidémiques de botulisme, de poliomyélite, de maladie à virus Zika, de maladie du légionnaire et de fièvre hémorragique de Crimée-Congo.

L'application du RSI (2005) dans la Région européenne

9. L'application du RSI (2005) et la préparation aux urgences sanitaires, en général, doivent suivre une approche cyclique ; les activités de renforcement des capacités adaptées au contexte national doivent répondre aux besoins déterminés grâce à un suivi, à une évaluation et aux enseignements acquis lors d'interventions antérieures face à des événements de santé publique. On palliera aux insuffisances par l'élaboration de plans d'action nationaux précisant les coûts et le mode de financement en vue de renforcer les capacités, les structures ainsi que les plans et/ou procédures opérationnels du système de santé et des secteurs concernés.

10. En date de juillet 2017, 50 évaluations externes avaient été menées à l'échelle mondiale, et 27 autres sont prévues pour 2017-2018. À ce jour, le Bureau régional a facilité la réalisation de huit évaluations externes volontaires en Albanie, en Arménie, en Belgique, en Finlande, au Kirghizistan, en Lettonie, en Slovénie et au Turkménistan. Des préparatifs sont en cours pour le Liechtenstein et la Suisse. Plusieurs États membres ont exprimé leur souhait de réaliser une évaluation externe dans l'année à venir. Cet exercice s'est révélé utile pour réunir les différents secteurs œuvrant à l'application du RSI au niveau des pays, car il permet un débat entre experts externes et nationaux dans les domaines pertinents du RSI. Il a en outre efficacement contribué à sensibiliser les décideurs nationaux à la sécurité sanitaire et aux obligations du RSI.

11. Pareillement, les exercices de simulation et les examens a posteriori font intervenir des collègues externes, par exemple, afin de faciliter les discussions techniques et de consolider des réseaux d'experts régionaux et mondiaux. En date de juillet 2017, 34 exercices de simulation avaient été menés à bien à l'échelle mondiale, et 25 autres sont prévus pour 2017-2018. Le Bureau régional a soutenu la planification et la réalisation de cinq exercices en vue de tester diverses capacités fonctionnelles en matière de préparation, de détection et d'intervention, notamment pour les rassemblements de masse. À titre d'exemple, on mentionnera un exercice visant à tester la prise en charge d'un cas de coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient en prévision des 5e Jeux asiatiques des sports en salle et des arts martiaux organisés au Turkménistan en septembre 2017, et un exercice de simulation de quatre jours sur la coordination de l'intervention et l'utilisation des mécanismes du RSI lors d'une urgence de santé publique en Bosnie-Herzégovine.

12. Le Bureau régional a également participé à l'exercice de simulation du G20, et à l'exercice ConvEx organisé par l'Agence internationale de l'énergie atomique avec l'Union européenne, plusieurs organisations des Nations Unies et plus de 80 pays. Il s'agissait de simuler un incident radionucléaire en Hongrie, et de tester la coopération interagences et interpays, notamment avec les points focaux nationaux.

13. Le Bureau régional a préparé un manuel pour les examens a posteriori, en étroite collaboration avec l'ECDC. Ce dernier a fait l'objet d'un processus de consultation impliquant des experts européens et des points focaux nationaux, et servira à l'élaboration d'un outil au niveau mondial.

14. En étroite collaboration avec la Commission européenne et ses institutions, le Bureau régional aide les États membres à assurer la pleine application du RSI (2005). Il a été

notamment invité à se prononcer sur le suivi de la préparation en vertu de l'article 4 de la Décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé. Le Bureau régional a l'intention de collaborer avec la Commission européenne sur plusieurs domaines d'action en 2017-2018, notamment les exercices de simulation, les examens a posteriori et la communication sur les risques.

15. Les États membres de la Région européenne ont accompli d'importants progrès à cet égard, notamment en ce qui concerne le développement des capacités de laboratoire, la surveillance, la législation et la politique, la préparation et les ressources humaines, comme en témoignent les questionnaires d'auto-évaluation remplis par les États parties et des scores relativement élevés obtenus pour l'ensemble des capacités. Parmi les conditions restreignant la fonctionnalité opérationnelle du RSI (2005), on mentionnera entre autres un manque d'aptitude à gérer les capacités et l'absence d'une conscientisation à cet égard et les lacunes en matière de formation. Les avancées ont été également limitées dans d'autres domaines comme l'adoption par tous les secteurs nationaux concernés d'approches pangouvernementales couvrant l'ensemble des risques, et la mise en place de mécanismes et de processus de collaboration multisectorielle et transfrontalière. Enfin, dans certains pays, il y a une confusion entre les prescriptions minimales stipulées à l'annexe 1 du RSI (2005) et les principales capacités, car l'on suppose que le RSI ne peut être appliqué que lorsque toutes les principales capacités fonctionnent au niveau maximum.

16. Le Bureau régional s'est employé de diverses façons à combler les lacunes, et à continuer à soutenir les pays afin qu'ils puissent renforcer et maintenir leurs capacités. Une réunion des points focaux nationaux pour le RSI s'est tenue à Saint-Pétersbourg (Fédération de Russie) en février 2017. Elle a permis d'examiner les progrès accomplis ainsi que le processus à venir, d'effectuer un échange de données d'expérience, et d'aborder les lacunes et les défis spécifiques en matière d'application et de respect du RSI (2005). En particulier, la réunion a permis d'engager un débat ciblé et de procéder à un échange des meilleures pratiques, tout en renforçant les partenariats entre les pays et les régions.

17. Parmi les activités menées récemment sur le thème des points d'entrée, une question intéressant de nombreux États parties européens, il convient notamment de mentionner les suivantes :

- la sixième réunion de l'Accord de collaboration pour la prévention et la gestion des événements de santé publique dans l'aviation civile (CAPSCA-EUR/06) à Minsk (Biélarus), du 12 au 14 juillet 2017 ;
- des missions d'experts dans des aéroports internationaux au Kazakhstan, au Tadjikistan et au Turkménistan afin d'examiner le respect des obligations du RSI aux points d'entrée. D'autres missions d'experts sont prévues en Arménie et en Bosnie-Herzégovine.

18. Le Bureau régional a aidé les pays à élaborer des plans d'action nationaux, à examiner les enseignements tirés et à appliquer les recommandations des évaluations. En juin 2017, l'OMS a facilité l'organisation d'une consultation nationale de trois jours au Kirghizistan afin de formuler un plan d'action national assorti d'une évaluation des coûts. Les domaines prioritaires ont été définis sur la base des recommandations émises dans le cadre de l'évaluation externe. Plusieurs domaines techniques ont été mis en avant par le ministère de la Santé, à savoir la coordination du RSI, la communication intersectorielle et la sensibilisation, la préparation, les points d'entrée, la résistance aux antimicrobiens et la communication sur les risques. Des experts des secteurs concernés par l'application du RSI au niveau national (santé publique, santé

vétérinaire, intervention d'urgence, contrôle des frontières, transports, douanes, etc.) ont élaboré des mesures en vue de pallier efficacement les insuffisances existantes. Cette activité a bénéficié du soutien du cabinet du Premier ministre et du ministre de la Santé. Aux termes de la consultation, une réunion de partenaires a été organisée avec des ambassades, des agences de développement et d'autres organisations des Nations Unies afin d'informer les participants et d'examiner les possibilités de collaboration.

Le respect du RSI (2005) dans la Région européenne

19. Selon les données disponibles sur le site d'information sur les événements, l'intérêt témoigné à cet égard par les points focaux nationaux de la Région européenne, si l'on se base sur le nombre de sessions ouvertes par les États parties, a toujours été élevé et a même augmenté depuis 2007. En moyenne, les États parties de la Région se connectent sur ce site 198 fois par an (soit environ quatre fois par semaine). Cependant, si l'on prend en compte les connexions par pays, on observe d'énormes différences entre les États parties de la Région, certains d'entre eux ouvrant une session moins d'une fois par mois.

20. En général, les réponses aux demandes de vérification de l'OMS sur des événements particuliers sont fournies dans les 24 heures, conformément à l'article 10 du RSI (2005), et seuls quelques États parties ne remplissent pas cette obligation. Dans ce cas, les bureaux de pays de l'OMS apportent un appui essentiel au processus de vérification. La communication bilatérale entre les différents points focaux nationaux s'est améliorée. Le processus de consultation informelle avec l'OMS prévu par l'article 8 du RSI (2005) et relatif aux questions techniques est actuellement sous-utilisé.

21. En examinant les mesures prises au-delà des recommandations temporaires de l'OMS lors de la phase terminale de la flambée épidémique de maladie à virus Ebola, on a remarqué que tous les États parties européens avaient fourni une justification fondée sur l'article 43 du RSI (2005) ; à l'échelle mondiale, 23 États parties n'en avaient pas fait autant.

22. À ce jour, 42 États parties ont désigné au moins un expert pour la liste d'experts du RSI conformément à l'article 47 du RSI (2005). Treize États membres de la Région européenne n'ont pas encore désigné des experts pour cette liste.

23. Un nombre croissant d'États parties de la Région ont appliqué l'article 44.1 du RSI (2005), et ont apporté leur soutien à d'autres États parties et proposé de collaborer avec eux en vue principalement de développer, de renforcer et de maintenir les capacités de santé publique. Plusieurs États parties ont appuyé les activités menées par le Bureau régional en libérant du personnel dans le cadre d'échanges d'experts, et en apportant une aide technique et financière à l'organisation d'ateliers, de séances de formation, d'exercices et d'examens a posteriori.

Conclusion

24. Les États parties de la Région européenne adhèrent pleinement à l'application du RSI (2005), et reconnaissent la valeur ajoutée apportée par la collecte d'informations exploitables (intelligence) sur les épidémies grâce à un échange mutuel et rapide de données, et à la notification des événements.

25. Le Bureau régional a développé son offre de services en sa qualité de point de contact pour le RSI, et a apporté son soutien aux États parties dans le domaine de l'évaluation des risques et de l'intervention.

26. Faisant suite aux activités de surveillance et d'évaluation, le Bureau régional a continué à appuyer l'élaboration de plans d'action nationaux et leur mise en œuvre. Parmi les autres interventions utiles menées dans la Région européenne, on mentionnera les activités nationales et régionales de formation à l'intention des points focaux nationaux (apprentissage en ligne et en face à face) ; les initiatives de sensibilisation auprès des autres secteurs ; les révisions des textes juridiques ; les séances de formation sur la communication sur les risques ; et les ateliers bilatéraux. Le soutien apporté par le Bureau régional dans le domaine du RSI s'effectue en étroite coordination avec le renforcement des systèmes de santé au niveau des pays.

27. Le Bureau régional accorde une attention particulière aux États parties hautement vulnérables et dotés de faibles capacités. La collaboration bilatérale et la collaboration multilatérale prévues aux termes de l'article 44 du RSI (2005) constituent des composantes importantes pour la préparation systématique, ainsi que pour les interventions menées lors des événements de santé publique.

= = =