



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Europe**

---

**Comité régional de l'Europe**

Soixante-neuvième session

**Copenhague (Danemark), 16-19 septembre 2019**

Point 2 a) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC69/5

+ EUR/RC69/Conf.Doc./1

30 août 2019

190442

ORIGINAL : ANGLAIS

## **Rapport de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2018-2019**

Ce rapport présente quelques-unes des principales activités menées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en 2018-2019 en vue d'améliorer la santé dans la Région européenne de l'OMS.

Pour relever les défis auxquels la Région a été confrontée en 2018-2019, le Bureau régional a continué à organiser ses activités conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et au cadre politique Santé 2020, en tenant également compte des priorités stratégiques et des changements exposés dans le Treizième Programme général de travail 2019-2023.

## Table des matières

Sigles et abréviations.....	4
1. Améliorer la santé en Europe, plus durablement, avec plus d'équité .....	6
Introduction.....	6
Le Rapport sur la santé en Europe 2018 : l'inégalité de l'état de santé en Europe .....	7
Initiative du Rapport de situation sur l'équité en santé dans la Région européenne de l'OMS.....	8
Mise en œuvre du Programme 2030 : la santé comme moteur du développement .....	9
Gouvernance pour la santé et le bien-être.....	10
Partenariats visant à améliorer la santé et la cohérence des politiques.....	12
Les réseaux de groupes de pays .....	15
Réseau des Régions-santé.....	19
La Protectrice du Bureau régional .....	20
Mise en application d'une feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 dans les États membres européens .....	20
2. Environnement et santé en Europe.....	24
Groupe de travail européen Environnement et santé.....	24
Le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement.....	24
Les aspects transversaux de l'environnement et de la santé.....	25
3. Situations d'urgence sanitaire, résistance aux antimicrobiens et maladies transmissibles .....	31
Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.....	31
La gestion des risques infectieux .....	32
Préparation des pays aux urgences sanitaires et RSI (2005) .....	37
4. Adopter la perspective portant sur toute la durée de la vie et lutter contre les maladies non transmissibles : ne laisser personne de côté .....	44
La perspective portant sur toute la durée de la vie : la priorité à un avenir en bonne santé .....	44
Renforcer le leadership en matière de politique de santé tenant compte des sexospécificités .....	48
Une action audacieuse s'impose pour vieillir en bonne santé dans la Région .....	49
Promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs.....	51
Lutter contre les MNT et leurs facteurs de risque .....	54
La Conférence de haut niveau sur les MNT .....	54
Sécurité routière.....	68
Handicap et réadaptation : combler les lacunes pour ne laisser personne de côté.....	69
Progrès dans la mise en œuvre du Plan d'action européen sur la santé mentale 2013-2020 .....	70
Dépistage du cancer .....	71

5. Renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne et des capacités de santé publique.....	72
Progrès accomplis sur la voie de la CSU .....	72
Des systèmes de santé pour la prospérité et la solidarité : ne laisser personne de côté.....	76
Conférence mondiale sur les soins de santé primaires .....	77
Transformer les systèmes de santé en transformant leur gouvernance.....	81
Innover pour améliorer les résultats sanitaires .....	83
6. Information, bases factuelles et recherche en santé : le fondement de politiques et d'actions efficaces .....	91
Plan d'action en vue de renforcer l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche à des fins d'élaboration de politiques dans la Région européenne de l'OMS.....	92
Amélioration de l'accès à l'information sanitaire et de sa diffusion .....	93
L'avenir des systèmes de santé numérique.....	94
Renforcement des systèmes d'information sanitaire et des capacités nationales pour l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes.....	95
7. Réalisation des réformes de l'OMS et amélioration de la viabilité financière.....	96
La réforme de l'OMS et le programme de transformation .....	96
Collaborer avec les pays au centre.....	99
La situation financière .....	100
Communication stratégique .....	100

## Sigles et abréviations

ASPHER	Association des écoles de santé publique de la Région européenne
CAPSCA	Accord de collaboration pour la prévention et la gestion des événements de santé publique dans l'aviation civile
CCNUCC	Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques
CCS	Cadre commun de suivi
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
COP24	24 <sup>e</sup> Conférence des Parties
CPCR	Comité permanent du Comité régional de l'Europe
CR68	soixante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe
CSU	couverture sanitaire universelle
ECDC	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
EHI	Initiative européenne d'information sanitaire
EHTF	Groupe de travail européen Environnement et santé
EMT	équipes médicales d'urgence
EVIPNet Europe	Réseau européen de l'OMS pour des politiques inspirées de bases factuelles
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
GDO	bureaux géographiquement dispersés
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie
HBSC	comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé
HESRI	Initiative du Rapport de situation sur l'équité en santé
ICSHNet	réseau pour les sites contaminés par l'industrie
MERS-CoV	coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient
MNT	maladies non transmissibles
NEI	nouveaux États indépendants de l'ex-URSS
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	objectifs de développement durable
ONG	organisations non gouvernementales
PCIME (stratégie)	Stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PIP	Cadre de préparation en cas de grippe pandémique
Réseau HEN	Réseau des bases factuelles en santé
RSI (2005)	Règlement sanitaire international (2005)

treizième PGT	Treizième Programme général de travail de l’OMS 2019-2023
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
WHE	Programme OMS de gestion des situations d’urgence sanitaire

# **1. Améliorer la santé en Europe, plus durablement, avec plus d'équité**

## ***Introduction***

1. Soixante-dixième anniversaire de l'Organisation mondiale de la santé, 40<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata et 30<sup>e</sup> anniversaire du Réseau européen des Villes-santé de l'OMS – il ne fait aucun doute que l'année 2018 nous a souvent permis de faire le bilan des très impressionnantes avancées réalisées à notre époque dans le domaine de la santé – de la vaccination systématique contre les maladies infantiles à l'amélioration considérable de la santé maternelle, en passant par la priorité accordée aux environnements sains, la protection contre les menaces sanitaires et l'élaboration d'un cadre juridique solide pour mettre fin au tabagisme, par exemple.

2. Cependant, ces occasions nous ont aussi permis de réfléchir non seulement sur les progrès réalisés, mais aussi sur la voie à suivre, en nous incitant à renouveler notre engagement envers notre objectif le plus fondamental, à savoir « améliorer la santé en Europe, plus durablement, avec plus d'équité » – l'objectif d'une meilleure santé pour tous, à tout âge.

3. L'Europe peut s'enorgueillir d'une longue tradition en matière de droit et d'accès équitable à la santé pour tous. Ce sont là des valeurs directrices pour nos systèmes de santé. Pourtant, malgré les impressionnants progrès réalisés dans la Région européenne de l'OMS, même les pays les plus avancés n'ont pas été en mesure de protéger l'ensemble de leurs populations contre les difficultés financières provoquées par les paiements directs pour les soins de santé, et c'est un problème qui affecte plus particulièrement les personnes pauvres et vulnérables.

4. Afin d'aider les pays à opérer des choix éclairés, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a entrepris une analyse régionale de l'efficacité de la protection financière et des politiques de couverture sanitaire qui influencent la performance des systèmes de santé dans 25 États membres. Il ressort de cette étude que tous les pays peuvent faire plus et mieux pour parvenir à la couverture sanitaire universelle (CSU). La santé est notre bien le plus précieux. Il ne doit pas s'agir d'un luxe réservé aux seuls privilégiés.

5. Sur le plan social, économique et écologique, nous bénéficions tous d'un monde qui ambitionne la santé pour tous.

6. Nous avons l'engagement et les connaissances pour transformer la santé, et nous en avons aussi l'opportunité. En reconnaissant la nature multidimensionnelle et multisectorielle de la santé et de ses déterminants, nous avons transformé notre façon de travailler. Nous avons créé des synergies entre les secteurs, mobilisé les communautés et les individus, et impliqué la société civile par la recherche d'un consensus sur les objectifs. Nous nous sommes efforcés de concrétiser les approches pangouvernementales, pansociétales et intégrant la santé dans toutes les politiques.

7. Nous vivons une époque à la fois passionnante et difficile. Or, à la lumière des fluctuations politiques actuelles qui ont bouleversé certaines vieilles hypothèses politiques et sociales communes et favorisé un sentiment dominant d'incertitude, nous devons plus que jamais appliquer les valeurs reconnues de tous en matière d'investissement dans la santé : le droit à la santé, l'universalité, la solidarité, l'équité et la justice.

8. Pour ce faire, notre action politique doit être multisectorielle pour pouvoir agir sur tous les déterminants de la santé et promouvoir la santé à toutes les étapes de l'existence. Nous avons développé et approfondi nos partenariats et nos efforts à tous les niveaux de nos activités, puisqu'ils sont essentiels pour assurer une mise en œuvre efficace. Des exemples de nos partenariats s'entrecroisent au fil des pages du présent rapport, tout comme les partenariats eux-mêmes s'entrecroisent dans tous les aspects de notre travail.

9. Nous devons relever le défi du vieillissement de la population, et de la charge croissante des maladies non transmissibles (MNT). Nous devons agir face à la menace constante des maladies transmissibles et des situations d'urgence sanitaire, réagir devant l'explosion exponentielle des technologies de la santé et répondre aux attentes croissantes de la population. Nous devons faire face à des pressions financières constantes, notamment en ce qui concerne l'utilisation efficace des ressources, et pourtant parvenir à la CSU et garantir une bonne protection financière.

10. Par ailleurs, de nouvelles occasions importantes se présentent à nous. Nous comprenons mieux la complexité des interactions entre le génome humain et l'environnement tout au long de la vie. Nous sommes conscients que ces interactions subissent l'effet des politiques, des opportunités et des normes sociales créées par la société, comme les contextes politiques, environnementaux et culturels, sur lesquels nous pouvons exercer une influence. L'utilisation des technologies numériques et d'autres innovations, qui contribuent à aplanir les inégalités d'accès, offre d'énormes possibilités.

11. Nous avons une vision commune : bâtir un monde où chacun concrétiserait son droit de mener une vie prospère en bonne santé. Pour concrétiser cette vision, nous – les responsables politiques, les décideurs, les professionnels et les citoyens de tous les horizons – devons tous nous engager à progresser sur la voie de l'amélioration de la santé avec moins d'inégalité et davantage d'équité.

### ***Le Rapport sur la santé en Europe 2018 : l'inégalité de l'état de santé en Europe***

12. L'édition 2018 du *Rapport sur la santé en Europe* analyse les principales tendances qui sous-tendent l'état actuel de la santé et du bien-être en Europe. Le tableau qu'il dresse révèle l'inégalité de l'état de santé en Europe, en mettant en avant les défis qui restent à relever dans la Région afin d'aplanir les inégalités de santé.

13. Bien que la mortalité prématurée due aux quatre principales MNT, ainsi que la mortalité toutes causes confondues (et tous âges confondus), continuent de diminuer, les indicateurs liés au mode de vie tels que les taux de tabagisme, les niveaux de consommation d'alcool et la forte prévalence du surpoids et de l'obésité sont encore révélateurs d'importants problèmes pour plusieurs pays de la Région.

14. L'espérance de vie moyenne augmente dans la Région européenne (l'espérance de vie à la naissance est passée à 77,9 ans en 2015) et les écarts d'espérance de vie, tant entre pays qu'entre les sexes, se réduisent. Pourtant, l'écart entre le pays où l'espérance de vie est la plus longue (83,1 ans) et celui où elle est la plus courte (71,6 ans) est encore supérieur à 10 ans.

15. Nous pouvons nous réjouir d'être en bonne voie d'atteindre la cible de Santé 2020 visant à réduire de 1,5 % par an la mortalité prématurée due aux maladies cardiovasculaires, au cancer,

au diabète et aux maladies respiratoires chroniques. Pourtant, le manque d'équité entre les pays européens, et au sein d'un même pays, en matière de santé et de bien-être reste flagrant. Par exemple, les femmes dont les revenus font partie de la tranche de 20 % la plus basse meurent entre 2,3 et 7,4 ans plus tôt que les femmes dont les revenus s'inscrivent dans la tranche de 20 % la plus haute. Les hommes du groupe dont les revenus font partie de la tranche de 20 % la plus basse peuvent s'attendre à décéder 3,4 à 15,5 ans plus tôt que les hommes dont les revenus s'inscrivent dans la tranche de 20 % la plus haute. Le lieu de naissance influe également sur les chances de prospérer : pour 1 000 naissances, jusqu'à 4 bébés n'atteindront pas l'âge d'un an dans les régions les plus défavorisées d'un pays, contre 2 bébés dans les régions les plus favorisées. Dans près des deux tiers des pays de la Région européenne, ces écarts de taux de mortalité infantile entre les régions les plus défavorisées et les plus favorisées sont restés inchangés ou ont augmenté entre 2005 et 2016.

16. Les inégalités en matière de bien-être et de santé mentale sont aussi répandues que les inégalités en matière de santé physique dans la Région européenne. En Europe, les hommes et les femmes disposant des revenus les plus faibles sont, en moyenne, deux fois plus susceptibles de faire état de problèmes de santé mentale que ceux disposant des revenus les plus élevés.

17. L'impact des politiques et décisions gouvernementales au sens large sur la santé est bien connu. Au cours de ces 15 dernières années, les politiques budgétaires et de croissance ont eu un impact négatif sur les principaux déterminants de la santé, et entraîné une insécurité croissante des revenus, la privation de logement, l'insécurité alimentaire, une qualité de vie précaire et des conditions de travail dangereuses. Par conséquent, les écarts en matière de santé se sont amenuisés plus lentement que prévu, et de nouveaux groupes sont apparus, dont les travailleurs à faible revenu, qui présentent un risque considérablement plus élevé de problèmes de santé mentale ainsi qu'un risque accru de maladies cardiovasculaires, et accusent des taux plus élevés de maladies limitant leurs activités quotidiennes.

18. Or, les efforts consentis à la réduction des inégalités de santé sont des investissements essentiels pour parvenir à une croissance inclusive, et vice versa. L'analyse économique réalisée par l'Initiative du Rapport de situation sur l'équité en santé dans la Région européenne (HESRi, pour *Health Equity Status Report Initiative*) pour les pays à revenus intermédiaire et élevé de la Région européenne de l'OMS révèle qu'une réduction de 50 % de l'écart d'espérance de vie entre groupes sociaux créerait un dividende économique de l'ordre de 0,3 à 4,3 % du produit intérieur brut.

### ***Initiative du Rapport de situation sur l'équité en santé dans la Région européenne de l'OMS***

19. L'Initiative HESRi est une panoplie d'outils élaborés et lancés par le Bureau régional en 2018-2019 afin de promouvoir et de soutenir l'action politique en faveur de l'équité en santé et du bien-être dans la Région. Elle a permis de réaliser une analyse innovante des relations existant entre, d'une part, l'état de santé et, d'autre part, la sécurité et la qualité de cinq conditions essentielles pour que tous les enfants ou tous les adultes puissent vivre en bonne santé dans l'Europe du XXI<sup>e</sup> siècle. Les facteurs alimentant et aggravant les inégalités de santé dans nos sociétés n'ont jamais été aussi évidents, ainsi que les mesures d'incitation, les options stratégiques et les solutions susceptibles d'apporter des changements positifs.

20. La série d'outils de l'Initiative HESRi comprend notamment un outil de politique en faveur de l'équité en santé. Ce dernier présente 51 politiques pertinentes pour la Région européenne et exerçant un effet positif en vue de réduire les inégalités de santé. Les responsables politiques commencent déjà à utiliser cet outil dans la définition des priorités et la prise de décisions en matière d'affectation des ressources afin d'optimiser leur impact sur l'équité en santé par la mise en œuvre d'interventions dans le secteur de la santé et conjointement avec d'autres secteurs gouvernementaux.

21. La série d'outils comprend également 35 approches d'intervention qui s'intègrent facilement dans la conception et la prestation des services et des programmes. Celles-ci se fondent sur des éléments de preuve mettant en évidence les méthodes efficaces, et incitent déjà les décideurs et les planificateurs de la Région à intensifier les pratiques courantes en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière d'équité en santé.

22. Le premier Rapport de situation sur l'équité en santé dans la Région européenne de l'OMS a été lancé en 2019. De plus amples informations sur l'Initiative HESRi figurent au chapitre 4.

### ***Mise en œuvre du Programme 2030 : la santé comme moteur du développement***

23. La santé est une composante essentielle et un moteur des objectifs de développement durable (ODD), qui reflètent la complexité ainsi que la nature multidimensionnelle et multisectorielle de la santé et de ses déterminants.

24. En 2017, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a approuvé la Feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, en se basant sur Santé 2020, la politique européenne de la santé et du bien-être. Les ODD sont pertinents pour tous les pays de la Région, et placent la santé et le bien-être pour tous et à tout âge au cœur du développement, en tant que déterminants, facilitateurs et résultats. Bien que seul l'ODD 3 soit spécifiquement consacré à la santé, l'amélioration de la santé est nécessaire pour atteindre la majorité des cibles des 17 ODD.

25. En 2016-2017, le Bureau régional de l'Europe a adapté ses méthodes de travail de manière à relever les défis politiques et sociaux actuels, tout en menant à bien ses activités en vertu du nouveau cadre mondial du Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies. Pour ce faire, il a dû poursuivre et intensifier les approches et les orientations stratégiques suivies depuis 2010, lorsque la Région européenne a entériné la nouvelle vision de la santé de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe en réponse à l'évolution du contexte et à l'apparition de nouvelles difficultés, et depuis 2012, lorsque la Région européenne a adopté Santé 2020, le cadre d'action visant à parvenir à un état de santé plus égalitaire et durable dans la Région.

26. Parmi les changements apportés, il convient particulièrement de mentionner la priorité stratégique accordée à la CSU, aux déterminants de la santé et à l'instauration d'environnements sains, de même qu'à la gouvernance de la santé et à l'équité en santé. Ce fut aussi l'occasion de mettre en avant les catalyseurs du développement, à savoir l'investissement dans la santé, les partenariats, la littératie en santé, l'innovation, ainsi que la recherche et le suivi. Les rapports précédents sur l'activité du Bureau régional ont retracé ces processus.

27. En 2017, l'OMS s'est servie des ODD comme point de départ pour élaborer le Treizième Programme général de travail de l'OMS 2019-2023 (treizième PGT). En 2017, le Comité régional a examiné le projet de treizième PGT en tant que politique-cadre alignée sur les ODD, et la Feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, en mettant l'accent sur les politiques de santé et les systèmes de santé pour le XXI<sup>e</sup> siècle dans le contexte de la CSU. Les hauts responsables de tous les niveaux de l'Organisation se sont réunis au Siège de l'OMS en octobre-novembre 2017 afin d'examiner les orientations stratégiques ainsi que les interventions nécessaires pour transformer et renforcer les activités de l'OMS dans les pays pour réaliser le treizième PGT. Ces activités ont alimenté le processus d'élaboration, dont le point culminant fut d'ailleurs l'adoption du programme lors de la Soixante et onzième Assemblée mondiale de la santé de 2018.

28. Les ODD, Santé 2020 et le treizième PGT forment réellement un tout cohérent. Ces trois instruments montrent clairement la position centrale occupée par la santé dans le développement.

29. Depuis le début de la réalisation des ODD et de Santé 2020, et l'adoption de la Feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, de nombreux pays ont commencé à élaborer des feuilles de routes nationales et à mettre en place des mécanismes pangouvernementaux au plus haut niveau afin de réaliser de nouvelles avancées à cet égard.

### ***Gouvernance pour la santé et le bien-être***

30. En 2018-2019, le programme Gouvernance pour la santé de la Division de la politique et de la gouvernance pour la santé et le bien-être a aidé les États membres à améliorer la gouvernance pour la santé et le bien-être dans la Région, et à mettre en œuvre Santé 2020 et le Programme 2030. Son objectif vise la mise au point de stratégies et d'outils ainsi que le renforcement des capacités en matière de gouvernance pour la santé et le bien-être, l'apport d'une assistance technique aux États membres en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des mécanismes, des processus et des dispositions institutionnelles à l'appui des approches de gouvernance pour la santé et le bien-être, et la coordination de l'application des priorités régionales au moyen de plates-formes régionales comme le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS. Le programme veille également à assurer la cohérence et la coordination des activités menées dans les divisions du Bureau régional dans le domaine de la gouvernance.

31. L'adoption de modèles de gouvernance visant à garantir la santé, l'équité et le bien-être constitue un exemple d'action transformatrice préconisée par le Programme 2030. Afin d'atteindre nos objectifs et nos cibles à l'échelle mondiale, régionale et nationale et de relever efficacement les défis complexes auxquels notre monde est actuellement confronté, il importe de gérer, de coordonner et de développer la responsabilisation et la cohérence, et de soutenir la mise en œuvre d'interventions entre différents acteurs à tous les niveaux de gouvernement et au-delà.

32. La démarche transformatrice visant à améliorer la gouvernance est facilitée par des stratégies systémiques à chaque niveau/nœud, au sein d'un système (pangouvernemental, pansociétal, panmunicipal et panscolaire) qui suscite la participation de tous les niveaux de gouvernance au sein d'un système, des niveaux supranational et international aux niveaux national, régional et local. Le programme Gouvernance pour la santé a publié un aide-mémoire sur la gouvernance pour la santé et le bien-être pour les ODD intitulé *Achieving the*

2030 Agenda through strengthened governance for health and well-being to support Member States in governance for health and well-being in the context of the SDGs [Réaliser le Programme 2030 en renforçant la gouvernance pour la santé et le bien-être afin d'aider les États membres dans ce domaine dans le contexte des ODD].

33. L'adoption d'approches pangouvernementales, pansociétales et intégrant la santé dans toutes les politiques exige la mise en place de structures et de processus de gouvernance multisectoriels et intersectoriels systématiques susceptibles de faciliter et de soutenir l'action politique nécessaire à cette fin. Ceux-ci amorcent et soutiennent le cycle politique, intègrent des mécanismes de cohérence et de responsabilité, des cadres réglementaires et juridiques favorables, des instruments de financement et d'action conjointe, et permettent l'amélioration des capacités au sein des acteurs gouvernementaux et au-delà. Le programme Gouvernance pour la santé n'a cessé de soutenir ces processus tout au long de la période 2018-2019, notamment par l'élaboration de neuf autres notes d'information dans la série de notes d'informations multisectorielles et intersectorielles, et dont la publication est prévue dans la seconde moitié de 2019.

34. La mise au point de l'Outil d'évaluation pour la gouvernance en matière de santé et de bien-être s'est notamment avérée déterminante pendant la période couverte par ce rapport. Cet outil a pour but d'évaluer la capacité des pays à concevoir, à coordonner et à adopter diverses approches de gouvernance visant l'amélioration de la santé et du bien-être, y compris à l'échelle pansociétale, pangouvernementale, multisectorielle, intersectorielle et intrasectorielle. Il a été testé jusqu'à présent dans trois États membres. L'expérience se poursuit d'ailleurs par l'adaptation thématique de l'outil à plusieurs domaines prioritaires et aspects transversaux de la santé publique, ainsi que par son adaptation aux niveaux des autorités régionales et municipales. L'outil doit aider les pays à réaliser les tâches suivantes :

- formuler des stratégies nationales de développement axées sur la santé et le bien-être ;
- élaborer des politiques, stratégies et plans de santé nationaux ;
- renforcer la performance des systèmes de santé ;
- renforcer les services et les fonctions de santé publique ;
- agir sur les déterminants sociaux de la santé ;
- s'attaquer aux priorités et aux défis de la santé publique.

35. L'outil d'évaluation est accompagné de l'*Outil pour cartographier la gouvernance en faveur de la santé et du bien-être : la méthode de l'organigramme*, le premier outil du genre mis au point par l'OMS afin de cartographier la responsabilité et la gouvernance pour la santé et le bien-être.

36. En outre, un exercice de cartographie a été entrepris et publié en 2018 dans le rapport intitulé *Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region Governance for a sustainable future: improving health and well-being for all* [Action multisectorielle et intersectorielle pour améliorer la santé et le bien-être de tous : cartographie de la Région européenne de l'OMS. La gouvernance pour un avenir durable : améliorer la santé et le bien-être de tous] (2018) qui présente 36 cas concrets de la Région européenne, et contient des conclusions et des recommandations clés qui alimentent la base de données factuelles en faveur de la prise de mesures multisectorielles et intersectorielles et de la mise en œuvre du Programme 2030.

37. Le programme Gouvernance pour la santé a soutenu les travaux du Bureau régional sur les MNT par la publication en 2018 du chapitre intitulé « Governing for better noncommunicable disease outcomes » [Gouverner pour de meilleurs résultats en matière de maladies non transmissibles] dans l'ouvrage du Bureau régional *Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition* [La riposte des systèmes de santé face aux maladies non transmissibles : faisons preuve d'ambition], et dans celui intitulé *A multilevel governance approach to preventing and managing noncommunicable diseases: the role of cities and urban settings* [Une approche de la gouvernance à plusieurs niveaux pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles : le rôle des villes et de l'environnement urbain] et préparé pour la Conférence européenne de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles : passons aux actes – Atteindre les cibles en matière de lutte contre les maladies non transmissibles afin de réaliser les objectifs de développement durable en Europe (Achgabat, Turkménistan).

38. Un autre chapitre intitulé « Adopting a systematic approach to understanding the relationship between health diplomacy, governance for health, and multi- and intersectoral action in the area of refugee and migrant health in the WHO European Region » [Adopter une approche systématique pour comprendre la relation entre diplomatie de la santé, gouvernance pour la santé et action multisectorielle et intersectorielle dans le domaine de la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS] a été rédigé pour la publication (à paraître prochainement) *Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants* [Diplomatie de la santé : coup de projecteur sur les réfugiés et les migrants].

39. Une réunion sur la gouvernance pour la santé est prévue au dernier trimestre de 2019 afin de développer davantage les outils et le rôle de la gouvernance pour la santé dans le but de réaliser les objectifs du Programme 2030 et le treizième PGT.

### **Le Cadre commun de suivi**

40. La Région européenne a mis au point le cadre commun de suivi (CCS) afin d'alléger la charge de travail des États membres en matière de notification pour Santé 2020, le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Lors de sa soixante-huitième session, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR68) a adopté les indicateurs (voir document EUR/RC68/10 Rev.1), et a convenu que le Bureau régional mettrait en œuvre le cadre de suivi proposé en collectant, analysant et publiant régulièrement des informations sur les progrès accomplis au titre d'un ensemble commun d'indicateurs.

41. Lors de la prochaine phase d'élaboration du CCS, le Bureau régional mettra au point un modèle de notification qui doit être utilisé par les États membres pour l'application du cadre. Ensuite, le Bureau régional communiquera régulièrement des données via le Portail européen d'information sanitaire. Il sera procédé à la mise en place d'un mécanisme de notification des données du CCS au Siège de l'OMS afin d'alimenter la base de données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS, celles-ci étant ensuite soumises aux Nations Unies en vue de procéder au suivi et à la notification des progrès réalisés dans le cadre de l'ODD 3.

### **Partenariats visant à améliorer la santé et la cohérence des politiques**

42. Le Bureau régional s'est engagé à renforcer sa collaboration avec d'importants partenaires actuels, notamment la famille des Nations Unies ; l'Union européenne (UE) ; le Fonds mondial

de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; l'alliance du vaccin Gavi ; et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

### **Partenariats et réseaux régionaux**

43. Étant donné la nature interdépendante des ODD, le travail en partenariat est par conséquent essentiel à leur réalisation. Il importe particulièrement d'assurer la coordination et le partenariat entre les agences des Nations Unies en vue d'améliorer la santé et le bien-être, une condition sine qua non afin de garantir l'harmonisation et l'intégration des efforts déployés par les Nations Unies au niveau de toutes les entités concernées. Comme on peut le constater dans le présent rapport, le travail en partenariat avec d'autres intervenants constitue la pierre angulaire de la stratégie du Bureau régional dans tous les aspects de son travail.

44. Les partenariats sont également l'un des domaines prioritaires du programme de transformation du directeur général. Le Bureau régional a participé activement à la réforme du système des Nations Unies pour le développement, et s'est préparé à entreprendre cette réforme aux niveaux régional et national. La collaboration avec les agences des Nations Unies au niveau régional a été exemplaire dans un large éventail de domaines, grâce à la collaboration active de la directrice régionale au sein du groupe des directeurs régionaux des Nations Unies ainsi qu'à sa participation active à diverses coalitions thématiques dirigées par l'OMS sur les ODD liés à la santé.

45. L'OMS a coopéré intensément avec les institutions de l'UE sur des questions de santé et liées à la santé, notamment dans les domaines de l'aide humanitaire et de l'aide au développement, de la recherche-développement et de l'environnement, et a organisé avec succès des réunions avec de hauts responsables de l'UE en juin 2018 et juillet 2019, avec la participation du Siège et de toutes les Régions, dans le but d'examiner nos travaux et activités de collaboration futurs. Le directeur général et la directrice régionale de l'Europe ont effectué de nombreuses visites auprès du président de la Commission européenne et de divers commissaires, ainsi qu'auprès du Parlement européen. La participation active aux activités des présidences successives du Conseil de l'UE et aux multiples réunions techniques témoigne de l'ampleur même de cette collaboration et de la cohérence des politiques en matière de santé.

46. Lors d'une réunion tenue le 15 janvier 2018, le Bureau régional et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) ont renforcé leur engagement à collaborer sur les maladies infectieuses et les épidémies par l'élaboration de lignes directrices opérationnelles sur les activités de collaboration, et l'adoption d'un ensemble de nouveaux Principes généraux de collaboration. Le document expose les principes de la collaboration actuelle et future entre le Bureau régional et l'ECDC, l'objectif étant d'édicter des lignes directrices opérationnelles pour la mise en œuvre d'une action conjointe et collaborative dans les domaines définis dans l'accord administratif bilatéral.

47. Ce partenariat porte surtout sur la surveillance, la prévention et le contrôle des maladies transmissibles, l'évaluation et la communication des risques, les situations d'urgence sanitaire et l'application du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) afin de prévenir et de contrer les menaces sanitaires.

48. La collaboration renouvelée entre la Région européenne et l'ECDC permettra de mieux aider les pays européens à atteindre les ODD grâce à la lutte contre les maladies transmissibles et la résistance aux antimicrobiens, et au renforcement de la vaccination. Elle contribuera

également à mieux protéger 1 milliard de personnes contre les situations d'urgence sanitaire, objectif fixé dans la vision exprimée par l'OMS pour 2019-2023.

### **La coalition de partenaires**

49. Le Bureau régional supervise la mise en place de la Coalition de partenaires pour le renforcement des services de santé publique dans la Région européenne (« La Coalition de partenaires »). La Coalition de partenaires a été instaurée en vue d'élaborer le Programme d'action conjoint, en mettant l'accent sur les quatre catalyseurs de la prestation des services de santé publique et sur le renforcement des capacités nationales de prévention, de promotion et de protection de la santé. Elle offre une plate-forme systémique multipartite ouverte aux décideurs et aux experts des services nationaux de santé publique, des organisations internationales et du monde universitaire. À ce jour, un groupe interactif de 42 partenaires y a apporté sa contribution.

50. La Coalition de partenaires vise à catalyser l'action, à favoriser l'apprentissage et à incuber de nouvelles initiatives dans les services de santé publique. Pour de plus amples informations à ce sujet, veuillez consulter le chapitre consacré au Renforcement des systèmes de santé et des capacités de santé publique.

### **Coalitions thématiques**

51. Les coalitions thématiques sont de vastes coalitions multipartites dirigées par une ou plusieurs agences. Elles sont destinées à faciliter la coopération entre les différentes agences des Nations Unies et leurs partenaires, ainsi que la création de synergies entre les domaines d'activités connexes de différentes entités des Nations Unies ; elles servent de plates-formes pour établir le contact avec les acteurs et intervenants ne faisant pas partie du système des Nations Unies. Les activités de ces coalitions sont aiguillées par les réunions régionales du système des Nations Unies, qui décident de l'instauration de nouvelles coalitions et examinent le travail des coalitions existantes.

52. La Réunion régionale du système des Nations Unies a mis en place six coalitions thématiques regroupées autour de questions politiques transversales : la santé, l'égalité des sexes, les jeunes et les adolescents, la protection sociale, les mouvements importants de personnes, les déplacements et la résilience, et les données et le suivi des ODD.

53. La Coalition sur la santé et le bien-être est dirigée par le Bureau régional et se concentre sur la réalisation de l'ODD n° 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et des cibles des autres ODD liées à la santé. En tant que mécanisme de coordination, elle s'appuie sur d'autres initiatives de partenariat en cours, comme celles relatives à la migration et à la santé, et à l'environnement et à la santé. Les activités portent sur quatre axes de travail : la santé à toutes les étapes de la vie, les maladies transmissibles, la CSU et la migration.

54. Celles entreprises en 2017-2019 visaient à : a) renforcer le partenariat régional et la participation des acteurs et intervenants à tous les niveaux de gouvernance afin d'aider les États membres à réaliser les cibles des ODD liées à la santé et les cibles connexes ; b) répertorier les normes et les politiques existantes, et recenser les priorités, les possibilités et les lacunes en termes de programmation et d'élaboration de mécanismes traitant de celles-ci ; c) assurer une programmation cohérente et en temps voulu, et délivrer des recommandations politiques et/ou normatives et un appui technique sur les questions de santé aux niveaux régional et national ;

d) développer l'utilisation efficace des ressources humaines et financières au sein des agences des Nations Unies et des partenaires, et entre ceux-ci, eu égard aux initiatives et interventions liées à la santé, notamment les efforts régionaux conjoints de mobilisation des ressources ; et e) améliorer la coordination, la communication et le partage des informations sur les principaux enseignements et bonnes pratiques en s'attachant à ne laisser personne de côté en raison de problèmes de santé.

55. Étant donné que la quasi-totalité des 16 autres ODD sont directement liés à la santé ou contribueront indirectement à la santé, le Bureau régional s'emploie aussi activement à promouvoir les bases factuelles en santé et les perspectives sanitaires en participant à d'autres coalitions thématiques, telles que la Coalition thématique sur l'égalité des sexes, qui vise à assurer une approche coordonnée du système des Nations Unies en vue de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes dans la Région. La Coalition sur l'égalité des sexes est composée de 14 agences des Nations Unies, et est coprésidée par le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et ONU Femmes.

### ***Les réseaux de groupes de pays***

56. Le Bureau régional s'emploie activement à soutenir un certain nombre de réseaux qui permettent à des groupes de pays de la Région d'œuvrer ensemble dans le cadre de diverses initiatives de collaboration sous-régionales.

57. Par exemple, le Bureau régional a organisé, en collaboration avec l'Université Stradiņš de Riga et le Conseil nordique des ministres, un atelier de trois jours à la fin février 2019, dans le but d'engager un dialogue avec les États de la Région de la mer Baltique sur le thème de l'alimentation durable. Les participants à l'atelier, qui comprenaient un groupe d'intervenants divers des secteurs de la santé et d'autres secteurs, ont mené conjointement un exercice de cartographie des systèmes alimentaires afin de comprendre comment les activités en cours peuvent s'aligner et être regroupées en vue de renforcer la riposte des politiques alimentaires face aux défis sanitaires et environnementaux.

### **L'Initiative de Visegrád pour la santé**

58. En octobre 2018 et en février 2019, le Bureau régional a commencé à étudier, conjointement avec les représentants de l'OMS pour les pays de Visegrád ou V4 (les « 4 » étant la Hongrie, la Pologne, la Tchéquie et la Slovaquie), les possibilités de collaboration sur des dossiers techniques pertinents pour tous les pays de Visegrád. Les domaines techniques de collaboration tels que la numérisation des soins de santé, les pratiques d'achat de vaccins, le renforcement du RSI (2005) et la collaboration transfrontalière, ont été proposés comme domaines d'intérêt commun. Il est prévu que le V4 poursuive ses réunions de suivi sous sa présidence tchèque. L'OMS apportera son soutien aux événements organisés dans ce cadre.

### **L'Initiative des petits États**

59. L'Initiative des petits États a été lancée en 2013 lors d'une réunion informelle en Turquie, lors du CR63, afin de permettre aux pays de la Région européenne comptant moins d'un million d'habitants d'échanger leurs savoirs concernant la mise en œuvre de Santé 2020. Les 8 membres fondateurs de l'Initiative sont les suivants : l'Andorre, Chypre, l'Islande, le Luxembourg, Malte, Monaco, le Monténégro et Saint-Marin.

60. L'Initiative des petits États a un programme diversifié et offre aux États membres : un appui pour aligner les politiques nationales sur les stratégies et plans de l'OMS ; une assistance technique sur des sujets spécifiques ; des possibilités de création de réseaux et de relations bilatérales/multilatérales ; et un forum pour l'apprentissage mutuel et la diffusion de stratégies novatrices. Le mandat de l'Initiative a été modifié pour fournir un appui technique concernant le Programme de développement durable à l'horizon 2030, en plus de Santé 2020. Lors d'une réunion tenue en juillet 2018 à Reykjavik (Islande), les pays membres ont non seulement indiqué que l'Initiative devrait se poursuivre, mais ils ont également convenu d'ajouter trois pays (comptant juste un peu plus d'un million d'habitants) à leur réseau, à savoir l'Estonie, la Lettonie et la Slovaquie.

61. Ce groupe de petits États a déjà apporté beaucoup à la Région, en mettant en place le Réseau d'information sanitaire des petits États, dont l'une des premières actions menées par le Réseau SCHIN fut de généraliser la « méthode des moyennes mobiles » et de veiller à ce que cette dernière soit adoptée dans toute la Région. Au cours des six années qui se sont écoulées depuis son lancement, l'Initiative des petits États est devenue un forum consacré à l'apprentissage mutuel et à la diffusion de stratégies novatrices entre les pays. Elle a sa propre série de publications, principalement basées sur des études de cas et sur les bonnes pratiques des petits États en ce qui concerne la mise en œuvre de Santé 2020 et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; la prise de mesures intersectorielles pour la santé, le recours à la démarche « parcours de vie » et le renforcement de la résilience sont quelques exemples de ces pratiques.

62. L'Initiative des petits États profite aux pays, car ils échangent de bonnes pratiques concernant la mise en œuvre de Santé 2020 et du Programme de développement durable à l'horizon 2030, ils renforcent les capacités techniques dans des domaines clés de la mise en œuvre de Santé 2020 et du Programme de développement durable à l'horizon 2030, ils montrent les processus d'adoption et les résultats des stratégies, politiques et plans de l'OMS, ils reçoivent une assistance technique adaptée et comblent l'absence de documents relatifs à l'élaboration des politiques de santé dans le contexte de petits pays en Europe.

63. L'Initiative des petits États profite aussi à l'OMS car elle augmente le degré d'engagement et permet un meilleur alignement des stratégies nationales sur Santé 2020 et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; elle permet d'acquérir des connaissances sur la façon dont les politiques de l'OMS sont mises en œuvre (savoir-faire concret) ; elle est une source d'inspiration pour les plus grands pays ; elle est un moyen rentable de fournir une assistance aux pays.

64. En 2019, le directeur général de l'OMS a ouvert la Sixième Réunion de haut niveau des petits États, tenue à Saint-Marin sous le thème « Équité et développement durable : maintenir la personne au centre ». Il a félicité la Région européenne d'avoir dirigé une initiative aussi avant-gardiste, et a appelé à la tenue régulière d'une réunion parallèle de l'Assemblée mondiale de la santé pour tous les petits États du monde.

### **Les Villes-santé**

65. En février 2018, 43 maires et 85 représentants politiques de haut niveau se sont réunis pour adopter la vision politique du réseau, le *Consensus de Copenhague entre les maires* : « Une meilleure santé et plus de bonheur dans les villes, pour toutes et tous » (2018). Ce dernier s'inscrit pleinement dans le droit fil du Programme 2030 et fournira l'orientation politique du

réseau jusqu'en 2030. En octobre 2018, lors de la Conférence internationale des Villes-santé à Belfast (Irlande du Nord, Royaume-Uni), le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS a officiellement adopté la Charte de Belfast pour les Villes-santé. En janvier 2019, le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS est entré dans la phase VII (2019-2024) de ses opérations. Cette nouvelle phase met l'accent sur le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS en tant que partenaire et vecteur pour la mise en œuvre, au niveau local, des priorités mondiales, régionales et nationales, ainsi que pour le renforcement des capacités locales de santé publique dans les pays.

66. Au cours de ses 30 années d'existence, le Réseau a réuni plus de 100 villes ainsi qu'une trentaine de réseaux nationaux accrédités. Son succès dans la Région européenne a été remarqué à l'échelle mondiale, et le Réseau est invité à partager ses connaissances, ses opérations et ses enseignements avec les partenaires engagés dans les mouvements des Villes-santé d'autres Régions de l'OMS.

67. Comme les réseaux nationaux apportent un appui technique et stratégique aux efforts consentis par leurs villes membres et constituent un pilier essentiel du mouvement des Villes-santé dans la Région européenne, la priorité, pour la phase de travail suivante, est de renforcer et de soutenir ces réseaux afin qu'ils jouent un rôle de premier plan dans le développement et le soutien du mouvement des Villes-santé, et ce dans toute la Région et au-delà.

68. En mai 2019, la réunion annuelle des Réseaux nationaux européens des Villes-santé de l'OMS (Lisbonne, Portugal) fut l'occasion de se pencher sur les modes d'exécution des plans et des priorités de la phase VII tels que décrits dans la Charte de Belfast pour les Villes-santé et dans le Cadre de mise en œuvre des Réseaux européens des Villes-santé de l'OMS pour la phase VII. Les participants ont examiné comment diffuser les stratégies des Villes-santé et les enseignements tirés durant les 30 années écoulées depuis la création du mouvement, et établi des stratégies à cette fin. Des homologues nationaux de l'OMS, des points focaux techniques nationaux, des coordinateurs de réseaux nationaux, ainsi que des représentants de la Région africaine de l'OMS, de la Région des Amériques, et de la Région européenne se sont réunis à cette occasion afin d'aborder les Villes-santé dans une perspective mondiale.

69. Les cinq principaux résultats de la réunion ont été les suivants : analyse de la situation des activités des réseaux nationaux par rapport au cadre de mise en œuvre de la phase VII dans la Région européenne, notamment les points forts, les lacunes et les opportunités ; recensement des études de cas des bonnes pratiques et des stratégies visant à renforcer la synergie et la cohésion entre les réseaux et les homologues nationaux dans le cadre de la mise en œuvre de la phase VII ; inventaire des bonnes pratiques concernant le soutien scientifique et technique à apporter aux réseaux nationaux ; préparation d'un projet de plan d'action national pour les réseaux et d'un cadre de responsabilisation et d'impact ; et recensement de nouveaux outils pour la formation au leadership.

70. En octobre 2018, le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS a également organisé à Almaty (Kazakhstan) un événement historique qui a réuni des maires et des principaux représentants d'autorités municipales du monde entier dans le but d'examiner le rôle que les villes peuvent jouer afin de perpétuer l'héritage de la Déclaration d'Alma-Ata, notamment les soins de santé primaires et la CSU. Le Sommet des maires était un événement préparatoire à la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires, et fut l'occasion de célébrer le 40<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata. Le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS a été fondé sur la base de cette déclaration dont les valeurs sont ancrées dans le Réseau et, plus

récemment, dans la vision politique de sa prochaine phase. Des villes du monde entier se sont engagées à renforcer les soins de santé primaires afin d'atteindre la CSU et les ODD, par l'adoption de l'Acclamation des maires d'Almaty.

71. Dans le cadre du soutien apporté à l'adoption de l'approche pansociétale dans la Région, et de la Feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, la première Conférence internationale sur les lieux de vie et l'outil d'évaluation des lieux de vie (*Place Standard Tool*) a été organisée en juin 2019 à Glasgow (Royaume-Uni), par NHS Health Scotland, le gouvernement écossais et Architecture and Design Scotland en partenariat avec le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS.

72. Le Réseau européen des villes santé de l'OMS aide les États membres à appliquer la feuille de route sur les ODD au niveau local, en soutenant la mise en œuvre du thème « Lieux de vie » de la phase VII (2019-2024) du Réseau, comme indiqué dans la vision politique du Réseau présentée dans le *Consensus de Copenhague entre les maires* : « Une meilleure santé et plus de bonheur dans les villes, pour toutes et tous ». Cette réunion a été suivie par la formation phare du Réseau européen des Villes-santé de l'OMS : l'outil d'évaluation des lieux de vie (*Place Standard Tool*) – un outil de gouvernance pansociétale et participative pour une utilisation à l'échelle locale.

73. En outre, un outil est en cours d'élaboration dans le cadre des Villes-santé en collaboration avec le programme Migration et santé du Bureau régional afin de renforcer la capacité de promotion de la santé et du bien-être des réfugiés, des demandeurs d'asile et des migrants, ainsi que des membres des communautés en milieu urbain.

### **Réunion des ministres de la Santé de l'Europe du Sud-Est sur la vaccination**

74. Le 20 février 2018, les participants à la Réunion des ministres de la Santé de l'Europe du Sud-Est sur la vaccination organisée à Podgorica (Monténégro) ont approuvé une déclaration d'intention afin de réaliser plus rapidement les buts et objectifs stratégiques du Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020. Ils ont appelé l'OMS à agir rapidement dans plusieurs domaines clés, à savoir : proposer des options pour l'achat conjoint de vaccins ; soutenir le renforcement des capacités dans le domaine de la mobilisation des ressources en vue de garantir un financement durable des programmes de vaccination ; créer un centre sous-régional pour la demande de vaccins ; et renforcer le rôle et les responsabilités des Groupes consultatifs techniques nationaux pour la vaccination. Les ministres ont également approuvé l'élaboration d'une feuille de route qui énonce les activités et les initiatives à mettre en œuvre dans la sous-région en vue d'atteindre des objectifs stratégiques spécifiques.

75. En juillet 2018, les ministres de la Santé des neuf États membres du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et de Slovénie, État partenaire, se sont réunis à Tel Aviv (Israël) pour une réunion consacrée à la prestation de soins de santé primaires pour une population vieillissante. Cette réunion a fourni aux ministres une occasion d'échanger les bonnes pratiques de leurs pays, surtout dans le domaine du vieillissement en bonne santé. Israël, en particulier, a fait part d'innovations politiques et technologiques pour ses aînés.

76. La réunion s'est clôturée sur la signature de la première Stratégie de coopération sous-régionale du Bureau régional par la directrice régionale, le docteur Zsuzsanna Jakab, au nom du Bureau régional et le docteur Dasic, au nom du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est.

## **Assemblée interparlementaire de la Communauté des États indépendants**

77. La collaboration entre la Région européenne et l'Assemblée interparlementaire des États membres de la Communauté des États indépendants (CEI) s'est renforcée ces dernières années et, en mars 2018, un mémorandum d'accord a été signé afin de développer les activités conjointes. Il s'agit notamment, pour l'OMS, de fournir une assistance technique pour l'élaboration de lois types relatives à la santé et leur adaptation aux contextes locaux. Les autres mécanismes sont, entre autres, l'échange d'informations sur la CEI et la santé internationale, les invitations aux réunions statutaires et autres des autres Parties, la coopération par l'intermédiaire du comité d'experts de la santé de l'Assemblée interparlementaire et l'organisation d'événements conjoints si nécessaire.

78. La directrice régionale a demandé à l'Assemblée interparlementaire d'envisager, dans le cadre d'une démarche de sensibilisation politique, de promouvoir la ratification du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac par les parlements nationaux des États membres de la CEI. L'Assemblée interparlementaire a décidé, en sa 48<sup>e</sup> session plénière, de soutenir cette initiative. Il a également été convenu d'œuvrer de concert afin que les accords internationaux tels que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le RSI (2005) soient pris en compte dans la législation nationale. Enfin, l'aide de l'OMS a été sollicitée pour l'élaboration d'un plan de législation type en matière de santé dans la CEI pour 2020-2024.

## **Réseau des Régions-santé**

79. Outre les divers partenariats auxquels s'associe le Bureau régional aux niveaux international et régional, le Réseau des Régions-santé est le seul réseau de l'OMS qui traite spécifiquement du niveau sous-national de gouvernance.

80. Ce niveau méso de gouvernance (régional/sous-national), qui se situe entre le niveau national et le niveau local, revêt une importance capitale pour la Région européenne parce que des fonctions telles que la conception, la gestion et l'évaluation des systèmes de santé (pour ne citer qu'un secteur) sont souvent reléguées du niveau national au niveau sous-national, et doivent être également en plein accord et en pleine conformité avec les orientations stratégiques édictées aux niveaux central et fédéral.

81. Le Réseau a évolué au cours de ses 25 ans d'histoire et comprend maintenant 41 régions de 28 pays. Sa création en 1992 était liée à trois tendances de l'époque : 1) l'importance croissante des priorités sanitaires énoncées dans la Déclaration d'Alma-Ata, la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS et la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ; 2) le développement des réseaux de l'OMS à l'appui de la collaboration internationale ; 3) l'importance croissante des régions au sein des pays européens et la mise en place des dispositions institutionnelles en vue de les soutenir.

82. Le Réseau dispose d'un solide mécanisme d'auto-gouvernance facilité par le Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement de l'OMS. Ce mécanisme est supervisé par son Groupe directeur et ses membres, et constitue un atout très important et déterminant du Réseau lui-même.

83. Depuis sa création, l'objectif du Réseau est de procéder à un échange de pratiques et de savoir-faire prometteurs, et de créer des synergies en vue de promouvoir la santé et d'aplanir les inégalités au niveau sous-national (régional). Le Manifeste de Göteborg, élaboré par le

Réseau en 2012, peu après l'approbation de Santé 2020 par les 53 États membres de la Région européenne, présente la vision et la mission du Réseau, et préconise la prise d'un engagement au niveau sous-national autour des valeurs, approches et principes fondamentaux de Santé 2020. En 2015, le Réseau a redéfini son mandat pour s'aligner pleinement sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030, et a été le premier réseau à organiser une réunion (à Kaunas, Lituanie) spécifiquement consacré au train de mesures nécessaires pour faire progresser le Programme 2030. À cette fin, des débats doivent être engagés avec la participation de tous les niveaux (mondial, international, national, régional et municipal) ainsi que de la société civile.

84. Le Manifeste de Göteborg, Santé 2020 et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (et désormais le treizième PGT) marquent un changement clair dans la nature même du Réseau, qui passe d'un groupe de personnes cherchant à partager leurs données d'expérience et leurs meilleures pratiques, à une alliance de régions qui s'efforcent de promouvoir la santé et de réduire les inégalités de santé, avec Santé 2020 et les ODD comme fondements politiques de référence.

85. La 25<sup>e</sup> réunion annuelle du Réseau des Régions-santé de l'OMS a eu lieu en juin 2019. Elle était organisée par l'Eurorégion Meuse-Rhin à quatre emplacements différents : Aix-la-Chapelle (Allemagne) ; Maastricht (Pays-Bas) ; et Liège et Hasselt (Belgique).

### ***La Protectrice du Bureau régional***

86. Le Bureau régional a continué de recevoir un soutien inestimable de la part de sa protectrice, Son Altesse Royale la Princesse héritière de Danemark, notamment par ses déclarations vidéo à l'appui des Semaines européennes de la vaccination de 2018 (La vaccination est notre responsabilité à tous) et de 2019 (Nous pouvons tous être des héros de la vaccination).

### ***Mise en application d'une feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 dans les États membres européens***

87. En juillet 2019, 43 pays européens avaient choisi de présenter leur examen national volontaire au Forum politique de haut niveau. Ce Forum s'appuie également sur les analyses du Conseil économique et social et d'autres organes et forums intergouvernementaux.

88. L'analyse des examens nationaux volontaires révèle que tous les pays participants ont instauré des mécanismes de supervision politique et examiné les priorités de la mise en œuvre, et qu'il y a une participation des parlements et de la société civile. Tous les pays abordent les questions de santé et de bien-être à des degrés divers. Souvent, les politiques nationales de la santé, s'appuyant sur Santé 2020, comprennent certains éléments essentiels des ODD, bien qu'elles ne portent pas toutes sur la complexité des ODD et les domaines d'action prioritaires pour l'accélération. Étant donné qu'un grand nombre de politiques nationales de la santé arriveront bientôt à leur terme, il faut encore consentir des efforts pour harmoniser les stratégies et les plans nationaux de la santé avec le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les ODD, en incluant des priorités, des accélérateurs et des mécanismes de responsabilisation. Tous les États membres ont clairement exprimé leur engagement à ne laisser personne de côté. Les objectifs globaux relatifs à l'équité portent sur l'accès à la santé et la couverture sanitaire, la réduction des écarts entre les styles de vie, celle des variations

d'espérance de vie et la lutte contre le gradient social. Le financement du développement est avant tout généré par la mobilisation des ressources au niveau national. D'autres mesures doivent être prises afin de promouvoir la santé tout au long de la vie lors de la mise en œuvre d'actions visant à atteindre les ODD déterminants pour la santé. Dans les examens nationaux volontaires, les rapports d'activités sur les ODD énonçaient souvent la prise d'un engagement ferme envers l'application de programmes de prévention efficaces et la garantie de l'accès aux services de santé essentiels, bien que le financement de la santé doive encore être renforcé. La feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 a mis la Région en excellente position pour réaliser le treizième PGT et accélérer la mise en œuvre des ODD.

89. Lors des trois dernières sessions du Comité régional, des séances de haut niveau ont été spécifiquement consacrées à la réalisation des ODD, et toutes les conférences de haut niveau de la Région européenne ont traité de ce sujet. Tous les bureaux de pays de l'OMS dans la Région européenne ont apporté, en collaboration avec le Bureau régional, un soutien direct aux États membres dans leurs efforts visant à atteindre les ODD. Cette aide concernait principalement la CSU, le renforcement des capacités pour influencer d'autres secteurs, l'application des cadres réglementaires, la délivrance de conseils sur les cibles liées à la santé et la mobilisation d'un ensemble de ressources fondées sur des données probantes pour les États membres.

90. L'Albanie, le Bélarus, la Géorgie, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, la Serbie, le Turkménistan et l'Ukraine ont été soutenus dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie « Unité d'action des Nations Unies », renforçant la nécessité d'aborder les questions de santé et de bien-être. Des dialogues politiques de haut niveau ont été menés avec le Président de la Roumanie<sup>1</sup> et dans le cadre de la présidence roumaine de l'UE.

## **Migration et santé**

91. La migration et le déplacement sont des déterminants sociaux de la santé qui influent sur la santé des réfugiés et des migrants. Le travail réalisé par le Bureau régional dans le domaine de la migration et la santé, bien qu'important en soi, constitue également un exemple des efforts déployés par l'Organisation à de multiples niveaux afin de répondre aux demandes d'action concrète de la part des États membres, de chercher à améliorer la santé des groupes vulnérables, de résoudre les problèmes de santé grâce à la prise de mesures intersectorielles et de s'assurer que l'ensemble de ses activités techniques permette d'atteindre les objectifs plus généraux des cadres politiques unificateurs de Santé 2020 et du Programme 2030. À l'heure actuelle, les migrants internationaux représentent près d'un dixième de la population de la Région européenne.

92. Le document de la Stratégie et du Plan d'action pour la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne, élaboré par le Bureau régional en réponse aux demandes croissantes des États membres, a été adopté par le Comité régional en 2016. Ce document permet d'illustrer comment transformer une crise en une occasion d'améliorer les capacités de la Région en matière de santé publique, et a été salué comme tel.

---

<sup>1</sup> Concertation sur les stratégies de mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, organisée lors de la visite de la directrice régionale en Roumanie. In : Pays : Roumanie [site Web]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2018 (<http://www.euro.who.int/fr/countries/romania/news/news/2018/6/policy-dialogue-on-implementing-2030-agenda-held-during-regional-directors-visit-to-romania>, consulté le 12 juillet 2019).

93. S'inspirant de Santé 2020 et du Programme 2030, il souligne avec insistance la nécessité d'une démarche fondée sur les droits humains et guidée par les principes d'équité et d'égalité entre les sexes. Le document énonce neuf domaines prioritaires stratégiques :

- donner un cadre à l'action concertée ;
- militer pour le droit à la santé des réfugiés, demandeurs d'asile et migrants ;
- influencer les déterminants sociaux de la santé ;
- assurer la préparation du secteur de la santé publique et garantir une réaction efficace ;
- renforcer les systèmes de santé et leur résilience ;
- prévenir les maladies transmissibles ;
- prévenir et atténuer les risques posés par les maladies non transmissibles ;
- assurer une évaluation efficace de l'état de santé dans le respect de l'éthique ;
- améliorer l'information et la communication en matière de santé.

94. En 2018, le CR68 a examiné un rapport de situation sur la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action (EUR/RC68/8(F)) ; un autre rapport de situation sera examiné par le CR70. Le Comité régional s'est également penché sur l'élaboration d'un projet de plan d'action mondial sur la santé des réfugiés et des migrants (EUR/RC68/Inf.Doc/9), un processus auquel l'expérience acquise par l'Europe à cet égard, à savoir trouver les meilleures solutions humanitaires, juridiques et techniques, accumuler les connaissances dans ce domaine, parvenir à un consensus et engager un dialogue, a apporté une contribution précieuse.

95. À l'occasion de la Journée internationale des migrants, le 18 décembre 2018, la directrice régionale a lancé cinq documents d'orientation technique sur la migration et la santé, publiés par le programme Migration et santé :

- La santé des réfugiés et des migrants âgés (2018) ;
- La santé des enfants de réfugiés et de migrants (2018) ;
- Promotion de la santé en vue d'améliorer la santé des réfugiés et des migrants (2018) ;
- Améliorer les soins de santé pour les futures mères réfugiées ou migrantes et pour les nouveau-nés (2018) ;
- La promotion de la santé mentale et la prestation de soins de santé mentale chez les réfugiés et les migrants (2018).

96. L'objectif est d'informer les responsables politiques et les décideurs sur les différents aspects de la migration et de la santé, et de leur délivrer des recommandations ou des conseils techniques. Outre ces cinq documents, les responsables du programme Migration et santé au Bureau régional ont publié en 2019 le sixième guide technique dans ce domaine, intitulé « Prevention and control of noncommunicable diseases in refugees and migrants » [Prévention et maîtrise des maladies non transmissibles chez les réfugiés et les migrants] (2019).

97. En janvier 2019, au Palais des Nations à Genève (Suisse), la directrice régionale a présenté le *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health* [Rapport sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS – Pas de santé publique sans santé des réfugiés et des migrants] (2018), le premier rapport du genre publié par l'OMS. D'autres séances de

présentation de ce rapport ont été organisées sous les auspices des ministères de la Santé à Athènes (Grèce), Limerick (Irlande), Moscou (Fédération de Russie), Rome (Italie), et Ankara (Turquie), avec une participation de haut niveau. À Limerick, ce rapport a été présenté dans le cadre d'un événement accueilli par le nouveau centre collaborateur du programme Migration et santé.

98. Parmi les autres ouvrages publiés dans ce domaine, il convient de mentionner *Spain: assessing health system capacity to manage sudden large influxes of migrants* [Espagne : évaluation de la capacité du système de santé à gérer l'afflux soudain de nombreux migrants] (2018) et *What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region?* [Quelles stratégies visant à surmonter les obstacles à la communication pour les réfugiés et les migrants dans les services de soins de santé ont été mises en œuvre et évaluées dans la Région européenne de l'OMS ?] (2018).

99. La deuxième Université d'été sur la santé des réfugiés et des migrants s'est tenue du 24 au 28 septembre 2018 à Palerme (Sicile, Italie), sous l'égide du Centre européen de connaissances sur la santé et la migration de l'OMS. Alors que cet événement, ainsi que la première Université d'été, se sont déroulés en Italie, la troisième Université d'été s'est tenue du 15 au 19 juillet 2019 à Çeşme (Turquie) sur le thème suivant : de l'action d'urgence aux politiques d'inclusion à long terme. L'université constitue l'activité phare du Centre de connaissances et vise à développer l'expertise et les compétences concernant les aspects de la migration ayant trait à la santé publique, et de diffuser largement les savoirs et les informations dans ce domaine. Elle fait appel à des conférenciers experts, et réunit des représentants d'États membres et des participants du monde entier.

100. En 2018, quatre nouveaux webinaires ont été ajoutés à la série de webinaires lancée l'année précédente afin d'aborder les concepts alternatifs, émergents et cruciaux de la santé et de la migration grâce à un partage interactif de l'information. Ils ont été diffusés en direct sur Internet, ce qui a permis à un public mondial d'interagir et de poser des questions au groupe d'experts, grâce à un outil en ligne. Les webinaires ont été enregistrés afin d'être accessibles sur le site Web du Bureau régional pour tous ceux qui souhaitent approfondir leurs connaissances.

101. Le 19 mars 2019, le programme Migration et santé et le Bureau européen de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (Moscou) ont organisé la première Réunion du groupe d'experts sur les maladies non transmissibles chez les populations migrantes de Russie et de la sous-région de la CEI. L'objectif était d'examiner les possibilités de renforcer le programme de recherche sur les MNT dans la partie orientale de la Région européenne ; de stimuler le travail transfrontalier et international sur les MNT au sein des populations de réfugiés et de migrants ; de procéder à un échange d'exemples de bonnes pratiques entre les pays afin d'éclairer les plans élaborés à l'avenir dans ce domaine ; et de présenter des propositions relatives aux priorités programmatiques et de la recherche dans la sous-région.

102. En avril 2019, le programme Migration et santé a mené, en collaboration avec le bureau de pays de Bosnie-Herzégovine, une mission d'évaluation conjointe des autorités sanitaires de Bosnie-Herzégovine afin d'évaluer la capacité des systèmes de santé à gérer d'importants afflux de migrants. Un rapport d'évaluation est actuellement en préparation ; l'objectif est de le publier dans le courant de 2019.

103. En outre, un outil est en cours d'élaboration dans le cadre des Villes-santé afin de renforcer la capacité de promotion de la santé et du bien-être des réfugiés, des demandeurs d'asile et des migrants, ainsi que des membres des communautés en milieu urbain.

## **2. Environnement et santé en Europe**

104. Les risques liés aux expositions environnementales nécessitent encore et toujours une attention particulière, car la prévention des 1,4 million de décès par an imputables à ces facteurs de risque offre une occasion importante de contribuer à l'objectif fixé dans le treizième PGT, à savoir 1 milliard de personnes supplémentaires jouissant d'une meilleure santé et de plus de bien-être.

105. Le Bureau régional continue de relever ces défis en travaillant avec les États membres et ses partenaires par l'intermédiaire de son Centre européen de l'environnement et de la santé, généreusement accueilli par l'Allemagne à Bonn, où toutes les activités du Bureau régional relatives à l'environnement et à la santé ont été stratégiquement consolidées, afin de fournir aux États membres un appui accru.

### ***Groupe de travail européen Environnement et santé***

106. Conformément au mandat donné dans le cadre de la Sixième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, accueillie par la Tchéquie à Ostrava en 2017, de nouvelles dispositions institutionnelles ont été arrêtées pour le Processus européen Environnement et santé. Ces dispositions portent sur un nouveau Groupe de travail européen Environnement et santé (EHTF), un organe qui supervise et encadre la mise en œuvre des engagements pris dans la déclaration d'Ostrava, et sur un bureau élu pour soutenir le/la président(e) et le/la coprésident(e) de l'EHTF entre les réunions et préparer les réunions de l'EHTF. Le nouvel EHTF s'est réuni à Bonn (Allemagne) les 20 et 21 mars 2018 pour la huitième réunion de l'EHTF, dans le but de soutenir les travaux des États membres pour l'élaboration de portefeuilles nationaux de mesures en faveur de l'environnement et de la santé, portant sur un ou plusieurs des sept domaines prioritaires de la déclaration d'Ostrava. Les États membres ont discuté d'outils et de stratégies pour chacun de ces domaines prioritaires, des méthodes possibles pour l'évaluation et le suivi des engagements d'Ostrava, ainsi que des indicateurs et des données déjà disponibles, y compris ceux du cadre de suivi et d'évaluation établi pour les ODD. Ils ont élu un nouveau président, des coprésidents et le bureau du Groupe de travail, et approuvé le programme de travail et le budget du secrétariat du processus européen Environnement et santé pour 2018-2019.

107. Le bureau de l'EHTF s'est réuni trois fois en 2019 pour examiner les progrès réalisés dans toute la Région concernant la mise en œuvre des engagements pris à Ostrava et pour préparer l'ordre du jour de la neuvième réunion de l'EHTF.

### ***Le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement.***

108. Le Bureau régional a continué d'œuvrer en faveur du Programme paneuropéen pour les transports, la santé et l'environnement, en travaillant conjointement avec la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies au sein d'un secrétariat afin de faire avancer les préparatifs de la Cinquième Réunion de haut niveau sur les transports, la santé et l'environnement,

qui devrait être généreusement accueillie par l'Autriche en octobre 2020. Les États membres devraient adopter une déclaration approuvant, entre autres, le tout premier Plan directeur paneuropéen pour la promotion du vélo. Le Bureau régional a également continué à fournir un appui technique pour l'intégration des questions de santé dans les politiques de transport et, en 2018, a publié *Making THE (Transport, Health and Environment) Link* [Faire le lien TSE (transports, santé et environnement)].

### **Les aspects transversaux de l'environnement et de la santé**

109. Le Centre européen de l'environnement et de la santé de Bonn s'est penché sur plusieurs aspects transversaux et nouveaux de l'environnement et de la santé, étant donné l'importance avérée ou potentielle de ces derniers pour la santé publique dans la Région. En voici quelques-uns :

- Les inégalités en matière d'environnement et de santé. Un deuxième rapport d'évaluation sur les inégalités en matière d'environnement et de santé (qui actualise et étoffe le premier, achevé en 2012) a été lancé en juin 2019 à l'occasion d'une conférence de haut niveau consacrée au même sujet, qui s'est tenue à Ljubljana (Slovénie). Le nouveau rapport souligne que, malgré les progrès globaux observés concernant de nombreux déterminants environnementaux, des inégalités criantes existent non seulement entre les pays, mais aussi à l'intérieur d'un même pays, ce qui est inquiétant. Dans certains cas, ces inégalités sont même en train de se creuser. Étant donné le lien fréquent avec des désavantages sociaux et le fait que les inégalités sont souvent évitables, le paysage contrasté de l'environnement et de la santé constitue une forme inacceptable d'injustice environnementale.
- L'économie de l'environnement et de la santé. Le bureau de Bonn s'est également employé à recueillir des données probantes et à dégager des moyens pour prendre en considération la dimension économique de l'environnement et de la santé, vu l'influence extrême de cette dimension dans le processus décisionnel. Des travaux récents ont porté sur l'économie circulaire, un concept de production et de consommation en pleine expansion, visant à réduire de manière drastique l'utilisation des ressources matérielles et les déchets, en remplacement de l'économie linéaire dominante, qui consiste à « prendre, utiliser et jeter ». En dépit du vif intérêt politique et des investissements considérables dans ce domaine, qui peut avoir des incidences profondes, le secteur de la santé n'a pas participé à cet important débat. L'OMS a organisé des consultations d'experts et publié une première étude sur les avantages et les risques possibles pour la santé d'une transition vers une économie circulaire dans *Circular Economy and Health: opportunities and risks* [Économie circulaire et santé : les opportunités et les risques] (2018). Un rapport de suivi, proposant des stratégies précises pour gérer la santé dans une économie circulaire, est en préparation.

### **Pollution de l'air**

110. En 2019, le thème de la Journée mondiale de l'environnement, qui a eu lieu le 5 juin, était « Combattre la pollution de l'air ». La pollution de l'air est la deuxième cause de mortalité due aux MNT : en 2016, dans la Région européenne, plus de 550 000 décès étaient attribuables aux effets conjugués de la pollution de l'air intérieur et de l'air ambiant. La lutte contre la pollution atmosphérique est donc un facteur clé de la réduction de la mortalité prématurée, et c'est l'une

des priorités de la Déclaration d'Ostrava sur l'environnement et la santé, qui définit un ensemble de mesures visant à résoudre ce grand problème de santé publique.

111. Le Bureau régional a publié *Evolution of WHO air quality guidelines : past, present and future* [Évolution des valeurs guides de l'OMS sur la qualité de l'air : le passé, le présent et l'avenir] (2017). Cet ouvrage résume les publications clés de l'OMS dans le domaine de la qualité de l'air et de la santé depuis les années 1950, qui ont débouché sur l'élaboration de la série de recommandations de l'OMS relatives à la qualité de l'air.

112. En 2018, et de nouveau en 2019, des représentants des États membres, des experts et des acteurs concernés se sont rassemblés pour les réunions annuelles du groupe de travail conjoint sur les aspects sanitaires de la pollution de l'air. Ce groupe de travail, constitué en vertu de la Convention sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance, s'emploie à évaluer les effets de cette pollution sur la santé humaine, aide à définir des priorités pour guider les stratégies de surveillance et de lutte contre cette pollution, et dispense des conseils au sujet des activités de surveillance et des projections pouvant améliorer la qualité des évaluations.

113. En mai 2018, le Bureau régional a lancé une nouvelle version d'AirQ+ (version 1.2). Il s'agit d'un logiciel mis au point par le Bureau régional pour effectuer des calculs permettant de quantifier les effets de l'exposition à la pollution atmosphérique sur la santé, avec des estimations sur la réduction de l'espérance de vie. Cet outil a été téléchargé par des milliers d'utilisateurs depuis son lancement initial, en 2016. Pour la première fois, la nouvelle version présente une interface en russe. Le logiciel est désormais disponible sur le site Web du Bureau régional en trois langues (anglais, français et russe).

114. L'amélioration de la qualité de l'air ambiant et de l'air intérieur pour sauvegarder la santé est l'une des priorités de la Déclaration d'Ostrava. Dans le but de renforcer la capacité des États membres à évaluer les incidences de la pollution atmosphérique sur la santé et à appliquer le logiciel AirQ+, le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS a conçu un programme de formation et organisé le premier « atelier sous-régional de formation sur la qualité de l'air et la santé – renforcement de la capacité à évaluer les risques sanitaires de la pollution atmosphérique » à Sarajevo (Bosnie-et-Herzégovine), du 12 au 16 novembre 2018.

#### **La publication la plus populaire : les lignes directrices relatives au bruit**

115. En octobre 2018, le Bureau régional a publié *Environmental Noise Guidelines for the European Region* [Lignes directrices relatives au bruit dans l'environnement dans la Région européenne], fondées sur une compréhension croissante des effets de l'exposition au bruit ambiant sur la santé. Ces lignes directrices ont été établies avec le soutien de la Suisse et de l'Allemagne.

116. Formulées pour les décideurs et les experts techniques, ces lignes directrices constituent des recommandations pour la protection de la santé humaine contre l'exposition au bruit ambiant dû aux transports (circulation routière, ferroviaire et aérienne), aux éoliennes et aux activités de loisirs. Elles fournissent des conseils avisés en matière de santé publique, étayés par des données probantes, essentiels pour inspirer les politiques qui protégeront les communautés contre les effets néfastes du bruit.

117. Par rapport aux précédentes directives de l'OMS sur le bruit, cette version recèle 5 nouveautés importantes : 1) des preuves plus tangibles des effets cardiovasculaires et

métaboliques du bruit dans l'environnement ; 2) l'inclusion de nouvelles sources de bruit, à savoir le bruit des éoliennes et le bruit dû aux activités de loisirs, en plus du bruit dû aux transports ; 3) le recours à une procédure standardisée pour l'évaluation des bases factuelles ; 4) un examen systématique des données probantes, définissant le lien entre l'exposition au bruit et les risques de résultats néfastes pour la santé ; et 5) l'emploi d'indicateurs de l'exposition moyenne de longue durée au bruit, pour mieux prévoir les effets nocifs de la pollution sonore sur la santé.

118. Pour ce qui est de leurs répercussions sur la santé, les niveaux d'exposition recommandés peuvent être considérés comme applicables à d'autres Régions et à la population du monde entier.

119. Alors qu'elles ne sont parues qu'en octobre 2018, les lignes directrices relatives au bruit ont été la publication la plus populaire de la Région européenne cette année-là, ce qui montre l'intérêt suscité par ce produit normatif de l'OMS, et sa pertinence.

### **Eau et systèmes sanitaires**

120. Alors que certains, dans la Région européenne, considèrent comme tout naturel de disposer de l'eau potable, de nombreuses communautés de la Région – et du monde entier – restent confrontées à des problèmes liés à l'eau. En 2019, la Journée mondiale de l'eau portait sur la prise en compte de chacun – il s'agissait de fournir à tous, y compris aux communautés rurales isolées, des services d'approvisionnement en eau équitables, gérés dans le souci de la sécurité.

121. L'approvisionnement en eau potable est un défi pour les petits fournisseurs d'eau de la Région européenne, qui sont, plus souvent que les grands systèmes d'approvisionnement en eau, confrontés à l'apparition soudaine de maladies d'origine hydrique. L'OMS recommande des plans pour la sécurité sanitaire de l'eau qui, selon elle, représentent la stratégie la plus efficace pour assurer la salubrité de l'eau potable.

122. Au Tadjikistan, plus de 73 % de la population vit dans des zones rurales, où de petits systèmes sont la principale source d'eau de boisson. Dans le cadre de son accord de collaboration biennal avec le ministère de la Santé et de la Protection sociale du Tadjikistan, le Bureau régional a aidé les pouvoirs publics tadjiks à améliorer l'accès à l'eau de boisson en toute sécurité, grâce à la mise en œuvre conjointe du projet « Small and safe : scaling-up water safety planning and effective water quality monitoring in rural Tajikistan » [Petite taille et sécurité : renforcer la planification de la sécurité de l'eau et le contrôle efficace de la qualité de l'eau dans les zones rurales du Tadjikistan]. Ce projet a été coordonné par le Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS et financé par le ministère finlandais des Affaires étrangères, dans le cadre du programme finlandais de soutien au secteur de l'eau au Kirghizistan et au Tadjikistan, et a été mené à bien en novembre 2018.

123. Ce projet a débouché sur plusieurs réalisations capitales : des plans pour la sécurité sanitaire de l'eau ont été lancés dans cinq districts ruraux du Tadjikistan, ce qui a permis d'améliorer l'état de santé et de bien-être des communautés ; une équipe nationale de facilitateurs des plans pour la sécurité sanitaire de l'eau a été mise sur pied et conseille maintenant les fournisseurs d'eau au sujet de ces plans ; une feuille de route nationale sur les plans pour la sécurité sanitaire de l'eau définit maintenant les principales démarches de divers intervenants pour faciliter l'adoption à long terme de ces plans au Tadjikistan, dans le souci de la durabilité ; la nouvelle législation sur l'eau potable et l'assainissement, englobant la stratégie relative aux plans pour la sécurité sanitaire de l'eau, a reçu un soutien dans le cadre d'un

processus de consultation ; les recommandations à l'intention des autorités de surveillance ont été élaborées, concernant les stratégies efficaces de contrôle de la qualité de l'eau de boisson en fonction des risques ; les équipements de contrôle de la qualité de l'eau ont été modernisés dans les laboratoires du bureau partenaire, le service sanitaire épidémiologique ; les communautés rurales ont été sensibilisées au droit humain d'accès à l'eau et au lien entre l'eau sans risque sanitaire, l'assainissement, l'hygiène et la prévention des maladies.

124. Après l'adoption de la déclaration islandaise intitulée « Ensuring safe and climate-resilient water and sanitation » [Garantir un approvisionnement en eau salubre et un assainissement résilients au climat] lors de la Cinquième Réunion de haut niveau des petits États à Reykjavik (Islande) en juin 2018, Chypre et Monaco, tous deux membres de l'Initiative des petits États de l'OMS, montrent l'exemple en adoptant de toute urgence des politiques pour combattre les effets du changement climatique sur l'eau et l'assainissement.

125. En tant que petits États de la Méditerranée, Chypre et Monaco ne sont que trop conscients de l'impact du changement climatique sur les ressources en eau, ainsi que des problèmes de santé que peut causer un mauvais assainissement de l'eau, comme les maladies d'origine hydrique. Après avoir élaboré des plans à multiples facettes, ils mènent à présent des interventions intersectorielles pour assurer la disponibilité d'eau gérée de façon durable pour l'ensemble de leur population. Ces mesures visent à accroître les capacités et la résilience des pays pour qu'ils puissent mieux réagir aux situations d'urgence liées au climat, réduire la charge des maladies liée à des facteurs environnementaux et, finalement, protéger la santé de leur population contre les effets du changement climatique.

126. Les projets en cours à Chypre et à Monaco sont une source d'inspiration pour les autres pays participant à l'Initiative des petits États (Andorre, l'Islande, le Luxembourg, Malte, le Monténégro et Saint-Marin), qui se sont tous engagés à renforcer la coopération et la coordination intersectorielles et multilatérales et à se soutenir mutuellement pour combattre les effets du changement climatique.

127. La cinquième session de la Réunion des Parties au Protocole sur l'eau et la santé, programmée pour novembre 2019, est organisée par le gouvernement serbe, avec l'appui du secrétariat établi conjointement avec la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies et du Bureau régional. Cette réunion devrait réunir les représentants de plus de 40 pays pour discuter de la meilleure façon dont le Protocole peut aider les pays de toute l'Europe à améliorer l'accès à l'eau et à l'assainissement dans le souci de la sécurité sanitaire et à atteindre les ODD en matière d'eau et de santé.

### **Hygiène menstruelle : briser le tabou**

128. Lors de la troisième réunion d'experts sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les écoles, qui a eu lieu à Bonn (Allemagne) les 23 et 24 octobre 2018 dans le cadre du Protocole sur l'eau et la santé, les secteurs de la santé et de l'éducation se sont réunis afin de discuter d'une action commune pour contribuer à briser le tabou et encourager des environnements plus favorables à la gestion de l'hygiène menstruelle.

129. L'inégalité en matière d'hygiène menstruelle naît de nombreuses causes, telles qu'un manque d'information sur la menstruation, des infrastructures d'assainissement défectueuses et le fait que les produits d'hygiène menstruelle font souvent défaut ou sont d'un prix inabordable. Une étude récente sur la pauvreté menstruelle en Macédoine du Nord a révélé que les conditions

inadéquates pour la gestion de l'hygiène menstruelle à l'école et le prix élevé des produits vendus à cet effet étaient les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer le pourcentage élevé d'étudiantes qui s'absentent de l'école pendant leurs règles.

130. En Écosse (Royaume-Uni), une initiative du gouvernement écossais visant à donner accès à des produits menstruels gratuits aux étudiantes dans les écoles et les universités a pour objectif de garantir qu'un manque d'accès à ces produits n'affecte pas la capacité de quiconque à participer pleinement à la vie scolaire à tous les niveaux, tandis qu'une plate-forme numérique fournit aux jeunes toutes les informations dont ils ont besoin sur les règles et l'accès aux produits d'hygiène menstruelle. Au Kirghizistan, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a aidé le ministère de l'Éducation à élaborer du matériel pédagogique sur la gestion de l'hygiène menstruelle. Celui-ci a été distribué dans toutes les écoles du pays, ainsi que du matériel éducatif en braille et en version audio pour les enfants handicapés de la vue ou de l'oreille, afin de leur donner accès à des informations essentielles concernant l'hygiène, les droits et la sécurité des filles.

### **Sécurité chimique**

131. Dans le contexte de la Convention de Minamata, des procédures opératoires normalisées pour l'évaluation de l'exposition prénatale au mercure ont été élaborées et affichées sur le site Web du Bureau régional. Ces travaux ont été réalisés dans le cadre du projet « Development of a Plan for Global Monitoring of Human Exposure and Environmental Concentrations of Mercury » [Élaboration d'un plan de surveillance mondiale de l'exposition humaine et des concentrations de mercure dans l'environnement], financé par le Fonds pour l'environnement mondial. Le module consacré à la biosurveillance humaine a été coordonné par le Bureau régional, en coordination avec le Siège de l'OMS.

132. Les produits chimiques perturbateurs du système endocrinien ont fait l'objet, dans deux pays (Biélorus et Ukraine), d'un projet de renforcement des capacités financé par le Programme de démarrage rapide de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques. Ce projet a contribué à la création d'un réseau sous-régional d'institutions spécialisées dans les produits chimiques dangereux et la santé humaine ; à l'élaboration d'un programme éducatif harmonisé sur les perturbateurs endocriniens pour les étudiants en médecine et les professionnels de la santé publique ; et à un accord sur un instrument de planification des études épidémiologiques pour évaluer certains effets sur la santé liés à une exposition à des perturbateurs endocriniens.

133. Un soutien a été apporté au renforcement des capacités des États membres en ce qui concerne les nouveaux aspects des politiques et l'évaluation des risques chimiques. Dans le cadre d'un projet sur la mise en place d'éléments clés du système de gestion des produits chimiques, financé par l'Agence allemande pour l'environnement (UBA), une formation a été organisée pour les représentants de cinq États membres européens d'Europe orientale, du Caucase et d'Asie centrale (Minsk, Biélorus, 29-31 octobre 2018).

134. En avril 2019, une formation sur la gestion des produits chimiques a été organisée par le Bureau régional à Nur-Sultan (Kazakhstan), en coopération avec le Siège de l'OMS, le bureau de pays de l'OMS au Kazakhstan et le Centre national de santé publique du ministère de la Santé du Kazakhstan. Elle était destinée aux représentants des pouvoirs publics, y compris du secteur de la santé, et aux acteurs concernés de 11 pays de la Région européenne (Arménie, Azerbaïdjan,

Bélarus, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, République de Moldova, Ouzbékistan, Tadjikistan et Ukraine), ainsi que de Mongolie, pays de la Région du Pacifique occidental de l'OMS.

### **Gestion des déchets et sites contaminés**

135. Le bureau de Bonn a réalisé des avancées significatives concernant cette nouvelle priorité européenne en matière d'environnement et de santé, incluse dans la Déclaration d'Ostrava de 2017 pour la première fois dans la série des conférences ministérielles consacrées à l'environnement et à la santé. Le réseau pour les sites contaminés par l'industrie (ICSHNet) de l'action COST (European Cooperation in Science and Technology – coopération européenne en science et technologie), financé par l'UE et coordonné en partenariat étroit avec le Centre collaborateur de l'OMS pour la salubrité environnementale dans les sites contaminés, est établi au sein de l'Institut national italien de la santé.

136. Avec la participation de 33 États membres sur une période de quatre ans, le réseau ICSHNet de l'action COST a produit une profusion de ressources, de formations, de rapports et d'évaluations, dont une déclaration sur les sites contaminés et la santé présentée à la réunion susmentionnée du Groupe de travail européen Environnement et santé, tenue à Bonn (Allemagne) en mars 2018. Cette action a également fait éclore des projets nationaux, notamment en Serbie, en vue du renforcement des capacités nationales et des synergies intersectorielles serbes pour une gestion sûre des sites contaminés et des substances dangereuses associées, afin de prévenir les effets négatifs sur la santé humaine et l'environnement. Ce projet a débouché sur l'élaboration de la feuille de route nationale pour la gestion des sites contaminés par l'industrie.

### **Les effets du changement climatique sur la santé**

137. Les 12 et 13 juin 2018, le Groupe de travail sur la santé face au changement climatique s'est réuni au Centre européen de l'environnement et de la santé de l'OMS à Bonn (Allemagne). Ce centre aide les États membres à évaluer les vulnérabilités face au changement climatique et les effets de ce dernier, à renforcer la surveillance des maladies à transmission vectorielle sensibles au climat et à améliorer la préparation et la riposte aux événements extrêmes tels que les vagues de chaleur et les inondations. Le Groupe de travail sur la santé face au changement climatique a été créé par l'EHTF en 2012 pour promouvoir la protection de la santé contre les effets néfastes du changement climatique et constitue une réelle plate-forme pour la diffusion de la maîtrise technique qui s'est constamment renforcée dans la Région pour protéger les populations des effets du changement climatique sur la santé.

138. La réunion de Bonn a été l'occasion de maintenir un soutien aux travaux menés par les États membres pour la constitution de leurs portefeuilles nationaux de mesures, de faire le point sur l'évolution des politiques, de faciliter l'échange d'expériences et de déterminer les thèmes et interventions prioritaires pour faire avancer la concrétisation des engagements d'Ostrava sur le changement climatique et la santé. Cette réunion a également permis d'informer les États membres des résultats du projet conjoint OMS-Commission européenne concernant la lutte contre les incidences des changements climatiques sur la santé, de lancer l'initiative conjointe OMS-Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC) pour l'élaboration de profils de pays en matière de climat et de santé, et de faire progresser l'actualisation des lignes directrices de l'OMS sur la planification des interventions pour la protection de la santé face à la chaleur.

139. Lors de la 24<sup>e</sup> Conférence des Parties (COP24) à la CCNUCC, l'OMS a fourni des arguments – fondés sur des raisons de santé – en faveur d'une action sur les changements climatiques, ainsi que des outils pour quantifier les avantages physiques et économiques de l'amélioration de la qualité de l'air.

140. Trois produits lancés lors d'un événement organisé du 3 au 4 décembre 2018 à Katowice (Pologne) aideront les États membres à élaborer des politiques pour lutter contre le changement climatique et ses effets sur la santé et le bien-être : *Public health and climate change adaptation policies in the European Union* [Politiques de santé publique et d'adaptation au changement climatique dans l'Union européenne], qui analyse l'évolution des politiques de santé visant une adaptation au changement climatique dans les pays européens et présente une sélection d'études de cas de bonnes pratiques ; l'*outil de calcul CaRBonH (Carbon Reduction Benefits on Health ou bienfaits pour la santé de la réduction des émissions de carbone)*, qui permet de quantifier les conséquences physiques et économiques positives pour la santé obtenues grâce aux améliorations de la qualité de l'air résultant de la diminution des émissions de carbone ; et le *rapport spécial de la COP24 sur la santé et le changement climatique* produit à l'appui des négociations de la CCNUCC, qui souligne pourquoi les considérations de santé sont essentielles à l'avancement de l'action climatique et présente aux décideurs politiques des recommandations clés pour aider les pays à éviter les pires impacts sanitaires de ce phénomène.

### **3. Situations d'urgence sanitaire, résistance aux antimicrobiens et maladies transmissibles**

#### ***Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire***

141. Flambées de maladies, catastrophes naturelles ou causées par l'homme, fuites de produits chimiques, accidents radionucléaires et actes délibérés : de telles crises humanitaires touchent aujourd'hui plus de 130 millions de personnes dans le monde, avec des effets dévastateurs sur la santé, les sociétés et les économies.

142. Non seulement les situations d'urgence ne connaissent pas de frontières, mais elles ont un effet domino marqué sur les pays et les régions, et affectent même ceux qui n'en subissent pas directement l'impact. La crise syrienne, par exemple, et les épidémies de maladies à virus Ebola et Zika dans d'autres Régions, ont toutes eu des répercussions dans la Région européenne. Outre celles-ci, l'Europe a connu « ses » situations d'urgence, dont des épidémies de rougeole et de fièvre du Nil occidental, des infections dues à des aliments et de l'eau contaminés, ainsi que des inondations et des tremblements de terre, des conflits et des attaques terroristes.

143. Mis en place en 2016<sup>2</sup> à tous les niveaux de l'Organisation, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) constitue la réponse de l'OMS à des crises toujours plus éprouvantes. Le WHE vise à mieux protéger les populations contre les urgences sanitaires en mettant en place des systèmes de santé centrés sur la personne, qui peuvent, en quelques heures seulement, prévenir les crises, s'y préparer, les détecter et assurer leur évaluation, la communication et la riposte. Pour y parvenir, un plan stratégique mondial quinquennal 2018-2023 a été approuvé par tous les pays.

---

<sup>2</sup>Décision WHA69(9) adoptée par la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé en 2016.

144. Dans la Région européenne, le Programme WHE a donné à la stratégie mondiale de gestion des situations d'urgences la forme d'un Plan d'action européen. Le Plan d'action pour améliorer la préparation et l'action de santé publique dans la Région européenne de l'OMS a été adopté par le Comité régional dans une résolution.<sup>3</sup> Il tisse des liens entre pays ayant des capacités et des aptitudes similaires pour prévenir des situations d'urgence ou y réagir. Cela nécessite une coopération intersectorielle et transfrontalière.

145. En résumé, les conclusions de la consultation ministérielle et de la réunion de haut niveau qui ont eu lieu du 12 au 14 février 2019 à Istanbul (Turquie) dotent le Bureau régional de pouvoirs renforcés pour coordonner les interventions visant à doper l'engagement politique et financier des pays. Plus de 150 ministres européens de la Santé et délégués de haut niveau réunis à Istanbul ont jugé qu'il était essentiel, pour améliorer la préparation et la réaction aux situations d'urgence sanitaire dans la Région européenne, d'investir à long terme, d'apprendre les uns des autres et de se soutenir mutuellement, et d'avoir un suivi régulier des progrès accomplis.

146. Le modèle de gestion du Programme WHE dans les pays est pleinement opérationnel dans la Région, avec 33 employés travaillant dans 15 pays. Certains territoires ont été jugés prioritaires sur la base de la cartographie des risques et des vulnérabilités. C'est dans ces pays et territoires que les investissements dans la préparation aux situations d'urgence peuvent donner le meilleur rendement. L'équipe de soutien du Programme WHE est donc placée dans les pays, autour de trois pôles situés en Serbie, en Géorgie et au Kirghizstan. Chaque pôle est dirigé par des membres du personnel international de l'OMS. Ces pôles jouent un rôle central pour le renforcement du leadership et des relations avec les pays et les autorités sanitaires nationales. Sur le plan technique et en matière de sensibilisation, ils jouent un rôle crucial, en promouvant et en renforçant la préparation et l'intervention de la santé publique, et en veillant à ce que des bases factuelles, des conseils techniques et des outils de l'OMS soient disponibles pour encadrer les processus décisionnels, la planification, la communication sur les risques et le renforcement des capacités, pour un impact mesurable dans les pays. En 2019, le Bureau régional a soutenu ces pôles en élaborant un programme sur mesure pour contribuer à sensibiliser au bien-fondé d'un investissement dans la préparation aux situations d'urgence.

147. Les pôles et les pays bénéficient de l'appui technique et des possibilités de mobilisation rapide au niveau du Bureau régional. Le personnel de ce dernier a été déployé pour réagir aux situations d'urgence sanitaire dans la Région africaine de l'OMS, en particulier celles liées à Ebola en République démocratique du Congo et aux cyclones au Mozambique.

148. Le Bureau régional exprime sa profonde gratitude aux gouvernements d'Allemagne, d'Australie, des États-Unis d'Amérique, de la Fédération de Russie, de France, d'Italie, du Japon et du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord pour leur généreux soutien financier aux activités mises en œuvre dans le cadre du Programme WHE.

## ***La gestion des risques infectieux***

### **La grippe**

149. Dix ans après la pandémie de grippe de 2009, des lacunes importantes subsistent quant à la préparation à une pandémie dans la Région : moins d'un pays sur trois a révisé son plan de

---

<sup>3</sup>Voir EUR/RC68/14 et EUR/RC68/R7.

lutte contre les pandémies. La liste des plans nationaux de ce type disponibles pour le public et préparés après la pandémie de 2009 peut être consultée sur le site Web du Bureau régional.

150. Durant le même intervalle de temps, il y a eu un recul constant des vaccinations contre la grippe saisonnière dans un certain nombre de pays européens et l'accès aux vaccins a été très restreint dans les pays disposant de ressources moindres.<sup>4</sup> Cette situation est très préoccupante non seulement pour la protection des groupes vulnérables contre la grippe saisonnière, mais aussi parce qu'elle affecte la préparation de la Région aux pandémies, car la production de vaccins pandémiques est étroitement liée à l'utilisation des vaccins saisonniers.

151. Compte tenu de l'ampleur de la menace et du fait que tous les pays sont vulnérables dans la même mesure, la préparation à une pandémie de grippe devrait être une priorité pour tous les États membres. Il s'agit d'une opportunité majeure de la santé publique dans la Région européenne de l'OMS. Les pays peuvent s'y préparer en révisant et en mettant à jour, d'ici 2021, leurs plans de préparation à une pandémie de grippe conformément aux dernières directives de l'OMS, ainsi qu'en élargissant la couverture par le vaccin saisonnier chez les personnes qui en ont le plus besoin.

152. Pour encadrer ces efforts, le Bureau régional a mené un large éventail d'activités, notamment :

- une surveillance de la grippe menée conjointement avec l'ECDC durant la 4<sup>e</sup>, la 5<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> saison du bulletin « Flu News Europe » ;<sup>5</sup>
- la 6<sup>e</sup> réunion annuelle conjointe entre le Bureau régional et l'ECDC sur la surveillance de la grippe en Europe, qui s'est tenue en juin 2018 pour célébrer les succès des dix premières années du réseau régional de lutte contre la grippe et faire le point sur l'état de préparation à une pandémie 100 ans après la grave pandémie de 1918 ;
- l'élaboration de nouveaux profils de pays montrant les politiques de vaccination contre la grippe saisonnière et la couverture atteinte dans ces pays, sur le Portail européen d'information sanitaire ;<sup>6</sup>
- l'évaluation des risques entraînés par un virus pandémique réassorti aux Pays-Bas et un virus porcin réassorti en Suisse.

153. Au niveau des pays, les résultats suivants ont été enregistrés en 2018-2019 :

- dans quatre pays (Albanie, Arménie, Kirghizistan et République de Moldova) qui ont reçu des dons par le biais du partenariat pour l'introduction de vaccins antigrippaux, mené en collaboration avec l'OMS, l'emploi du vaccin saisonnier a plus que doublé en 2018-2019 par rapport à 2015-2016 ;

---

<sup>4</sup> Voir *How close are countries of the WHO European Region to achieving the goal of vaccinating 75% of key risk groups against influenza? Results from national surveys on seasonal influenza vaccination programmes, 2008/2009 to 2014/2015*, in *Vaccine* vol. 36, numéro 4, janvier 2018, p. 442 à 452.

<sup>5</sup> Voir le bulletin publié conjointement par l'ECDC et le Bureau régional, « Flu News Europe », <https://flunewseurope.org/> (en anglais seulement).

<sup>6</sup> Pour l'ensemble des données sur la grippe du Portail européen d'information sanitaire, voir la page <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/influenza/> sur le site Web du Bureau régional (en anglais et en russe).

- sous les auspices du Plan d'action mondial pour les vaccins antigrippaux, la Serbie a développé avec succès sa capacité de production d'un vaccin antigrippal trivalent inactivé, ce qui lui permettra de devenir un centre régional d'approvisionnement en vaccins contre la grippe saisonnière et pandémique si des investissements à long terme peuvent être assurés ;
- durant la campagne de sensibilisation à la grippe d'octobre 2018, 14 pays ont collaboré avec le Bureau régional pour sensibiliser le public à l'importance de la vaccination antigrippale ;
- les cinq pays bénéficiaires de contributions du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (PIP) (Arménie, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan) ont renforcé leurs capacités de prévention et de lutte contre la grippe et élaboré des directives et une formation correspondante pour les enquêtes sur les épidémies. Tous, sauf l'Ouzbékistan, prévoient réviser leurs plans de lutte contre les pandémies pour la fin de 2019. La mise en œuvre du Cadre PIP dans ces pays montre comment une volonté nationale, un financement durable et une bonne approche méthodologique peuvent déboucher sur une amélioration de la préparation à une pandémie ;
- les centres nationaux de la grippe de cinq pays (Arménie, Chypre, Macédoine du Nord, Monténégro et Turkménistan) ont été officiellement reconnus par l'OMS. Ainsi, le nombre de pays de la Région qui sont membres du Système mondial de surveillance de la grippe et de riposte et ont un centre national de la grippe homologué par l'OMS est passé à 47 sur 53 ;
- certains pays ont recommandé de passer d'un vaccin trivalent à un vaccin quadrivalent pour assurer une protection plus large, en particulier chez les personnes âgées. En raison du prix plus élevé des vaccins quadrivalents, cela pourrait se traduire, pour les pays aux ressources limitées, par une diminution des doses disponibles ; cependant, lorsque l'on considère les coûts globaux pour le secteur des soins de santé, les vaccins quadrivalents peuvent également s'avérer rentables.

### **Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)**

154. Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) reste une source de préoccupation dans la Région : un des trois seuls cas importés signalés en dehors de l'Arabie saoudite et des pays voisins en 2018-2019 s'est produit au Royaume-Uni. Il s'agit du cinquième cas de MERS-CoV diagnostiqué au Royaume-Uni ; sept autres pays de la Région européenne ont également signalé des cas depuis 2012. Le Bureau régional continue d'aider les pays à élaborer des plans de préparation au MERS-CoV et aux autres infections émergentes. En particulier, 40 agents de santé syriens ont reçu une formation sur la détection rapide et l'étude de nouveaux virus grippaux chez l'être humain, pour soutenir le Réseau d'alerte et d'intervention rapides (EWARN), un dispositif essentiel alors qu'une surveillance systématique fait défaut pendant le conflit en cours.

### **Les maladies d'origine alimentaire**

155. D'après les informations d'un rapport récemment publié, *The burden of foodborne diseases in the WHO European Region* [Le fardeau des maladies d'origine alimentaire dans la Région européenne de l'OMS], les maladies d'origine alimentaire représentent toujours une menace importante pour la santé dans la Région. Ce rapport montre que 23 millions de personnes tombent

malades chaque année à cause d'aliments impropres à la consommation et que 4 700 d'entre elles décèdent. Ce sont là les cas connus, et on suppose que ce n'est que la pointe de l'iceberg. Ces conclusions ont été présentées à l'occasion de la toute première Journée internationale de la sécurité sanitaire des aliments, le 7 juin 2019, instituées par une résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies. Afin de promouvoir cette Journée, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a collaboré avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et le Codex Alimentarius.

156. Sur les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS, 49 sont maintenant membres du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments, soit quatre de plus qu'en 2016. En 2018, il y a eu 45 événements en rapport avec la sécurité sanitaire des aliments, impliquant des produits provenant de pays de la Région européenne, contre 19 en 2017. Cette augmentation reflète la dimension mondiale du commerce et une prise de conscience croissante face aux événements liés à la sécurité sanitaire des aliments.

157. Tout au long de la période considérée dans le présent rapport, des pays de la Région européenne (en particulier le Kirghizistan, la Macédoine du Nord et la République de Moldova) ont bénéficié d'un appui technique adapté concernant la gestion des flambées de maladies d'origine alimentaire, la coordination dans le cadre de l'initiative « Un monde, une santé » et les évaluations rapides des risques. Seize pays de la partie orientale de la Région ont été formés à la collaboration avec le secrétariat du Codex Alimentarius et à la révision des normes.

158. Une réunion sous-régionale sur la résistance aux antimicrobiens, tenue à Almaty en octobre 2018, a également porté sur la surveillance et le suivi de ce phénomène chez l'être humain, les animaux producteurs d'aliments et les aliments eux-mêmes, l'accent étant mis sur une meilleure collaboration.

### **Agents pathogènes à haut risque : amélioration de la surveillance et du dépistage en laboratoire**

159. Afin de pouvoir estimer la fréquence et l'impact des épidémies causées par des agents pathogènes à haut risque, le Bureau régional a revu son processus de recueil annuel de données auprès des pays européens pour y inclure 27 maladies. Le premier rapport annuel sera publié pour la fin de 2019.

160. Un appui aux pays a visé à améliorer la qualité des systèmes nationaux de surveillance et des capacités des laboratoires de la santé publique dans le cadre de l'initiative « De meilleurs laboratoires pour une meilleure santé » dans 13 pays (Arménie, Bélarus, Kazakhstan, Kirghizistan, Lituanie, Malte, Monténégro, Ouzbékistan, République de Moldova, Serbie, Tadjikistan, Turkménistan et Ukraine).

161. Grâce à l'encadrement proposé dans le cadre de l'initiative « De meilleurs laboratoires pour une meilleure santé », la qualité des services de laboratoire a été améliorée de 30 % dans 15 laboratoires situés dans neuf pays différents. Le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan, le Turkménistan et l'Ukraine, en particulier, ont bénéficié de ce soutien. En 2019, l'Arménie, le Bélarus et le Kazakhstan ont officiellement demandé à participer à l'initiative « De meilleurs laboratoires pour une meilleure santé ». Lors de la troisième réunion des partenaires, tenue en octobre 2018 à Almaty (Kazakhstan), les résultats obtenus dans le cadre de cette initiative ont été constatés et la stratégie visant à renforcer durablement les systèmes de laboratoire a été approuvée.

162. Il a également été recommandé aux pays d'accroître leurs capacités de dépistage des agents pathogènes à haut risque. Pour répondre à cette nécessité, un nouveau groupe de travail a été créé en 2019 afin de renforcer les capacités de dépistage des agents pathogènes à haut risque (tels que ceux qui causent la grippe, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo, la fièvre du Nil occidental, l'anthrax et la brucellose) dans les pays prioritaires d'Europe orientale et du Sud-Est et en Asie centrale : le Groupe de travail régional européen des laboratoires de détection de pathogènes particulièrement dangereux, connu sous le nom de Lab Task Force<sup>7</sup>.

### **Gestion clinique des risques infectieux**

163. Chaque année, les mauvaises pratiques de prévention et de contrôle des infections au cours de la prestation quotidienne des soins de santé nuisent à des centaines de millions de patients dans le monde entier. Les infections nosocomiales (IAS), y compris celles qui sont résistantes aux antimicrobiens, sont parmi les complications les plus courantes des séjours à l'hôpital, et aucun pays ni système de santé, même les plus développés ou les plus sophistiqués, ne peut prétendre échapper à ces infections. Selon les données de l'ECDC, les patients qui contractent au moins une IAS sont au nombre de 98 000 par jour en Europe.

164. Ces dernières années, la propagation du MERS-CoV et les épidémies de maladie à virus Ebola ont révélé des lacunes dans les mesures de prévention et de contrôle des infections. En outre, le RSI (2005) et le Plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens invitent les États membres à renforcer l'hygiène ainsi que la prévention et le contrôle des infections. En 2016, l'OMS a publié de nouvelles directives sur les éléments essentiels des programmes de prévention et de contrôle des infections et, en 2017, a présenté des outils pour mettre en œuvre les éléments essentiels de ces programmes.

165. Entre 2018 et 2019, le Bureau régional a aidé l'Albanie, l'Arménie, la Géorgie, le Kirghizistan, le Monténégro, la République de Moldova, la Turquie, le Turkménistan et l'Ukraine à procéder à des auto-évaluations pour déceler les lacunes dans leur mise en œuvre des éléments essentiels de ces programmes. L'un des nombreux défis qui se posent à tous est de pouvoir assurer la durabilité du programme avec des ressources humaines et financières adéquates. Les États membres ont reconnu que l'appui technique international apporté par des partenaires tels que l'OMS, l'ECDC, l'European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, le Baltic Antibiotic Resistance collaborative Network, entre autres, est précieux pour élaborer des programmes nationaux.

166. Afin de faciliter une meilleure intégration de la gestion clinique dans la planification et la réaction aux épidémies/pandémies, le Bureau régional élabore actuellement une série d'exercices de simulation qui devraient être présentés aux États membres en 2020. Ces exercices serviront d'outil pour développer les capacités de contremesures médicales conformément au RSI (2005), et peuvent également être utilisés pour former les équipes médicales d'urgence avant leur déploiement dans le cadre de missions d'intervention en cas d'épidémie.

---

<sup>7</sup> Voir European Regional Laboratory Task Force for High Threat Pathogens. Term of reference (2019) <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/laboratory-services/publications/european-regional-laboratory-task-force-for-high-threat-pathogens.-terms-of-reference-2019>

## **Préparation des pays aux urgences sanitaires et RSI (2005)**

167. En général, les capacités prévues par le RSI (2005) sont bien développées dans la Région européenne. L'auto-évaluation réalisée en 2018 par 53 des 55 États parties (95 %) au RSI (2005) dans la Région enregistre un score moyen de 3,7 (74 %) dans les 13 domaines techniques du RSI (2005) : 3,0 (60 %) dans les pays prioritaires et 3,9 (78 %) dans les autres pays de la Région.

168. Les deux domaines techniques les plus performants dans l'ensemble de la Région sont : les laboratoires (score moyen : 4 (80 %) et la coordination du RSI et les fonctions des points focaux nationaux pour le RSI (4 (79 %)). Les cinq domaines techniques de la Région ayant le potentiel de renforcement le plus élevé sont les suivants : Points d'entrée (note moyenne de 2,9 (58 %)), communication sur les risques (3,4 (69 %)), événements chimiques (3,4 (69 %)), ressources humaines (3,5 (71 %)) et cadre national des situations d'urgence sanitaire (3,6 (72 %)).

### **Zoom sur certaines activités de suivi et d'évaluation**

169. Entre janvier 2016 et juin 2019, 16 pays de la Région européenne – dont huit pays prioritaires – ont demandé l'appui de l'OMS et réalisé une évaluation externe conjointe<sup>8</sup>. Quatre pays devraient suivre en 2019<sup>9</sup>. L'analyse des résultats de l'évaluation externe conjointe montre que les domaines techniques présentant le plus fort potentiel d'amélioration sont la sûreté et la sécurité biologiques, la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, la communication sur les risques et les points d'entrée.

170. La Finlande, la Lettonie et la Suisse ont officiellement finalisé leurs plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire après leurs évaluations externes conjointes ; l'Albanie, l'Arménie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lituanie et la Serbie sont en train d'élaborer leurs plans respectifs ; et la République de Moldova, la Macédoine du Nord, le Monténégro et la Géorgie devraient s'exécuter en 2019.

171. Depuis juillet 2017, cinq examens a posteriori ont été réalisés avec l'appui du Bureau régional, notamment en Islande (choléra) et aux Pays-Bas (poliomyélite) en 2017 ; en Roumanie (rougeole et fièvre du Nil occidental) en 2018 ; et au Kirghizistan (rougeole) et en Serbie (fièvre du Nil occidental) en 2019. Des examens a posteriori des flambées de rougeole en Azerbaïdjan et en Géorgie devraient être effectués en 2019.

172. Plus de 30 pays de la Région ont participé à des exercices de simulation allant de la participation à l'organisation de l'exercice de gestion de crise « PANDEMIC19 » de la Cellule européenne de coordination de l'aviation en cas de crise aux Pays-Bas, à des tables rondes pour la gestion des situations d'urgence et à des exercices à grande échelle sur le terrain.

173. L'exercice de simulation fonctionnelle pour une évaluation et une détection conjointes a permis de tester la communication et la coordination entre les points focaux nationaux pour le RSI dans 27 pays et les responsables du RSI au Bureau régional, et contribué ainsi à la préparation à l'échelle régionale.

---

<sup>8</sup>2016 : Albanie, Arménie, Kirghizistan, Turkménistan. 2017 : Belgique, Finlande, Lettonie, Liechtenstein, Slovénie, Suisse. 2018 : Lituanie, République de Moldova, Serbie. 2019 : Géorgie, Macédoine du Nord et Monténégro.

<sup>9</sup>Allemagne, Bosnie-Herzégovine, Pays-Bas et Tadjikistan.

## Projets et activités de renforcement des capacités

174. Sur la base des résultats du suivi et de l'évaluation, les domaines requérant un renforcement des capacités sont les suivants :

- Les points d'entrée sont sur la ligne de front pour la prévention, la détection et la réaction aux événements de santé publique qui peuvent survenir dans le cadre de voyages et de déplacements internationaux. Pour presque tous les pays de la Région, les points d'entrée se sont révélés être l'un des domaines techniques présentant le potentiel d'amélioration le plus élevé. Le Bureau régional s'est employé à renforcer cette capacité par le biais d'exercices de simulation au Turkménistan (2016) et en Allemagne (2018), ainsi que par l'exercice sur les pandémies de la Cellule européenne de coordination de l'aviation en cas de crise (2019) ; par l'organisation d'une formation régionale sur l'outil d'évaluation des points d'entrée pour les pays prioritaires (2019) ; par un partenariat technique étroit avec EU Healthy Gateway, et par un soutien aux États membres en vue de la participation aux réunions annuelles de l'Accord de collaboration pour la prévention et la gestion des événements de santé publique dans l'aviation civile (CAPSCA).
- La communication sur les risques en situation d'urgence peut sauver des vies dans toutes les situations d'urgence, et devrait être considérée comme un investissement important dans la santé et la sécurité. La communication des risques est l'un des domaines dans lesquels le Bureau régional a le plus accru son appui aux pays entre 2017 et 2019. En juillet 2019, 19 pays et territoires (14 des pays prioritaires) étaient inscrits au programme de renforcement des capacités en cinq étapes pour la communication sur les risques en situation d'urgence, lancé pour la première fois en 2018. Ce programme – qui inclut une formation sur mesure, une cartographie des capacités, et la rédaction, la mise à l'essai et l'adoption de plans – a été présenté au niveau mondial de l'Organisation en 2019, après avoir prouvé son efficacité pour de nombreux pays de la Région européenne.
- L'évaluation des risques, des vulnérabilités et des capacités est un point de départ du cycle de préparation aux situations d'urgence décrit dans *A Strategic Framework for Emergency Preparedness* [Un Cadre stratégique pour la préparation aux situations d'urgence] (Organisation mondiale de la santé, 2017). Le Bureau régional a aidé l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, le Kirghizistan, la République de Moldova et l'Ukraine à procéder à une évaluation stratégique nationale des risques à l'aide de l'outil stratégique STAR (Strategic Tool for Assessing Risk). Le Kirghizistan a procédé à des évaluations stratégiques des risques au niveau sous-national et la République de Moldova prévoit de le faire dans les prochains mois. Le Bureau régional a proposé à des participants multisectoriels de tous les pays prioritaires une série de formations sur la méthodologie de l'OMS en matière d'évaluation des risques, de planification d'urgence, d'exercices de simulation et d'examens a posteriori. Le but était de les aider à mettre en œuvre la préparation aux situations d'urgence au niveau national.
- La sécurité des hôpitaux est essentielle pour assurer la résilience de ces derniers en cas d'urgence. L'indice de sécurité des hôpitaux aide à déterminer les mesures à prendre pour assurer la sécurité, la sûreté et la fonctionnalité des infrastructures sanitaires à l'échelle nationale et communautaire. Au total, le Bureau régional a

encadré l'évaluation de 358 hôpitaux de la Région grâce à cet outil et la Géorgie et le Kirghizistan ont publié leurs rapports pour faire part de leurs expériences.

- Les dispositions pour la prise en charge d'un grand nombre de victimes sont essentielles afin de préparer les agents de santé à fournir des services d'urgence et une assistance à la population pendant ou immédiatement après une catastrophe, afin de sauver des vies. Une formation mise au point par le Bureau régional a été dispensée au Kirghizistan.
- Une approche multisectorielle de tous les risques est nécessaire pour pouvoir assurer efficacement la prévention, l'atténuation des dommages, la préparation et la réaction face à tous les types de situations d'urgence. Afin d'aider les États membres à élaborer et à actualiser régulièrement des plans nationaux de préparation et d'intervention en situation d'urgence pour tous risques et face à des risques précis, le Bureau régional a mis au point des modules « prêts à l'emploi » adaptés aux contextes et aux besoins de la Région européenne. En 2019, le module a été employé en Arménie, en Azerbaïdjan, en Géorgie et en République de Moldova. Une formation sur les plans d'urgence et la méthodologie de l'OMS pour un type de risque précis a été dispensée en Serbie. Le document d'orientation tripartite (FAO-Organisation mondiale pour la santé animale-OMS) relatif à l'adoption d'une démarche multisectorielle conforme à l'initiative « Un monde, une santé » a été testé en Géorgie en juillet 2019, afin de mettre au point des évaluations conjointes des risques.

### **Activités menées en partenariat**

175. Le Programme WHE du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe :

- a prêté son concours actif à l'organisation de la sixième réunion du CAPSCA, qui s'est déroulée en Finlande en avril 2019. Durant cette réunion ont été présentées les directives de l'OMS en matière de désinfection et de désinsectisation ;
- a poursuivi sa collaboration et sa coordination étroites avec l'ECDC, notamment en collaborant à l'action conjointe pour le renforcement de la préparation face à menaces transfrontalières graves sur la santé dans l'UE ;
- a maintenu sa coopération avec le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est pour les situations d'urgence sanitaire, dans l'esprit de l'Engagement de Chisinau et des actions prioritaires stipulées dans la stratégie de coopération sous-régionale de ce Réseau.

### **Détection et réaction**

176. Pour atteindre l'objectif ambitieux fixé dans le treizième PGT, à savoir un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées contre les situations d'urgence sanitaire, il faudra des investissements substantiels dans les biens publics mondiaux, notamment une intensification de la collecte et de l'analyse des données épidémiologiques et une meilleure surveillance des maladies infectieuses. Il est essentiel d'obtenir rapidement des renseignements sur les événements en rapport avec la santé publique, afin d'intervenir sans délai et d'en atténuer les conséquences.

177. Tous les jours de l'année, les experts du Programme WHE au niveau mondial, régional et national assurent le suivi des flambées épidémiques, des catastrophes et des situations d'urgence. En 2019, dans la Région européenne, les membres du personnel du Programme WHE ont continué à assurer une surveillance efficace des événements, afin de fournir aux États membres

de précieuses informations et de leur permettre de comprendre parfaitement tous les risques et les interventions les plus appropriées pour y faire face. Ils ont étudié plus de 20 000 alertes relatives à des menaces pour la santé publique provenant de différentes sources, réalisé des évaluations méthodiques de 2 000 d'entre elles et réagi à quelque 50 alertes, soit une par semaine.

178. Par ailleurs, le Programme WHE au Bureau régional a contribué activement à la production d'un important bien public mondial pour la santé, le site d'information sur les événements, qui propose des descriptions épidémiologiques détaillées, des évaluations des risques, des mises à jour sur tous les événements, des informations sur les mesures qui ont été appliquées et d'autres renseignements pertinents pour les professionnels de haut niveau et les spécialistes de la lutte contre les maladies, les décideurs et d'autres autorités compétentes. Ces activités sont résumées comme suit :

- nombre d'événements créés dans le système de gestion des événements = 40 ;
- nombre de nouveaux messages affichés sur le site d'information sur les événements = 6 ;
- nombre d'actualisations de messages affichés sur le site d'information sur les événements = 10 ;
- nombre d'annonces sur le site d'information sur les événements = 2 ;
- nombre de demandes de vérifications envoyées = 7.

179. L'application efficace des dispositions de l'annexe 2 du RSI (2005) est subordonnée à la réalisation, par chaque autorité nationale et ses points focaux nationaux pour le RSI, d'évaluations des risques d'événements de santé publique survenant sur leur territoire. Afin de dispenser des conseils techniques et d'apporter un soutien au développement et au renforcement des capacités d'évaluation rapide des risques, les responsables du Programme WHE ont organisé des événements pour leurs pays prioritaires de la Région européenne. De même que les ateliers destinés aux points focaux nationaux pour le RSI, ces événements ont été conçus pour renforcer et maintenir les principales capacités requises aux termes du RSI dans la Région.

180. Afin de faciliter l'apprentissage entre pairs et d'accélérer l'échange des bonnes expériences, un nouvel outil, « communities of practice », a été lancé le 13 juin 2019 sur la plate-forme du « réseau des savoirs » de l'IHR National Focal Points Knowledge Network, et ce pour les 55 points focaux nationaux pour le RSI de la Région européenne.

### **Réaction aux situations d'urgence**

181. Au Bureau régional et dans les bureaux de pays, les experts du Programme WHE travaillent en étroite collaboration avec leurs partenaires du secteur de la santé pour préparer des actions sanitaires susceptibles de sauver des vies et des interventions essentielles à mener dans les situations d'urgence. Ils établissent un réseau de spécialistes dans la Région (équipes médicales d'urgence (EMT) et le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)) qui peut être rapidement déployé pour sauver des vies.

182. Un lien est établi entre ces travaux, menés conjointement avec des experts des systèmes de santé et de la santé publique, et les capacités de chaque pays à mettre en œuvre le RSI (2005), les fonctions essentielles de santé publique et toute lacune dans la CSU. Ainsi, les pays sont aidés à corriger les graves failles décelées grâce aux activités de suivi et d'évaluation du RSI (2005), et à assurer la transition entre les opérations de sauvetage de vies et le rétablissement et

la réadaptation. Il s'agit d'une opportunité de taille pour la connexion entre le développement, la santé et la paix, visant à reconstruire mieux, en utilisant la santé comme un pont pour la paix.

183. Le Programme WHE se sert du Cadre d'action d'urgence comme d'un mécanisme interne pour la classification des situations d'urgence. En haut du classement des situations d'urgence prolongées dans lesquelles le Bureau régional intervient actuellement, on trouve les crises humanitaires d'Ukraine (classe 2) et de la République arabe syrienne (classe 3), pour laquelle la réaction est organisée en Turquie ou à partir de ce pays.

184. En à peine 14 mois, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, des flambées épidémiques ont entraîné plus de 100 000 cas de rougeole dans la Région européenne. En mai 2019, l'OMS a décidé d'intensifier son aide et de recourir à des moyens mobilisables rapidement en cas d'urgence, pour encadrer la riposte internationale à ces flambées et remédier aux défaillances de la couverture vaccinale qui les alimentent. Une situation d'urgence internationale de classe 2 a été déclarée contre la rougeole, et le Bureau régional dirige la riposte dans le cadre d'une action conjointe du programme Maladies évitables par vaccin et vaccination (VPI) et du Programme WHE. Grâce à ces travaux interdisciplinaires, il est possible d'apporter l'expertise nécessaire en recourant aux procédures du Cadre d'action d'urgence.

### **Une crise humanitaire oubliée – qui se prolonge pourtant – en Ukraine**

185. Le conflit qui a lieu dans l'est de l'Ukraine est souvent qualifié de « crise oubliée ». Mais il se prolonge – avec 1,6 million de personnes déplacées et des dizaines de milliers de violations du cessez-le-feu enregistrées en 2018.

186. Le conflit armé d'Ukraine entre dans sa cinquième année, et touche 3,4 millions de personnes dans l'est du pays. Les personnes qui ont les besoins les plus aigus sont plus de 800 000 habitants établis le long de la « ligne de contact » de 457 kilomètres. Les bombardements incessants, la liberté de mouvement restreinte, la pénurie de médicaments et de fournitures médicales affectent considérablement la vie et la santé de cette population. Les entraves à l'accès aux services de santé exposent ces personnes à davantage de risques sanitaires.

187. Depuis le début du conflit, l'OMS travaille avec les partenaires de la santé pour assurer l'accès des populations touchées aux services de santé. L'OMS a donné la priorité aux services de santé dans les domaines suivants : maladies évitables par la vaccination ; VIH et tuberculose ; santé maternelle ; MNT et soutien psychosocial. L'OMS et ses partenaires ont également fourni des services et des outils pour la prévention, la préparation et le redressement.

188. En 2018, l'OMS a continué de répondre aux besoins des personnes vivant dans les zones touchées par le conflit en achetant des médicaments, des fournitures médicales et du matériel médical pour certains établissements de soins secondaires et tertiaires et en formant des spécialistes des soins de santé pour améliorer la qualité des services de santé. Le Programme WHE est actif par le biais de son bureau principal de Kiev et de quatre bureaux établis sur le terrain, à Donetsk, Kramatorsk, Louhansk et Severodonetsk.

### **Une réaction à deux axes : l'intervention pansyrienne en Turquie et depuis la Turquie**

189. Plusieurs années après le début du conflit en République arabe syrienne, des millions de personnes ont encore besoin d'une aide humanitaire. Non seulement la crise humanitaire syrienne a tragiquement frappé la République arabe syrienne et son peuple, mais elle a aussi eu un énorme effet domino sur les pays voisins, comme la Turquie.

190. Le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe a encadré la réaction à cette situation d’urgence depuis la Turquie et dans ce pays lui-même. En 2018, les opérations de l’OMS en Turquie ont consisté en une intervention transfrontalière du bureau de terrain de Gaziantep et une intervention sanitaire pour les réfugiés en Turquie, coordonnée par le bureau de pays de l’OMS à Ankara. Le personnel des bureaux de l’OMS à Ankara et à Gaziantep (Turquie) possède l’expérience, les compétences et le dévouement nécessaires pour mener les opérations, avec le soutien du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.

191. Dans le nord-ouest de la Syrie, l’OMS a aidé plus de trois millions de personnes en répondant à des besoins sanitaires urgents et en aidant les établissements de santé à fournir des services de santé en coordination avec des partenaires. Il y a eu notamment des interventions telles que la livraison de médicaments et de fournitures médicales de première nécessité à 180 établissements de santé desservant des centaines de milliers de personnes et une participation aux coûts de fonctionnement de certains établissements de santé. Les services de soins de santé primaires ont été élargis pour inclure les MNT. L’OMS et ses partenaires ont assuré la vaccination de centaines de milliers d’enfants contre la polio et soutenu 86 centres de vaccination fixes qui veillent à la vaccination systématique de 66 500 enfants en moyenne tous les mois. Ils ont formé 160 agents de santé à la gestion des traumatismes de masse et 11 médecins à la gestion des accidents d’origine chimique. La cartographie des services de santé mentale dans le nord de la Syrie a été achevée ; elle révèle la grave pénurie de services pour 3 millions de personnes nécessitant une aide. Étant donné que les attaques contre les établissements de soins de santé entravent l’exécution de ces opérations sanitaires, l’OMS les condamne fermement, car elles font obstacle au droit des populations d’accéder à la santé et à l’aide humanitaire.

192. En Turquie, des efforts ont été faits pour renforcer le système national de santé par l’intégration de travailleurs de la santé et de traducteurs syriens, pour développer les capacités en matière de soins de santé mentale, fournir des services de santé adaptés aux différences linguistiques et culturelles et encadrer les soins à domicile des réfugiés âgés et handicapés. Le Programme de santé des réfugiés de l’OMS est une initiative modèle en matière de CSU. Des agents de santé syriens – formés et intégrés dans le système de santé turc – fournissent des services de santé à leurs 3,6 millions de concitoyens, à un prix abordable et dans le souci des particularités culturelles. Quelque 600 000 consultations ont été assurées en 2018. Certains de ces réfugiés syriens étaient médecins, infirmiers ou sages-femmes dans leur pays d’origine. Ils ont eu la possibilité de repartir à zéro en Turquie, et d’aider leur peuple tout en pratiquant leur profession.

### **Des partenariats opérationnels pour les situations d’urgence**

193. Dans l’esprit du treizième PGT et sur la base de son plan d’action pour la Région européenne, le Programme WHE a intensifié sa collaboration avec ses partenaires, en particulier avec le GOARN, les EMT, les partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé, les partenaires d’intervention rapide, les organisations non gouvernementales (ONG) internationales et les centres collaborateurs de l’OMS.

### **GOARN**

194. Depuis 2016, la Région européenne a accentué l’empreinte régionale de GOARN 2.0 afin de renforcer les capacités nationales de préparation et de riposter aux flambées épidémiques par une stratégie plus musclée dans les pays et à l’échelle régionale. Des progrès importants ont été réalisés dans le domaine des capacités de réaction rapide de la santé publique, et l’initiative « EU Mobile Labs » a encore été développée afin de mettre sur pied des équipes et des systèmes

d'experts préqualifiés et multidisciplinaires, qui assurent des services en laboratoire pour tous les types de risques.

195. Il y a 103 institutions partenaires du GOARN dans la Région. En 2018-2019, il a été fait appel à 20 d'entre elles pour apporter un soutien à sept missions, dans le cadre de 81 déploiements. Rospotrebnadzor (Fédération de Russie) a été accepté comme nouvelle institution partenaire du GOARN en 2018, et d'autres institutions de pays non anglophones souhaitent vivement rejoindre le Réseau.

### **Équipes médicales d'urgence**

196. Il y a actuellement 13 EMT classifiées par l'OMS dans la Région européenne (5 de type 1, 7 de type 2 et 1 de type 3). Après la première réunion du Groupe régional européen des EMT, en avril 2018, un plan de travail régional a été élaboré et approuvé. Ce dernier englobe un ensemble de normes et des programmes de services de santé essentiels en cas d'urgence pour différents niveaux de soins. Le Livre bleu des EMT présente les normes minimales pour les EMT en cas de catastrophe soudaine, tandis que le Livre rouge des EMT est un document d'orientation pour la préparation et l'action en cas de conflit armé et de situations d'urgence complexes.

197. En 2019, quatre EMT européennes classées par l'OMS ont été déployées face au cyclone Idai, au Mozambique :

- AECID, l'agence espagnole pour la coopération au développement international ;
- Instituto Nacional de Emergência Médica (Portugal) ;
- Johanniter International ;
- Regione Piemonte (Italie).

### **Groupes de responsabilité sectorielle Santé**

198. Des groupes de responsabilité sectorielle Santé poursuivent leurs activités face à deux situations d'urgence prolongées dans la Région : la situation d'urgence de niveau 2 en Ukraine (1,3 millions de personnes nécessitant de l'aide – 9,4 % financés sur les 18,1 millions d'USD demandés) et la situation d'urgence de niveau 3 Pansyrie/Gaziantep/Turquie (13,2 millions de personnes nécessitant de l'aide – 0,7 % financés sur les 449 millions d'USD demandés).

### **Partenaires en attente**

199. Les partenaires en attente sont des organisations qui possèdent un réseau bien établi de techniciens aptes à un déploiement, sélectionnées sur la base de leur capacité attestée à recruter du personnel de réserve dont les qualifications correspondent aux besoins de l'OMS et du groupes de responsabilité sectorielle Santé pour le travail en situation d'urgence ; à déployer rapidement ce personnel de réserve sur le terrain ; à lui procurer une contrepartie financière et à l'assurer de manière adéquate ; et à travailler dans le respect des dispositions de la convention de l'OMS sur les partenaires en attente. Les partenaires en attente sont un précieux complément aux autres mécanismes de l'OMS pour une mobilisation rapide.

200. Les partenaires en attente sont supervisés par le Siège de l'OMS. Dans la Région européenne, les partenaires en attente soutiennent actuellement les opérations menées en Ukraine et les opérations pansyriennes de Gaziantep (Turquie), et ce grâce à une fonction de gestion des données.

## **Centres collaborateurs**

201. Une évaluation spéciale effectuée par le Programme WHE dans la Région européenne a révélé que sur les 276 centres collaborateurs, 103 sont en mesure de soutenir la mise en œuvre du Plan d'action pour améliorer la préparation et l'action de santé publique dans la Région européenne de l'OMS. Ces centres collaborateurs couvrent des risques spécifiques, dont les risques biologiques, les risques technologiques, les risques sociétaux, les risques hydrométéorologiques et les risques géologiques. Le travail avec ces centres collaborateurs s'est intensifié.

## **Gavi, l'alliance du vaccin**

202. Le Bureau régional de l'Europe et les bureaux de pays de l'OMS soutiennent la coordination des activités par l'alliance du vaccin (Gavi) dans les pays de la Région européenne éligibles pour une assistance de la part de Gavi. Les bureaux de l'OMS aident les autorités de santé des pays à rédiger des demandes de soutien par Gavi et à établir un plan d'action pour l'introduction de vaccins. En outre, le Bureau régional apporte un appui technique pour la mise en œuvre de programmes de vaccination, y compris pour l'entreposage et la logistique, ainsi que pour la prise de mesures de suivi et d'évaluation.

## **4. Adopter la perspective portant sur toute la durée de la vie et lutter contre les maladies non transmissibles : ne laisser personne de côté**

203. La perspective portant sur toute la durée de la vie tient compte du fait que toutes les étapes de la vie d'une personne sont intimement liées les unes aux autres, à la vie d'autres personnes nées au cours de la même période, et à la vie des générations passées et futures de sa famille. Son objectif étant d'améliorer l'efficacité des interventions aux différentes étapes de la vie, elle se concentre sur un départ dans la vie en bonne santé et sur les besoins des personnes lors des stades critiques de leur existence afin de s'attaquer aux causes, et non aux conséquences, des problèmes de santé.

### ***La perspective portant sur toute la durée de la vie : la priorité à un avenir en bonne santé***

204. Comme mentionné au chapitre 1<sup>er</sup> ci-dessus, l'Initiative HESRi est actuellement mise au point afin de promouvoir et de soutenir l'action politique et l'engagement en faveur de l'équité et du bien-être en matière de santé dans la Région européenne. Elle vise plus précisément à accorder la priorité politique non plus à la description du problème, mais à la notification des progrès et à la prise de mesures permettant d'accroître l'équité en santé. L'une des composantes de l'Initiative HESRi (« Options politiques sur le parcours de vie ») prévoit la publication de notes d'orientation présentant plusieurs « paniers » de politiques fondées sur des données probantes qui se sont avérées efficaces pour accroître l'équité en santé à quatre étapes clés de la vie :

- premières années de vie, enfance et adolescence (de 0 à 17 ans) ;
- jeunes adultes (de 18 à 25 ans) ;

- les années d'activité (de 26 ans jusqu'à la retraite) ;
- l'âge de la retraite.

205. Les « paniers » sont des recueils de politiques recommandées qui s'inspirent des engagements, des plans d'action et des cadres politiques internationaux et nationaux existants. Le choix de la perspective portant sur toute la durée de la vie s'explique par l'accumulation de déterminants multiples et interdépendants de la santé tout au long du parcours de vie qui nuisent davantage à l'équité en santé, en particulier chez les personnes les plus laissées pour compte.

206. Les « paniers » de politiques seront présentés aux responsables politiques sous la forme d'outil et de ressources en ligne afin de soutenir les actions en faveur de l'équité en santé. L'approche est conçue pour : réduire la confusion parmi les responsables politiques et les praticiens quant à la « manière de procéder » ; fournir un cadre clair en vue de guider les actions multisectorielles et interdisciplinaires en faveur de l'équité en santé (« avec qui travailler ») ; et attirer l'attention des décideurs sur la nécessité d'utiliser une combinaison de politiques pour créer les conditions permettant à tous de vivre en aussi bonne santé et éliminer les obstacles qui démotivent (« comment accroître les impacts »).

207. Il est important d'adopter une perspective portant sur toute la durée de la vie pour aplanir les inégalités de santé en raison de la manière dont s'accumulent les problèmes de santé au cours de l'existence, sachant que ces problèmes peuvent cependant être évités ou atténués par la mise en œuvre d'une bonne combinaison d'interventions et de stratégies.

208. Les recommandations visent à dissiper la confusion parmi les responsables politiques et les praticiens sur les méthodes à utiliser pour aplanir les inégalités aux différents stades de l'existence. Les quatre guides fournissent un cadre clair pour évaluer le risque d'inégalité à chaque étape de la vie ainsi que les données probantes et la combinaison d'options politiques qui sont les plus efficaces pour atténuer les inégalités. Ils contiennent des indicateurs de suivi des progrès réalisés en vue de réduire les inégalités, et mentionnent les partenaires et les secteurs clés susceptibles de collaborer à ces efforts.

### **La situation de la santé des enfants et des adolescents en Europe**

209. Un rapport de l'OMS sur la situation de la santé des enfants et des adolescents en Europe a été publié en anglais et en russe, et les données collectées ont été mises à disposition sur le Portail européen d'information sanitaire. Les principales conclusions du rapport sont les suivantes :

- l'obésité infantile et la santé mentale des adolescents sont source de préoccupation majeure dans la Région ;
- l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive inéquitable dans la Région ;
- la promotion de l'allaitement maternel, la réglementation de la commercialisation des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants et l'amélioration de la nutrition scolaire sont nécessaires dans la Région ;
- la plupart des pays ne collectent pas systématiquement des données essentielles sur les enfants et les adolescents, et ne peuvent donc pas s'attaquer aux problèmes de santé.

210. Un article de synthèse a été publié dans le *Lancet*<sup>10</sup> en novembre 2018. Les pays ont reçu chacun un retour d'information sur leur situation. Un soutien est apporté à l'Albanie et à la Roumanie en vue d'élaborer une stratégie dans ce domaine.

### **Des bonnes paroles à la participation significative des jeunes – au-delà de 2020**

211. La stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents adoptée par le CR64 arrive à terme en 2020. Comme première étape de l'élaboration de la nouvelle stratégie, une réunion sur la participation des jeunes a été organisée pour s'assurer que les jeunes participent dès le départ à ce processus.

212. En novembre 2018, une conférence internationale de haut niveau sur la sécurité routière a été organisée par l'ONG Youth for Road Safety (YOURS), avec le soutien du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et du gouvernement maltais. Le groupe d'experts s'est penché sur la participation significative des jeunes à la conception d'un système de mobilité sécurisé, de l'élaboration des politiques à la mise en œuvre et à l'évaluation.

### **Améliorer la qualité des soins dispensés aux enfants et aux adolescents au niveau des soins de santé primaires et hospitaliers**

213. Un nouveau rapport analyse l'étude réalisée récemment en Europe sur la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), et constate que, lorsqu'elle est correctement mise en œuvre, cette stratégie semble contribuer à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans, et améliorer la qualité des soins aux enfants. En même temps, la stratégie PCIME n'est pas considérée comme parfaitement adaptée à la Région européenne, et n'a donc jamais été pleinement mise en œuvre.

214. Les États membres et les parties prenantes ont demandé l'élaboration de lignes directrices thérapeutiques pour les enfants et les adolescents permettant de répondre aux besoins de la Région européenne. À la suite de ces demandes, une consultation a été organisée, et un groupe de rédaction a été créé. Le contenu ainsi rédigé fixera des normes de soins de santé pour la CSU, et établira des programmes de prestations pour les enfants et les adolescents. Les lignes directrices pour le suivi des retards de développement chez le jeune enfant et l'intégration des lignes directrices sur la santé des adolescents constituent d'importantes nouvelles composantes.

215. Le *Livre de poche des soins pédiatriques en hôpital* de l'OMS a été adapté dans plusieurs pays comme norme pour les soins en hôpital, et une application pour smartphone est en cours de développement.

### **Le développement de la petite enfance**

216. Une consultation d'experts techniques s'est tenue en octobre 2018 afin de définir les besoins spécifiques en matière de développement de la petite enfance dans la Région et d'adapter le cadre des « Soins attentifs pour le développement de la petite enfance ».

---

<sup>10</sup> *Child and adolescent health in Europe: monitoring implementation of policies and provision of services* Lancet Child and Adolescent Health, 2018 Dec; 2(12): 891-904. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30286-4.

## **Améliorer l'intégration et la couverture des services de santé pour enfants et adolescents dans le contexte de la CSU**

217. L'analyse de la stratégie PCIME a également révélé que les obstacles rencontrés par les systèmes de santé afin d'assurer des soins de qualité aux enfants et aux adolescents n'avaient pas été suffisamment pris en compte. Une note conceptuelle sur le renforcement des services de santé reproductive, et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au niveau des soins primaires a été élaborée pour la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires (40<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata). Afin d'améliorer la connaissance et la compréhension des services de santé pour enfants et adolescents dispensés dans les pays de la Région européenne au titre de la CSU et, ainsi, de permettre la planification de la couverture universelle pour les enfants et les adolescents, l'examen des prestations et les mesures correctives, des études de cas ont été réalisées en Albanie, en Azerbaïdjan, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en République de Moldova et en Roumanie. Celles-ci ont permis de sonder les progrès réalisés au niveau national en matière d'instauration de la CSU et de programmes de prestations tenant compte de la santé de l'enfant et de l'adolescent, et de recenser les lacunes existantes en matière d'équité. Les évaluations constituent la première étape d'un appui technique ciblé apporté aux pays en vue d'éclairer les politiques de conception de la CSU, et de veiller à ce que les systèmes de santé répondent aux besoins des enfants et des adolescents.

### **Intensifier les services de santé adaptés aux adolescents**

218. Sur la base des normes concernant les services de santé adaptés aux adolescents élaborées par le centre collaborateur de l'OMS pour la santé des adolescents à Lausanne, un matériel didactique destiné à l'enseignement dans le domaine de la santé des adolescents dans les écoles de médecine et de soins infirmiers (collaboration EuTEACH) a été traduit et adapté en russe. En février 2019, un cours de formation pour maîtres formateurs des pays de la CEI a été dispensé en russe en Arménie.

### **Les Écoles-santé : enseignement de la littératie en santé et des comportements sains**

219. Le Réseau européen des Écoles-santé se développe activement, et des séances d'orientation sont organisées sur cette approche dans plusieurs pays d'Europe centrale et orientale. Un groupe de travail a été constitué en vue d'examiner le matériel du Réseau. Le matériel de base, comme le manuel et les outils d'évaluation et un guide sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les écoles ont été mis à jour en vue d'aider les pays européens à adopter les approches de promotion de la santé dans le cadre scolaire et, ainsi, de développer la littératie en santé chez les enfants, de permettre à ces derniers d'acquérir des compétences pratiques, de faire face aux comportements à risque, et de gérer la santé mentale et le bien-être.

220. Un nouveau centre collaborateur de l'OMS pour la recherche en éducation et santé, également titulaire d'une chaire « Éducation & santé » de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, a été désigné à l'Université de Clermont Auvergne en France.

### **Comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé**

221. Le réseau sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) est un réseau de collaboration de l'OMS avec les pays de la Région européenne, dont les activités englobent 48 pays. Il réalise des enquêtes tous les quatre ans. L'une d'entre elles a été menée en 2017-2018. Le Bureau régional a fourni un appui à l'Arménie, à la Géorgie et à la Roumanie.

Des orientations ont été émises à l'adresse de la Bosnie-Herzégovine et du Monténégro, deux États membres aptes à rejoindre le réseau.

222. Des plans d'études ont été élaborés et des analyses de données ont été réalisées en vue de la publication des résultats au début de 2020.

223. Un groupe de travail mixte HBSC/Réseau des Écoles-santé a été créé afin de faire le lien entre les données de l'enquête HBSC sur les comportements de santé des enfants d'âge scolaire et les problèmes recensés dans le contexte du Réseau des Écoles-santé, qui a mis au point et testé des méthodes d'utilisation des données dans le cadre de démarches scolaires avec les élèves, les parents et les enseignants. Cette approche a été mise à l'essai dans trois pays, à savoir la Croatie, l'Écosse (Royaume-Uni) et la Macédoine du Nord.

### ***Renforcer le leadership en matière de politique de santé tenant compte des sexospécificités***

224. Le treizième PGT demande à l'OMS de renforcer son leadership en matière d'égalité des sexes et de droits humains. En 2016 et 2018 respectivement, les États membres européens ont adopté deux stratégies élaborées par le Bureau régional afin de concrétiser et d'opérationnaliser cet engagement : Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS (2016) et Stratégie pour la santé et le bien-être de l'homme dans la Région européenne de l'OMS (2018).

225. Chaque stratégie a été étayée sur un examen de bases factuelles, compilées dans un rapport, et sur des concertations approfondies avec les États membres, les pouvoirs publics locaux, des experts et des partenaires. Une description du processus d'élaboration de la Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne figure dans « Ne laisser personne de côté : rapport de la directrice régionale sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 2016-2017 » (EUR/RC68/5 Rev.1, par. 65 à 71).

226. La Stratégie pour la santé et le bien-être de l'homme dans la Région européenne de l'OMS, adoptée en 2018 par le CR68, était la toute première stratégie de l'OMS sur la santé masculine, et a été qualifiée de novatrice par les délégations présentes. La stratégie contribue au développement d'une compréhension moderne de l'impact des normes, des rôles et des stéréotypes sexospécifiques sur la santé, et de la capacité des politiques de santé tenant compte des sexospécificités à surmonter les obstacles et à accélérer les progrès dans ce domaine.

227. Dans la résolution du Comité régional sur la Stratégie pour la santé et le bien-être de l'homme dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC68/R4), la directrice régionale est priée d'entreprendre la mise en œuvre, le suivi et l'établissement de rapports de situation conjointement avec la Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme adoptée en Stratégie, faisant ainsi le lien entre les deux stratégies dans le contexte d'un cadre d'action global sur les sexospécificités et la santé dans la Région européenne.

228. Les domaines de mise en œuvre prioritaires sont les suivants : rendre les systèmes de santé sensibles à la dimension homme-femme tout en veillant qu'ils soient fondés sur les droits (en mettant l'accent sur les services de soins de santé primaires, la prévention et la maîtrise des MNT, la violence à l'égard des femmes et les soins de longue durée) ; renforcer la promotion de la santé qui bouscule les sexospécificités (en particulier les facteurs de risque et la santé mentale), renforcer les politiques et pratiques qui traitent des effets sanitaires des inégalités

entre les sexes et de la discrimination (violence à l'égard des femmes, traite d'êtres humains, santé sexuelle et reproductive) ; soutenir les initiatives contribuant à renforcer la cohérence entre les politiques en faveur de l'égalité des sexes et les politiques de santé aux niveaux national et sous-national.

### **Mettre davantage l'accent sur la santé des hommes**

229. Le rapport du Bureau régional intitulé *The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach* [La santé et le bien-être de l'homme dans la Région européenne de l'OMS : améliorer la santé en adoptant une approche sexospécifique] (2018), sert de toile de fond à la Stratégie pour la santé et le bien-être de l'homme dans la Région européenne de l'OMS, et a été lancé en septembre 2018 à l'occasion du CR68.

230. Le taux élevé de mortalité prématurée chez les hommes, en particulier dans la partie orientale de la Région fut l'un des éléments à l'origine du surcroît d'attention porté à la santé masculine dans la Région. Bien que les taux de mortalité prématurée s'améliorent lentement dans tous les États membres, on observe d'importantes variations à cet égard. Le taux de mortalité défavorable des hommes en âge de travailler a un profond impact démographique, économique et politique sur la Région.

231. Les données du rapport montrent par les MNT, les traumatismes et les problèmes mentaux ont un impact important sur la santé de l'homme dans la Région. L'utilisation des services de santé par les hommes diffère de celle des femmes. Les types de comportements sains favorisés par les hommes sont également différents de ceux des femmes.

232. Le rapport a permis à la Région de mettre davantage l'accent sur la santé et le bien-être des hommes, en présentant non seulement des informations plus détaillées sur les causes de la mortalité prématurée et des problèmes de santé dans la population masculine, mais aussi en permettant de mieux comprendre le rôle du genre dans les comportements de santé.

233. La stratégie vise à améliorer la santé et le bien-être de l'homme par l'adoption d'approches tenant compte des sexospécificités. Ses objectifs sont les suivants : faire reculer la mortalité prématurée due à des MNT et à des traumatismes intentionnels ou non chez l'homme ; lutter contre les inégalités en matière de santé physique et mentale et de bien-être entre les hommes de tous les âges, tant à l'intérieur des pays que dans toute la Région ; et améliorer l'égalité entre les sexes en incitant les hommes à s'autoadministrer des soins, à exercer leur paternité, à dispenser des soins non rémunérés, à prévenir la violence et à veiller à la santé sexuelle et reproductive.

### ***Une action audacieuse s'impose pour vieillir en bonne santé dans la Région***

234. La population de la Région vieillit rapidement : la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus devrait atteindre 27 % d'ici 2050. La Région est donc confrontée à des problèmes de santé touchant généralement les personnes âgées, tels que les maladies chroniques multiples, les troubles mentaux et cognitifs, les traumatismes et la violence. De plus, les stéréotypes liés à l'âge sont encore très répandus. Pour relever ces défis, une grande majorité de pays européens ont intégré le vieillissement en bonne santé dans leurs politiques et stratégies nationales. En outre, au cours de la période 2018-2019, les questions liées au vieillissement ont continué d'être prises en compte dans un large éventail de programmes, stratégies et plans d'action du Bureau

régional comme, par exemple, dans un rapport intitulé « La santé des réfugiés et des migrants âgés » (2018), dans la Stratégie pour la santé et le bien-être de l'homme dans la Région européenne de l'OMS, ainsi que dans les soins de santé de longue durée intégrés et centrés sur la personne dispensés aux personnes âgées.

235. En décembre 2018, des experts internationaux, des responsables gouvernementaux, des représentants d'associations professionnelles et des observateurs de 27 pays se sont réunis à Almaty (Kazakhstan) pour un atelier de trois jours sur la prestation intégrée de services sociaux et de santé pour les personnes âgées intitulé « Aller de l'avant dans l'intégration des soins de longue durée pour les personnes âgées dans la Région européenne de l'OMS : bien faire les choses et vite ».

236. Cette réunion a été organisée conjointement par le Centre de l'OMS pour les soins de santé primaires, le programme Vieillesse en bonne santé, incapacités et soins de longue durée, et le programme Genre et Santé. Cet événement, le premier du genre, a permis de réunir des représentants des axes d'intervention sur la prestation de services de santé, le vieillissement en bonne santé et l'égalité des sexes. Les participants ont examiné à cette occasion les tendances des réformes des soins de longue durée en Europe et les résultats préliminaires des évaluations nationales, et fait état des pratiques innovantes dans les pays.

237. En février 2019, des experts nationaux de plus de 30 pays de la Région, réunis à Moscou (Fédération de Russie), ont plaidé en faveur de la prise de mesures audacieuses en vue de promouvoir le vieillissement en bonne santé et d'investir dans un avenir où toutes les personnes âgées auront la liberté de mener une vie active en bonne santé qui leur permettra de continuer à faire ce qui leur tient à cœur.

238. Le renforcement des systèmes de santé de manière à ce qu'ils soient davantage centrés sur la personne et moins fragmentés est essentiel pour répondre aux besoins des personnes âgées. Reconnaissant que le vieillissement en bonne santé exige la participation de l'ensemble des secteurs (en particulier les autorités de la santé et de la protection sociale qui, ensemble, veillent à ce que personne ne soit laissé de côté), les participants ont examiné une approche intégrée des soins et ont convenu de domaines d'action prioritaires.

239. L'Association russe des villes, districts et villages membre du Réseau européen des Villes-santé de l'OMS a mis en lumière les pratiques efficaces auxquelles ont recours les villes de la Fédération de Russie. Les habitants jouissent des conditions d'un vieillissement actif grâce à l'éducation permanente, aux voyages, au volontariat, aux possibilités d'emploi qui leur sont offertes ainsi qu'à l'activité physique. Le mouvement des villes et communautés amies des aînés, soutenu par le Bureau régional soutient, ne cesse de croître. Les membres du groupe de travail sur le vieillissement en bonne santé du Réseau européen des Villes-santé se sont réunis en mai et octobre 2018.

240. Le vieillissement en bonne santé figurera parmi les priorités du programme mondial d'action sanitaire de ces dix prochaines années, avec l'intention de lancer une Décennie du vieillissement en bonne santé entre 2020 et 2030. Le Bureau régional continue de participer à l'élaboration de certains des outils mondiaux nécessaires à cette fin, eu égard notamment aux systèmes intégrés de soins de longue durée et aux questions relatives au personnel de santé des services pour personnes âgées. Un rapport de situation complet sur la mise en œuvre de la Stratégie et du plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe 2012-2020 est actuellement

rédigé. Il sera basé sur une enquête consacrée aux politiques des États membres, qui aura lieu en septembre 2019.

### ***Promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs***

241. En 2016, le Comité régional a adopté le Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive : mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en Europe – ne laisser personne de côté (2016).

242. En août 2018, le Bureau régional a organisé, en étroite collaboration avec l'Agence suédoise de santé publique de Suède et le Bureau régional pour l'Europe de l'Est et l'Asie centrale du Fonds des Nations Unies pour la population, une réunion régionale avec la participation de 25 pays sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action et les problèmes rencontrés. Les incidences du plan d'action sur la CSU ont été examinées avec des responsables politiques et des experts des États membres. Ce fut aussi l'occasion de définir l'appui technique que doivent apporter le Bureau régional et les partenaires.

243. La réunion régionale a débouché sur des marques d'intérêt et davantage de demandes d'appui de la part des États membres en vue de l'évaluation des stratégies existantes et de l'élaboration de nouvelles stratégies, témoignant ainsi de la volonté des États membres d'accélérer la mise en œuvre du plan d'action. En 2017-2018, la France, la Géorgie et la République de Moldova ont élaboré et approuvé de nouvelles stratégies. L'Azerbaïdjan, l'Espagne, le Kirghizistan, la Macédoine du Nord, le Tadjikistan et le Turkménistan, ainsi qu'un certain nombre d'autres pays, ont entamé un processus d'élaboration de nouvelles stratégies et de nouveaux plans d'action en matière de santé sexuelle et reproductive. Des examens des politiques et programmes mis en place au niveau national dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et de la santé publique ont été effectués dans plusieurs pays afin d'établir leurs liens avec les stratégies mondiales et régionales en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs.

### **Mieux intégrer la santé et les droits sexuels et reproductifs dans la CSU**

244. Pour réaliser les objectifs du Programme 2030, il est essentiel d'intégrer la santé et les droits sexuels et reproductifs dans la CSU. Pour ce faire, il faut à la fois un engagement politique et des politiques bien définies et cohérentes.

245. Le Bureau régional a procédé à des évaluations nationales des politiques en matière de santé sexuelle et reproductive dans le contexte de la CSU, des catalyseurs des systèmes de santé et des obstacles à la prestation de services aux femmes et aux adolescents dans six pays d'Europe orientale et d'Asie centrale (Albanie, Azerbaïdjan, Kazakhstan, Kirghizistan, République de Moldova et Roumanie). Les études de cas par pays élaborées à la suite de ces évaluations décrivent :

- les politiques en matière de CSU et l'ensemble de services de santé sexuelle et reproductive ;
- comment la prestation de services peut garantir l'accès des adolescents et des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment les services sensibles comme l'avortement sans risque ;
- les politiques en matière d'éducation complète à la sexualité ;

- la protection financière des services essentiels à la santé des adolescents et des femmes ;
- comment les politiques relatives à la CSU tiennent compte, dans leur conception, des inégalités entre les sexes et des inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive.

246. Ces études de cas par pays aideront les États membres à renforcer leurs politiques et les ripostes de leur système de santé afin de parvenir progressivement à l'accès universel à des services de santé et de droits sexuels et reproductifs de qualité. L'outil et la méthodologie d'évaluation peuvent être utilisés systématiquement dans les pays de la Région européenne afin d'évaluer la réalisation progressive des droits en matière de santé sexuelle et reproductive dans le contexte de la CSU, ainsi que les interventions mises en œuvre par les systèmes de santé en vue de répondre aux besoins de tous dans ce domaine.

### **Promouvoir les politiques d'éducation complète à la sexualité pour améliorer l'environnement favorable au développement de compétences dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive**

247. L'éducation complète à la sexualité contribue au développement sexuel et général des enfants et des jeunes. La mise en œuvre de politiques d'éducation complète à la sexualité est facilitée par le renforcement des capacités permettant de la dispenser.

248. En réponse aux demandes des États membres pour davantage de recommandations dans ce domaine, le Bureau régional et le Centre fédéral d'éducation sanitaire (BZgA (Allemagne), un centre collaborateur de l'OMS pour la santé sexuelle et reproductive) ont élaboré une publication intitulée *Training matters: A framework for core competencies of sexuality educators* [La formation, ça compte : un cadre pour les compétences de base des éducateurs en matière de sexualité] (2017) ainsi qu'un programme de formation. Un groupe restreint d'éducateurs en matière de sexualité de plusieurs pays d'Europe orientale et d'Asie centrale a été chargé de concevoir des politiques et de dispenser une formation à des collègues. Le programme de formation et le cadre pour les compétences de base permettront aux pays d'adapter le programme de formation à leur contexte national.

### **Aider les pays à lutter contre les mortinaissances, la mortalité maternelle et la mortalité néonatale**

249. Bien que de nets progrès aient été accomplis dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans la Région, il est essentiel de comprendre le nombre et les causes des mortinaissances et des décès néonataux afin de trouver les moyens de prévenir les situations de pertes périnatales à l'avenir.

250. La méthodologie de l'OMS qui consiste à vérifier la mortalité périnatale et à prendre des mesures correctives aux niveaux national et des établissements de santé s'est avérée efficace pour recenser (et agir sur) les facteurs potentiellement modifiables qui contribuent au décès du nouveau-né ou à la mortinaissance, tout en améliorant la pratique professionnelle et les résultats sanitaires.

251. En décembre 2018, le programme Santé sexuelle et reproductive du Bureau régional a organisé un atelier de trois jours sur le renforcement des capacités des experts régionaux pour la réalisation des études sur la mortalité périnatale. Celui-ci qui a réuni 21 experts de la Fédération de Russie, de Géorgie, d'Italie, du Kazakhstan, de Lettonie, de Macédoine du Nord,

d'Ouzbékistan, de la République de Moldova et d'Ukraine, ainsi que des représentants des centres collaborateurs de l'OMS et de l'UNICEF, afin de renforcer les capacités fondamentales dans la Région et d'encourager l'application de cette méthodologie dans les pays européens.

252. L'application de la méthodologie « Au-delà des Nombres » visant à mettre fin aux décès maternels évitables a été examinée, et un plan d'action pour la viabilité de cette méthodologie a été élaboré à l'intention des pays de la Région affichant un important taux de mortalité maternelle.

### **Lutte contre « l'épidémie » de césariennes inutiles**

253. Le recours aux césariennes lors de l'accouchement a très fortement augmenté au cours de ces 20 dernières années, pour atteindre des proportions qualifiées « d'épidémiques » : lors d'une conférence internationale organisée en décembre 2018, les exposés présentés par les pays de la Région ont révélé des taux de césarienne allant de 7 à 51 %. Bien que cette opération soit vitale lorsque des complications surviennent pendant la grossesse et l'accouchement, quand le pourcentage de césariennes est supérieur à 10-15 %, rien ne permet de penser que cette intervention contribue à réduire la mortalité maternelle et néonatale. Les mères n'étaient pas toujours au courant des risques potentiels associés à la césarienne pour leurs bébés comme pour elles-mêmes.

254. Afin d'inverser cette tendance inquiétante, le Bureau régional a réuni des représentants des États membres, des responsables politiques, des spécialistes des systèmes de santé et des experts en santé maternelle et périnatale de 20 pays lors d'une conférence internationale tenue à Tbilissi (Géorgie) afin de convenir des moyens de réduire les césariennes inutiles dans la Région. L'ouvrage récemment publié *WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections* [Recommandations de l'OMS relatives aux interventions non cliniques visant à éviter les césariennes inutiles] a servi de base aux discussions.

255. Le Bureau régional fournit un appui contextuel aux pays en vue de recenser et d'analyser les groupes de femmes ayant le plus et le moins contribué aux taux de césariennes, de comparer les pratiques et la qualité des soins entre les services de santé, d'examiner les incitations financières et les autres facteurs du système de santé, de mener des recherches sur la mise en œuvre afin de recueillir des données probantes sur les interventions, d'aider à formuler un plan d'action et des recommandations, et d'évaluer l'efficacité des interventions visant à optimiser le taux des césariennes.

### **Le programme Santé en prison de l'OMS – un cadre pour la promotion de la santé**

256. On estime que six millions de personnes sont incarcérées chaque année dans la Région. Le milieu carcéral peut permettre de réaliser des interventions et des traitements préventifs à des personnes qui, auparavant, n'avaient qu'un accès limité ou aucun accès aux soins de santé et à un mode de vie sain. Cependant, la prévalence des maladies est beaucoup plus élevée chez les détenus que dans la population générale.

257. L'incarcération fournit au secteur de la santé publique une occasion cruciale, quoique regrettable, d'améliorer l'accès aux services de santé pour les personnes qui en ont particulièrement besoin et peuvent se heurter à d'importants obstacles à cet égard dans la communauté, de recenser les besoins de santé non satisfaits et de commencer un traitement. Étant donné le nombre de personnes incarcérées chaque année dans le monde, l'amélioration

de la santé des détenus s'avère importante pour la santé mondiale, la santé publique et la réduction des inégalités de de santé.

258. En 2018, le programme Santé en prison du Bureau régional a mis en ligne la Base de données européenne sur la santé en prison à l'intention du public. Celle-ci contient des données précieuses et comparables pour les responsables politiques, les praticiens et les universitaires sur l'état de la santé en prison dans la Région européenne. La base de données peut aider les États membres à recenser les domaines où des efforts préventifs et thérapeutiques sont nécessaires. Elle a été produite avec l'aide financière du ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé.

259. Lors de la Sixième Conférence sur la santé en prison tenue à Helsinki (Finlande) en mars 2019, le Bureau régional a lancé un rapport intitulé *Health in prisons: fact sheets for 38 European countries* [La santé en prison : aide-mémoire pour 38 pays européens] qui fait la synthèse de plusieurs indicateurs correspondant aux huit domaines de la Base de données européenne sur la santé en prison, et rend compte des systèmes et services de santé en prison dans la Région. Ces données serviront de base à l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes relatives aux systèmes et aux services de santé en prison en Europe, notamment leur relation avec les politiques d'ordre plus général en matière d'inégalités de santé et de CSU.

260. Le programme Santé en prison fait figure de précurseur dans la production de données probantes et d'expérience en vue d'une éventuelle application au-delà de la Région européenne. En 2018, le programme a été invité à représenter l'OMS à la vingt-septième session de la Commission pour la prévention du crime et la justice pénale de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, où il a effectué des exposés dans deux réunions parallèles sur des questions liées à la santé en prison. Il a été également convié à collaborer à l'Étude mondiale des Nations Unies sur les enfants privés de liberté qui sera soumise à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2019, la santé constituant un thème transversal.

### ***Lutter contre les MNT et leurs facteurs de risque***

261. Des six Régions de l'OMS, la Région européenne est celle qui est la plus touchée par les MNT, et la progression de ces dernières est considérable. L'impact des principales MNT (diabète, maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques et troubles mentaux) est tout aussi alarmant : selon les estimations, ces cinq pathologies représentent ensemble 86 % des décès et 77 % de la charge de morbidité dans la Région.

### ***La Conférence de haut niveau sur les MNT***

262. La première Conférence européenne de haut niveau sur les MNT s'est tenue à Achgabat (Turkménistan), en décembre 2013. Elle a abouti à l'adoption de la Déclaration d'Achgabat sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020, plus tard adoptée par le CR64. La Déclaration a marqué une étape importante pour la Région.

263. En avril 2019, les 53 États membres de la Région européenne ont été à nouveau invités à Achgabat afin d'assister à la Conférence européenne de haut niveau de l'OMS sur les MNT. Les participants ont à cette occasion joint le geste à la parole en faisant des pauses actives de deux minutes pendant les séances plénières et des exercices d'étirements aérobiques simples sous la direction d'un coach professionnel. Les déjeuners et les collations comprenaient une

grande variété d'aliments frais et sains faibles en sucre, en sel et en matière grasse. Cette démarche a contribué à dynamiser les participants tout au long de l'événement.

264. La Région européenne joue depuis longtemps un rôle de chef de file dans la lutte contre les MNT, et elle est actuellement en bonne voie d'atteindre la cible 3.4 des ODD : « d'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être ». Cependant, des avancées supplémentaires sont nécessaires face à des problématiques telles que le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'obésité, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique, l'hypertension et le diabète. De nouvelles mesures audacieuses doivent aussi être prises afin d'intensifier l'adoption des meilleurs choix.

265. Bien que la Région européenne soit championne de la lutte mondiale contre les MNT, la réalisation des ODD pour 2030 reste un défi. Il ne reste que 11 ans pour atteindre ces objectifs, et il est temps d'examiner les progrès réalisés et de décider des prochaines étapes. Afin d'atteindre la cible de réduction d'un tiers de la mortalité prématurée due à des MNT (ODD 3.4), les pays doivent intensifier la mise en œuvre des meilleurs choix, en tirant parti des engagements politiques pris à la troisième Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT et en honorant ces engagements. En avril 2019, lors de la Conférence européenne de haut niveau de l'OMS sur les MNT à Achgabat, il a été question de la mise en œuvre, au niveau national, des engagements pris à l'échelle mondiale et régionale, et ce de manière intersectorielle, avec de multiples intervenants et dans différents cadres.

266. La Région a réussi à maintenir une réduction annuelle de 1,5 % de la mortalité prématurée due aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques. Cependant, bien que les taux de réussite obtenus dans l'allègement de la charge des MNT dans la Région aient suscité un optimisme prudent, les progrès sont inégaux dans et entre les pays, ainsi qu'entre les différents groupes à risque. Pour atteindre l'ODD 3.4, nous devons combler l'écart entre les pays d'Europe orientale et occidentale en matière de taux de mortalité et de morbidité dus aux MNT. En effet, si les pays d'Europe occidentale à revenu élevé arrivent à réduire constamment la mortalité, plusieurs pays d'Europe centrale et orientale accusent un retard d'au moins 20 ans, même si la situation s'améliore nettement à cet égard. Une évaluation plus précise des principaux déterminants sociaux et économiques des MNT dans ces pays ainsi qu'une intervention plus spécifique à cet égard seront nécessaires si l'on veut modifier les causes sous-jacentes.

### **La lutte antitabac : un puissant moyen d'améliorer la santé publique**

267. Le 27 juin 2018, les conditions étaient réunies pour l'entrée en vigueur du premier instrument juridiquement contraignant adopté au titre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, à savoir le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, qui ouvre la voie à l'élimination de ce genre de commerce.

268. Avec la ratification par le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, le protocole a atteint le nombre de parties nécessaire à son entrée en vigueur. Il s'agit d'une étape importante dans l'histoire de la lutte antitabac, dans la mesure où le protocole contient toute une série de mesures de lutte contre le commerce illicite de produits du tabac, réparties en trois catégories : la prévention du commerce illicite, la promotion de la détection et de la répression, et l'établissement de la base juridique de la coopération internationale.

269. Comme indiqué plus haut, en novembre 2018, l'Assemblée interparlementaire des États membres de la CEI a décidé, lors de sa 48<sup>e</sup> session plénière, de soutenir la ratification du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac de l'OMS par les parlements nationaux.

270. Plusieurs personnalités et organisations de la Région européenne ont été récompensées lors de la Journée mondiale sans tabac qui s'est concentrée en 2018 sur le tabac et les maladies cardiaques, et en 2019 sur le tabac et la santé pulmonaire.

271. En mai 2018, une nouvelle législation contre le tabac est entrée en vigueur en Géorgie. Elle est le résultat de plusieurs années de soutien en coulisse de la part de partenaires nationaux et internationaux, dont l'OMS. L'OMS a apporté un soutien pratique à l'adoption et à l'application de cette nouvelle législation, notamment :

- une assistance technique pour l'élaboration, au niveau sous-législatif, de textes normatifs concernant les mises en garde sanitaires, l'emballage normalisé et la protection de la politique antitabac de l'État contre l'ingérence de l'industrie du tabac et d'autres ;
- l'élaboration d'un plan d'action national consolidé ;
- la conception et la réalisation d'une campagne de communication ;
- une visite d'étude en Roumanie pour des organismes géorgiens chargés de l'application de la loi ;
- la préparation d'un guide pour la mise en œuvre de la réglementation antitabac ;
- la formation de formateurs du ministère de l'Intérieur et d'autres acteurs concernés et organismes chargés de l'application de la loi, et l'élaboration de modules de formation pour les officiers de police ;
- la coordination des activités multisectorielles.

272. Dans le cadre de l'appui global, l'OMS a formulé, en étroite collaboration avec le secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et Programme des Nations Unies pour le développement, un argumentaire d'investissement en faveur de la lutte antitabac en Géorgie. Il s'agissait du premier argumentaire de ce type dans le monde. Les résultats de cette analyse ont été remis aux autorités nationales le 27 février 2017.

273. Les efforts de lutte antitabac ont été en outre renforcés en 2018 dans la Région par la décision du Kirghizistan de déclarer pour la première fois les 3<sup>e</sup> Jeux mondiaux nomades, organisés chez lui, comme événement sans tabac. L'assistance technique et l'appui financier de l'OMS pour les activités « sans tabac » des Jeux ont été fournis en vertu de l'accord de collaboration biennal conclu pour 2018-2019 entre le ministère de la Santé du Kirghizistan et l'OMS. Il s'agissait de conseils techniques et d'une aide au ministère de la Santé pour élaborer le concept de l'interdiction de fumer et un plan d'action, ainsi que de l'organisation d'un certain nombre de formations à l'intention du personnel du secrétariat des Jeux, des bénévoles, du personnel médical et des officiers de police. Ces formations portaient sur l'interdiction de fumer, les raisons qui la motivaient et l'information aux participants et aux visiteurs à ce sujet. L'OMS a aussi apporté son concours sous la forme d'exercices de simulation de rassemblements de masse et de séances de préparation aux situations d'urgence, qui ont aidé les autorités nationales à renforcer la sécurité sanitaire et à accroître les capacités nationales afin de réduire au maximum les risques sanitaires durant les Jeux.

274. Aux Pays-Bas, les zones fumeurs ont été interdites sur décision judiciaire dans les restaurants, les bars et les cafés, ce qui était autorisé à titre exceptionnel depuis 2008. La Cour a jugé que cette exception pour les fumeurs est contraire à la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac, qui a été ratifiée par les Pays-Bas. Il est évident que les environnements sans fumée améliorent la santé du personnel et de la clientèle, tout en accroissant les moyens financiers de cette dernière, deux facteurs favorables pour l’avenir du secteur de l’hôtellerie et de la restauration.

275. Une nouvelle loi antitabac a été signée par le président du Tadjikistan en janvier 2018. Elle s’applique à tous les produits du tabac, y compris les cigarettes et les cigares ainsi que les pipes à eau, les cigarettes sans fumée et les cigarettes électroniques.

276. Le parlement azerbaïdjanais a adopté une nouvelle loi sur la lutte antitabac que le président a signée par la suite. Il s’agit d’une avancée importante dans la protection de l’ensemble de la population, en particulier des enfants et des jeunes, contre le tabagisme et l’exposition à la fumée du tabac.

277. La Turquie a franchi une étape importante dans la lutte antitabac en adoptant un amendement qui introduit l’emballage neutre pour tous les produits du tabac en décembre 2018. L’OMS a fourni une assistance technique à la Commission de la santé, de la famille, du travail et des affaires sociales du Parlement turc et au ministère de la Santé pour la rédaction de l’amendement conformément aux lignes directrices de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac.

278. Une série d’études expérimentales naturelles, menées par le Bureau régional et présentées dans un supplément de la revue « European Journal of Public Health », sont parmi les premières à utiliser des techniques nouvelles et plus robustes en vue d’évaluer les impacts des politiques nationales et des interventions de santé publique sur la prévention et la maîtrise des MNT. Les études ont été élaborées avec des équipes de recherche désignées par les ministères de la Santé. Grâce à des approches pragmatiques, elles ont évalué les interventions de santé publique permettant de prévenir les maladies chroniques. Cet exercice vise le renforcement des capacités ainsi que l’instauration d’une culture afin d’améliorer les données probantes en santé publique et d’accroître leur influence.

279. Un nouveau rapport du Bureau régional intitulé European tobacco use – trends report 2019 [L’usage du tabac en Europe – rapport sur les tendances 2019] confirme que l’usage du tabac reste un problème de santé publique de la plus haute importance. C’est particulièrement vrai dans la Région européenne, qui affiche la plus forte proportion de consommation de tabac dans le monde avec, selon les estimations, 209 millions de fumeurs (soit 29 % de la population). Le rapport souligne la nécessité pour les États membres d’intensifier l’action préventive, allant d’interventions sanitaires au marketing, en passant par la politique fiscale ou le renforcement de la réglementation. Les pays devraient envisager d’inscrire la lutte antitabac dans le programme de développement durable et de l’aborder sous l’angle des droits de l’homme. Ainsi peut-on contribuer à attirer de nouveaux partenariats, et à impliquer d’autres intervenants dans la lutte antitabac, au-delà des ministères de la Santé et des organismes de santé publique.

280. Si les problèmes posés par les produits du tabac sans fumée à la santé publique sont complexes généralisées, ils n’ont jusqu’à présent reçu qu’une attention limitée au niveau mondial. Dans la Région européenne, deux populations ont une longue tradition de consommation de tabac sans fumée : les populations des pays scandinaves, en particulier en Suède, où le snus est

traditionnellement consommé, et celles des pays d'Asie centrale comme le Kirghizistan et l'Ouzbékistan, où le nasvay est la forme la plus utilisée du tabac sans fumée. Grâce à un financement de la Fédération de Russie et du Turkménistan, le Bureau régional a publié *Report on the consumption and approaches to the regulation of nasvay in the Commonwealth of Independent States* [Rapport sur la consommation et les approches en matière de réglementation de nasvay dans la Communauté des États indépendants] (2018), qui examine les dernières données sur la prévalence du tabagisme sans fumée et explique les interventions politiques disponibles dans ce domaine.

### **L'alcool : réduire la mortalité qui lui est associée et promouvoir les solutions politiques**

281. La Région européenne a les niveaux de consommation d'alcool les plus élevés au monde : 10,1 % de l'ensemble des décès et 10,8 % de la totalité des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) perdues dans la Région sont attribuables à la consommation d'alcool. Or, le niveau de sensibilisation aux liens entre la consommation d'alcool et certaines maladies reste peu élevé, comme par exemple le risque accru de cancer. L'OMS a profité de la Journée mondiale contre le cancer en février 2018 pour expliquer que l'alcool est un cancérigène du groupe 1, et mettre en évidence la relation linéaire positive existant entre la consommation d'alcool et le risque accru de cancer, en appelant à la mise en œuvre de mesures efficaces en vue de réduire la consommation globale d'alcool.

282. Cette initiative a été suivie d'un cours de formation sur le rôle de l'alcool dans les MNT et les accidents de la route, organisé à Moscou du 12 au 15 mars 2018. Le cours de 4 jours a rassemblé 44 participants des pays de l'Union économique eurasiatique et d'autres nouveaux États indépendants (NEI), et avait pour but d'aider les États membres à améliorer l'action nationale et la collaboration en vue de promouvoir les avantages accessoires des pratiques juridiques, d'application des lois et de marketing social dans la prévention des MNT et de la conduite en état d'ébriété.

283. En septembre 2018, le Bureau régional a lancé un rapport sur les comportements liés à l'alcool chez les adolescents qui examine les tendances de la consommation d'alcool entre 2002 et 2014. Le rapport révèle que la consommation d'alcool a diminué chez les adolescents en Europe. Cependant, malgré ce recul, les niveaux de consommation restent dangereusement élevés et continue de poser un problème majeur de santé publique. Près de 30 % des jeunes de 15 ans ont encore déclaré avoir commencé à consommer de l'alcool à l'âge de 13 ans ou moins.

284. À la fin de 2018, dans le cadre du projet MOPAC (Suivi des politiques nationales relatives à la consommation d'alcool et à la réduction des risques), une initiative efficace de l'OMS et de la CE qui a permis d'obtenir des données comparables et des indicateurs harmonisés sur la consommation, les méfaits de l'alcool et les politiques, l'OMS a organisé deux réunions importantes avec les États Membres et lancé plusieurs publications. La première réunion, qui s'est tenue en octobre 2018, visait à soutenir 11 États membres dans leurs efforts visant à renforcer la surveillance de l'alcool et à améliorer les processus nationaux d'estimation de la consommation d'alcool et de la charge de morbidité liée à l'alcool.

285. La deuxième réunion a été organisée à Édimbourg (Royaume-Uni) le 19 novembre 2018. L'OMS a présenté à cette occasion les conclusions du projet, à savoir que les méfaits causés par l'alcool sont encore importants, et que leur réduction nécessitera des efforts supplémentaires.

286. Au cours de cet événement, le Bureau régional a lancé une Fact sheet on alcohol-related mortality and policy responses in all EU Member States, Norway and Switzerland [Aide-mémoire sur la mortalité liée à l'alcool et l'action politique dans tous les États membres de l'UE, en Norvège et en Suisse] et des aide-mémoire sur la consommation d'alcool, les méfaits et l'action politique pour 30 pays européens.

287. Les aide-mémoire par pays présentent des données sur la consommation, les méfaits et la mise en œuvre des politiques pour 2016 dans chacun des 30 pays, l'objectif étant d'aider les décideurs nationaux à définir de nouvelles priorités dans le domaine de l'alcool et de la santé publique. Ils présentent également, pour la première fois, un aperçu individuel des scores des indicateurs composites pour les dix domaines d'action visant à réduire la consommation nocive d'alcool.

288. En janvier 2019, le Bureau régional a organisé un processus de consultation impliquant à la fois les États membres et la société civile afin de réexaminer la mise en œuvre des domaines d'action définis dans le Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020, et de se pencher sur les progrès accomplis, les obstacles et la voie à suivre. L'accent a été mis sur la mise en œuvre des « meilleurs choix » de l'OMS, où les données montrent clairement que des améliorations sont possibles. Les politiques de tarification ont été les moins performantes à cet égard.

289. En 2018, le Bureau régional a aidé plusieurs États membres à renforcer leurs politiques en matière d'alcool, en participant à plusieurs publications nationales telles qu'une synthèse de bases factuelles sur la politique en matière d'alcool pour la République de Moldova ou l'argumentaire d'investissement dans la lutte contre les MNT à l'adresse de l'Ouzbékistan.

290. La consommation d'alcool dans la Région européenne est la plus élevée au monde. En 2016, la Région accusait la plus forte proportion de mortalité (10,1 % de l'ensemble des décès) et d'AVCI (10,8 % de la totalité des AVCI) dues à la consommation d'alcool. Lors d'une réunion tenue à Moscou (Fédération de Russie) en octobre 2018, l'OMS a présenté plusieurs instruments afin d'aider les États membres à renforcer la surveillance de l'alcool et à améliorer les processus nationaux d'estimation de la consommation d'alcool et de la charge morbidité attribuable à l'alcool. Il s'agissait notamment d'un nouveau processus accéléré de suivi annuel de la consommation d'alcool dans la Région ainsi que d'un nouveau logiciel conçu afin d'accroître la précision des estimations de la mortalité et de la morbidité attribuables à l'alcool. Le logiciel présenté à la réunion, le Modèle international des politiques et des méfaits de l'alcool, est un outil libre d'accès conçu pour être utilisé par les équipes internationales de recherche sur l'alcool pour l'estimation des méfaits et la modélisation de scénarios politiques.

291. Une nouvelle initiative de politique en matière d'alcool, SAFER, présentée au cours de la réunion, se concentre sur les cinq domaines clés de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool :

- restriction de la disponibilité ;
- amélioration des mesures de lutte contre l'alcool au volant ;
- dépistage et interventions brèves ;
- politiques globales de marketing et de publicité ;
- augmentation des prix des boissons alcoolisées.

292. Parmi les exemples de bonnes pratiques dans la mise en œuvre des politiques relatives à l'alcool, citons les efforts consentis par l'Écosse (Royaume-Uni) afin d'introduire un prix unitaire minimum, applicable depuis mai 2018 et pour lequel l'Écosse a obtenu la toute nouvelle récompense pour sa « contribution exceptionnelle à la réduction des MNT » ; et l'Estonie, où de nouvelles réglementations concernant la disponibilité, le prix et le marketing de l'alcool (publiées dans le numéro de septembre 2018 de *Public Health Panorama*) ont permis au pays de recevoir le « European Award for Reducing Alcohol Harm » [prix européen pour la lutte contre les méfaits liés à l'alcool] lors de la 8<sup>e</sup> Conférence européenne sur les politiques en matière d'alcool.

### **La nutrition : progrès et défis**

293. En 2018, une étude réalisée par le Bureau régional en collaboration avec une équipe de l'Université de Leeds (Royaume-Uni) a passé en revue les enquêtes nationales sur l'alimentation réalisées dans les 53 États membres de la Région, et évalué les apports nutritionnels chez l'enfant et l'adolescent par rapport à ceux recommandés par l'OMS. L'étude a révélé un manque de données à ce sujet, avec des incohérences dans les données notifiées et des variations entre les pays eu égard aux groupes d'âge et au nombre et au type de nutriments faisant l'objet d'une communication. En outre, de nombreux pays ne notifiaient pas les données par sexe chez les groupes d'âge les plus jeunes.

294. L'étude a montré que la majorité des lacunes en matière de communication des données concernait les pays d'Europe centrale et orientale, et que la sous-notification était fréquente, ce qui pouvait conduire à une sous-estimation des problèmes liés à la nutrition dans l'ensemble des pays.

295. Étant donné l'importance des données fiables et facilement accessibles pour l'adaptation des politiques aux besoins nationaux et l'amélioration des régimes alimentaires dans la Région, les enquêtes nationales sur la nutrition et la santé restent la meilleure source d'information sur les facteurs de risque alimentaire. Dans de nombreux cas, les efforts déployés par le Bureau régional en vue d'aider les pays à atteindre les ODD sont entravés par le manque de données. « L'OMS a encouragé la réalisation d'enquêtes nationales sur l'alimentation afin d'obtenir des données pertinentes et, ainsi, d'éclairer les politiques de lutte contre toutes les formes de malnutrition, un problème toujours aussi inquiétant dans la Région.

296. Le rapport intitulé *Better food and nutrition in Europe – Progress report* [Améliorer l'alimentation et la nutrition en Europe – rapport de situation] (2018) présente un ensemble de données épidémiologiques sur l'état nutritionnel des populations de la Région ainsi que des informations sur l'application des politiques recommandées dans les cadres régionaux et mondiaux en vue de promouvoir une alimentation saine et de prévenir l'obésité. La mise en œuvre des politiques clés s'est considérablement améliorée ces dernières années, avec des progrès substantiels dans des domaines tels que l'alimentation scolaire, la reformulation des produits alimentaires, les mesures fiscales et la surveillance de l'obésité infantile.

297. Parmi les domaines accusant un retard à cet égard et nécessitant par conséquent davantage d'attention, il convient notamment de mentionner l'étiquetage sur le devant des emballages et les restrictions générales en matière de commercialisation et de marketing. On pourrait également redynamiser ou développer les activités dans d'autres domaines tels que le soutien à l'allaitement maternel et les bonnes pratiques d'alimentation complémentaire. Le rapport met en avant des différences entre les pays en ce qui concerne la portée et l'étendue des politiques.

La reformulation des aliments constitue un exemple éloquent à cet égard : certains pays ont adopté une stratégie minimale, et d'autres une stratégie plus ambitieuse. Des approches plus audacieuses en matière de politique alimentaire et nutritionnelle pourraient s'avérer nécessaires dans les années à venir si nous voulons atteindre les ODD et les cibles connexes, tel que convenu par les gouvernements de la Région européenne.

298. Un autre projet visant à évaluer la riposte des systèmes de prestation de soins de santé face à l'épidémie d'obésité infantile dans 19 États membres de la Région a permis de collecter des données primaires grâce à un questionnaire administré aux parties prenantes et aux experts concernés dans le cadre du réseau de l'Initiative de l'OMS pour la surveillance de l'obésité infantile en Europe. Un examen de la littérature scientifique ainsi que des entretiens semi-structurés ont été également effectués dans ce pays pour venir compléter ce processus. Le projet, publié sous le titre *Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region. An overview and country perspectives* [Cartographie de la riposte des systèmes de santé face à l'obésité infantile dans la Région européenne de l'OMS. Vue d'ensemble et perspectives par pays] (2019) a permis de conclure que, dans l'ensemble, les systèmes de santé ne menaient aucune intervention contre l'obésité infantile. Néanmoins, il a été fait mention de plusieurs pratiques et exemples susceptibles d'inspirer d'autres pays.

299. Afin d'aider les États membres à réduire la consommation de sel, le Bureau régional a publié une note d'orientation intitulée *Using dietary intake modelling to achieve population salt reduction – A guide to developing a country-specific salt reduction model* (2018) [Utiliser la modélisation de la consommation alimentaire pour parvenir à réduire la quantité de sel dans la population – un guide pour l'élaboration d'un modèle de réduction de la consommation de sel spécifique à chaque pays] qui délivre des conseils aux pays sur la façon de recenser les sources spécifiques de sodium dans l'alimentation, et de calculer leur contribution relative à l'apport global en sodium. Ainsi peut-on élaborer, dans les pays, un « modèle théorique de réduction de la consommation de sel » qui peuvent aider à déterminer le niveau de réduction nécessaire de la teneur en sodium des catégories de produits alimentaires qui contribuent le plus à l'apport en sel (notamment le sel discrétionnaire), afin d'obtenir une réduction significative de l'apport en sel de la population.

### **L'allaitement maternel : une occasion de prévenir l'obésité**

300. Une étude de l'OMS intitulée « Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity, in 22 countries » (2019) [Association entre les caractéristiques à la naissance, l'allaitement maternel et l'obésité, dans 22 pays], a révélé que malgré le flux constant d'informations issues de la recherche qui montrent les avantages de l'allaitement pour la santé, et malgré de nombreuses initiatives visant à promouvoir, par des politiques, des pratiques optimales d'allaitement, le taux d'allaitement exclusif reste inférieur aux recommandations mondiales dans la Région européenne.

301. Cette étude a montré que, dans presque tous les pays étudiés, plus de 77 % des enfants étaient nourris au sein. Il y avait quelques exceptions : en Irlande, 46 % des enfants n'étaient jamais nourris au sein, en France 38 % et à Malte 35 %. Seuls 4 pays sur 12 avaient une prévalence de l'allaitement maternel exclusif (pendant six mois ou plus) de 25 % ou plus : le Tadjikistan (73 %), le Turkménistan (57 %), le Kazakhstan (51 %) et la Géorgie (35 %).

302. Pour renverser cette tendance, le Bureau régional a organisé en novembre à Moscou (Fédération de Russie) une conférence qui a rassemblé des représentants de 18 pays de la

Région. Cette conférence fut l'occasion de présenter tout un éventail de mesures politiques en faveur de l'allaitement qui peuvent être adaptées aux besoins spécifiques d'un pays ou d'une sous-région. On a aussi reconnu que, si ce sont d'abord les pouvoirs publics qui doivent soutenir l'allaitement maternel, il faut néanmoins, pour assurer une hausse des taux d'allaitement au sein, adopter une approche multisectorielle et pansociétale créant un contexte favorable. Il s'agit notamment d'informer les femmes des effets positifs de l'allaitement maternel sur la santé, en leur prodiguant des conseils et un soutien aux premiers stades et en veillant à ce qu'elles puissent allaiter au travail – et partout ailleurs. Une analyse comparative mondiale indique qu'un pourcentage plus élevé de femmes pratiquent l'allaitement au sein exclusif dans les pays où le droit à des pauses pour allaiter au travail est inscrit dans la législation. En outre, la politique de l'OMS souligne la nécessité de restreindre l'utilisation et la publicité des préparations pour nourrissons. La recherche montre qu'une restriction du marketing de ces préparations contribue à ce que plus de mères choisissent d'allaiter au sein.

303. La promotion de l'allaitement maternel offre une occasion de prévenir l'obésité, car plus un enfant est allaité longtemps, mieux il est protégé contre l'obésité. Selon l'étude intitulée « Prevalence of severe obesity among primary school children in 21 European countries » (2019) [Prévalence de l'obésité sévère chez les enfants du degré primaire dans 21 pays européens], l'obésité sévère touche près de 400 000 des quelque 13,7 millions d'enfants de 6 à 9 ans vivant dans les 21 pays participants. L'obésité sévère chez les enfants est associée à des effets néfastes immédiats et à long terme sur la santé cardiovasculaire, métabolique, etc. Compte tenu de l'impact de l'obésité sur l'éducation, la santé, l'aide sociale et l'économie, le nouveau rapport souligne que ce problème doit être abordé par le biais de toute une série de stratégies, depuis la prévention jusqu'à un diagnostic rapide et au traitement.

### **Restreindre le marketing numérique de produits peu sains auprès des enfants**

304. Le Bureau européen de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a organisé en juin 2018 une réunion d'experts sur le contrôle du marketing numérique des produits peu sains auprès des enfants et des adolescents. Sur la base de cette réunion, il a publié un rapport intitulé *Monitoring and restricting digital marketing of unhealthy products to children and adolescents* (2019) [Contrôler et restreindre le marketing numérique de produits peu sains auprès des enfants].

305. Les informations sur la vie numérique des enfants sont rares alors que les enfants passent de plus en plus de temps en ligne (y compris sur les médias sociaux), que leur exposition au marketing numérique s'est donc également intensifiée, et que les publicitaires ciblent toujours les enfants et les adolescents sur les médias sociaux et sur les appareils mobiles difficiles à surveiller.

306. L'objectif de ce rapport est de fournir un outil en vue d'aider les États membres à surveiller le marketing numérique des produits nocifs pour la santé destinés aux enfants, l'idée étant d'établir une méthodologie supposant la création de commissions et pouvant être appliquée de manière uniforme dans tous les États membres afin de comparer et de mettre en évidence les problèmes pour les législateurs et décideurs politiques. L'outil qui en découle, à savoir le cadre de suivi CLICK, est flexible et peut être adapté au contexte national.

307. L'outil CLICK permettrait d'évaluer régulièrement l'intensité de l'exposition des enfants au marketing numérique. Les constatations faites grâce à un tel outil peuvent aider à sensibiliser les gouvernements nationaux de prendre aux méfaits du marketing numérique des aliments peu

sains, et à dynamiser la prise de mesures pour protéger les enfants contre la publicité non seulement pour des aliments peu sains, mais aussi pour le tabac et l'alcool. L'outil CLICK s'articule autour des cinq éléments clés suivants :

- C – Comprehend the digital ecosystem [Comprendre l'écosystème numérique] : cartographier l'écosystème mondial, régional et national du marketing numérique et l'utilisation des sites Web et des applications numériques par les enfants, et compléter ce processus grâce à des groupes de discussion pour évaluer les réflexions, les expériences et le degré de conscience des enfants (et des parents/tuteurs) face aux techniques et campagnes de marketing.
- L – Landscape of campaigns [Analyse des campagnes] : évaluer les campagnes des grandes marques nationales en recueillant des informations auprès des agences de publicité et en prélevant des échantillons de contenus pertinents sur les médias sociaux de tout le pays afin de déterminer ce qui est vu par les différents groupes d'âge.
- I – Investigate exposure [Étudier l'exposition] : déterminer, au sein d'une commission d'enfants de chaque tranche d'âge, le degré d'exposition à une sélection de messages de marketing numérique payés. Cela s'effectue à l'aide d'une application installée sur Smartphone qui (moyennant un consentement) contrôle et regroupe les données relatives à l'interaction des enfants avec la publicité sur certains sites Web et médias sociaux.
- C – Capture on-screen [Capturer à l'écran] : utiliser un logiciel de capture d'écran en temps réel sur un sous-groupe d'appareils pour évaluer ce qu'un échantillon représentatif d'enfants voient réellement en ligne sur leurs appareils, afin de mieux comprendre les techniques de marketing au sens plus large, notamment le contenu généré par les utilisateurs et le placement de produits.
- K – Knowledge sharing [Mutualisation du savoir] : créer de la documentation conviviale à partir des données tirées de la recherche et conclure des partenariats avec les jeunes, les parents, les décideurs et les membres de la société civile qui, ensemble, peuvent plaider en faveur d'un changement, sensibiliser et influencer les politiques.

308. Le rapport décrit également les stratégies actuelles de marketing numérique, les défis posés par les pratiques actuelles, ainsi que plusieurs options politiques pour s'attaquer au marketing numérique auprès des enfants et des adolescents.

### **L'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages : ce qui fonctionne pour les consommateurs**

309. La mauvaise alimentation est la principale cause de mortalité et de morbidité dans la Région européenne. Elle notamment à l'obésité, au diabète sucré de type 2, aux maladies cardiovasculaires et à certains types de cancer. L'étiquetage nutritionnel, lorsqu'il est facilement visible, compréhensible et convaincant, a le potentiel d'inciter les consommateurs à opérer des choix alimentaires plus sains en connaissance de cause, et à entraîner la reformulation des produits car les fabricants cherchent à éviter la divulgation de la teneur en éléments nutritifs défavorables.

310. Les étiquettes nutritionnelles apposées sur le devant des emballages et faisant usage de texte, de couleurs ou de symboles qui en facilitent l'interprétation, sont plus susceptibles d'être consultée et comprises par les consommateurs. Par conséquent, le Plan d'action européen pour

une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 estime que le recours à un étiquetage explicatif et facile pour le consommateur sur le devant des emballages constitue un enjeu politique prioritaire.

311. Les enquêtes menées par le Bureau régional révèlent que si la majorité des États membres de la Région apposent des étiquettes sur le devant de l'emballage, un nombre moins important de pays ont adopté un étiquetage explicatif permettant de juger si les aliments sont diététiques ou bons pour la santé.

312. Un nouveau rapport du Réseau des bases factuelles en santé (HEN), faisant la synthèse des informations disponibles sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques en matière d'étiquetage nutritionnel explicatif sur le devant des emballages dans la Région, a été commandé et rédigé conjointement par la Division des maladies non transmissibles et de la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, notamment son bureau géographiquement dispersé (GDO) situé à Moscou (Fédération de Russie), et la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation.

313. Il ressort que quinze États membres de la Région disposent d'une politique approuvée par le gouvernement sur l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages. Dans 13 de ces pays, des logos d'approbation ont été adoptés. Si ces logos servent à indiquer les meilleurs choix pour la santé, ils ne fournissent aucune information directe quant à la teneur du produit en nutriments ou ingrédients qui devraient être limités dans l'alimentation, par exemple les acides gras saturés, le sel ou les sucres libres.

314. Les gouvernements britannique, français et israélien ont approuvé des politiques d'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages mentionnant des informations directrices sur la teneur élevée en éléments nutritifs (soit une évaluation négative concernant la teneur élevée en matières grasses, en sel ou en sucre).

315. Le rapport du Réseau HEN énonce aussi les étapes généralement incluses dans l'élaboration des politiques, notamment le recours à l'étiquetage sur le devant de l'emballage comme pilier important de la politique nutritionnelle, la collaboration des parties prenantes et du public, ainsi que la collecte d'éléments de preuve dont s'inspire le système d'étiquetage. Tous les pays, à une exception près, ont adopté des politiques d'étiquetage sur le devant de l'emballage dans le cadre d'accords volontaires, avec une pénétration variable des étiquettes sur le marché.

316. Or, les politiques en vigueur dans la Région varient dans la mesure où elles :

- ne s'appliquent qu'aux produits qui respectent une norme/un seuil défini ou à l'ensemble les produits ;
- fournissent des informations sur les différents éléments nutritifs ou des informations sommaires le produit dans son ensemble ;
- fournissent des avis sur la qualité diététique du produit, ou des informations sur la qualité diététique relative ou absolue du produit.

317. Sur la base des données probantes résumées dans le rapport, plusieurs considérations ont été émises quant à l'adoption ou au réexamen des politiques d'étiquetage nutritionnel sur le

devant de l'emballage aux niveaux national ou régional et ce, afin de garantir que les politiques atteignent leur objectif. Parmi celles-ci, il convient de mentionner :

- appliquer un système unique d'étiquetage nutritionnel sur le devant de l'emballage afin d'aider les consommateurs à consulter et à comprendre l'étiquette ;
- utiliser un système d'étiquetage nutritionnel explicatif sur le devant de l'emballage qui permet de porter des jugements négatifs sur le contenu nutritionnel élevé (à savoir un indicateur de la teneur élevée en matières grasses, en sel ou en sucre) ;
- opter pour l'élaboration de politiques gouvernementales plutôt que pour un système commercial, car les consommateurs perçoivent ce dernier comme étant moins crédible ;
- susciter la collaboration des parties prenantes et mener des activités de recherche formative afin que la politique choisie convienne à la population ;
- étudier les moyens de surmonter les problèmes de mise en œuvre au moyen de documents d'orientation, d'éducation du public et, éventuellement, d'une mise en œuvre obligatoire ;
- créer un programme formel et complet de suivi et d'évaluation des politiques.

### **Activité physique : stagnation des progrès**

318. Trois ans après que les États membres de la Région européenne se sont engagés à mettre en œuvre la Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025, un rapport de situation présenté au CR68 a fait état de la stagnation des niveaux d'activité physique.

319. L'un des neuf objectifs mondiaux énoncés dans le rapport vise une réduction relative de 10 % de la prévalence du manque d'activité physique en 2025. Cependant, le rapport rend compte d'une réalité préoccupante : les niveaux d'activité physique sont en train de stagner dans la Région, en particulier chez les enfants, les adolescents et les populations vulnérables.

320. Une activité physique aérobie d'intensité modérée d'au moins 150 minutes par semaine réduit les risques de MNT comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et l'obésité, et diminue le risque de mortalité prématurée.

321. Pour que les États Membres atteignent la cible mondiale en matière d'inactivité physique et contribuent à la réalisation d'autres objectifs liés à la lutte contre les MNT par l'amélioration des niveaux d'activité physique au sein de la population, il importera de s'attaquer aux inégalités persistantes et de promouvoir l'action intersectorielle.

322. Bien que certains progrès aient été réalisés à cet égard, les États membres peuvent faire davantage pour aider leurs populations à rester en bonne santé, quels que soient leur sexe, leur origine ethnique ou leur situation socioéconomique. Les cinq domaines prioritaires pour lesquels une amélioration est nécessaire sont les suivants : accorder la priorité aux enfants et aux adolescents ; promouvoir l'activité physique sur le lieu de travail et dans le système de soins de santé ; assurer le leadership et la coordination pour la promotion de l'activité physique ; mobiliser la population âgée ; et appuyer la prise de mesures par la surveillance, l'évaluation et la recherche.

323. Un guide pratique sur la planification de réunions saines et durables recommande d'offrir aux participants des occasions appropriées d'être physiquement actifs en intégrant l'activité physique à l'ordre du jour de la réunion, en adoptant un format axé sur la mobilité et en organisant des pauses-déjeuner suffisamment longues pour permettre aux participants d'être physiquement actifs et de recentrer leurs esprits.

324. En février 2019, lors d'une mission d'enquête, une équipe de l'OMS s'est jointe à des experts locaux en Macédoine du Nord afin d'évaluer les activités actuelles, les obstacles et les opportunités liés à la promotion de l'activité physique tout au long de la vie. Ces efforts bénéficient d'un large soutien aux plus hauts niveaux du gouvernement, notamment celui du conseiller spécial du premier ministre pour le sport.

325. L'équipe a rencontré divers représentants du gouvernement et s'est rendue dans des écoles afin d'assister à des cours d'éducation physique et d'inspecter les installations récréatives dans le but d'évaluer l'infrastructure disponible pour soutenir l'activité physique. L'équipe de l'OMS et les experts locaux ont convenu que le manque d'éducation physique de qualité, d'accès à des installations récréatives dans les écoles et de possibilités d'activités physiques parascolaires en dehors des heures de classe sont des problèmes importants auxquels il importe de répondre sans tarder, à présent qu'un engagement politique à haut niveau fait bouger les choses.

326. La visite s'est terminée par la première réunion multisectorielle des parties prenantes du pays consacrée spécifiquement à l'activité physique, qui a réuni des représentants des secteurs du sport, de l'éducation, de la santé et du travail et du monde universitaire, ainsi que des municipalités. Cet événement a permis de dégager un consensus sur les lignes d'action suivantes : mise en place d'un mécanisme national de coordination ; renforcement de la surveillance et du suivi ; élaboration de programmes d'activité physique pour tous les groupes d'âge et la population dans son ensemble ; et augmentation des possibilités d'activité physique pour les enfants d'âge scolaire. L'OMS continuera de soutenir les efforts actuellement déployés par la Macédoine du Nord afin que tous les membres de la population puissent être actifs dans leur vie quotidienne.

### **Réduire la violence et les traumatismes : une Europe plus juste et plus sûre pour tous**

327. Afin de réduire le fardeau de la violence et des traumatismes non intentionnels, le Bureau régional préconise l'adoption d'une approche de santé publique. Il importe à cette fin de mener des interventions fondées sur des données probantes et d'engager une coopération multisectorielle.

328. La maltraitance des enfants constitue un important problème de santé publique qui concerne au moins 55 millions d'enfants de la Région européenne. Si l'impact de la maltraitance et/ou de la négligence subies dans l'enfance est préjudiciable à la santé physique, psychologique et reproductive tout au long de la vie, les coûts élevés que celles-ci imposent à la société peuvent néanmoins être évités. En ce qui concerne la maltraitance, il existe des facteurs de risque bien précis au niveau de l'individu, de la famille, de la communauté et de la société.

329. Le *European status report on preventing child maltreatment* [Rapport de situation sur la prévention de la maltraitance des enfants en Europe] (2018) décrit les progrès réalisés par les États membres à mi-parcours de la période de mise en œuvre du Plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020. Ce Plan vise une réduction de 20 % de la maltraitance et des homicides d'enfants pour 2020. Des données ont été recueillies dans le

cadre d'une enquête menée auprès des coordinateurs nationaux des données nommés par les gouvernements des 49 pays participants de la Région. Les résultats indiquent que, dans l'ensemble, de nets progrès sont actuellement accomplis dans la réalisation des objectifs.

330. La Région a vu une augmentation des politiques nationales de prévention de la maltraitance des enfants. Les trois quarts des pays ont déclaré disposer d'un plan d'action dans ce domaine, mais ils doivent pouvoir se baser sur des données nationales fiables. La surveillance de la maltraitance des enfants reste inadéquate dans de nombreux pays. Les systèmes d'information des pays à revenus faible et intermédiaire sont ceux qui ont le plus besoin d'être renforcés. Si la maltraitance fait souvent l'objet d'une législation, celle-ci doit être mieux appliquée. La mise en œuvre des programmes de prévention de la maltraitance des enfants, notamment les visites à domicile, l'éducation parentale, les initiatives en milieu scolaire et hospitalier, s'est certes accélérée, mais une évaluation de l'impact est nécessaire. La maltraitance des enfants est un problème de société qui transcende les frontières sectorielles, ce qui signifie qu'une stratégie de prévention durable, systématique, multidisciplinaire et fondée sur des données probantes doit rester une priorité pour les pouvoirs publics.

### **Plan pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants en Ukraine**

331. L'Ukraine est l'un des pays de la Région européenne engagés dans la prévention de la violence à l'égard des enfants. Une enquête sur les expériences négatives vécues pendant l'enfance en Ukraine auprès d'un échantillon représentatif de la population étudiante a révélé une prévalence élevée de mauvais traitements envers les enfants (28 % de négligence psychologique, 25 % de négligence physique, 12 % de violence physique, 10 % de violence psychologique et 5 % de violence sexuelle), de dysfonctionnements familiaux et de violence entre enfants et communautaire. Les expériences négatives de l'enfance sont associées à des risques accrus de comportements à risque pour la santé, en particulier la tentative de suicide, le tabagisme précoce, l'abus d'alcool, la consommation de drogues et les comportements sexuels à risque.

332. Pour aider le pays à élaborer un plan d'action national visant à mettre fin à la violence à l'égard des enfants, l'OMS a organisé les 6 et 7 février 2019 à Kiev (Ukraine) un dialogue politique qui a réuni plus de 40 participants.

333. Se penchant sur les résultats de l'analyse de la situation nationale de l'Ukraine en matière de violence à l'encontre des enfants, les participants ont eu des discussions à haut niveau sur l'élaboration d'un plan d'action national fondé sur l'outil technique de l'OMS baptisé INSPIRE (sept stratégies pour mettre fin à la violence contre les enfants), qui est basé sur des données probantes et aide les pays dans leurs efforts de prévention et de lutte contre la violence à l'encontre des enfants âgés de 0 à 17 ans et répertorie les stratégies qui se sont révélées efficaces pour faire reculer cette forme de violence.

334. À la suite de cette concertation, un groupe de travail d'experts s'est réuni pour poursuivre l'examen de la mise en œuvre d'INSPIRE. Les experts ont recensé les mesures suivantes susceptibles d'être appliquées au contexte ukrainien : finaliser l'analyse de la situation nationale ukrainienne en vue d'évaluer les lacunes et les possibilités de prévention de la violence à l'égard des enfants ; élaborer un document d'orientation pour recenser et répertorier les programmes et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre INSPIRE ; et élaborer un plan d'action national en vue de renforcer l'action intersectorielle de prévention de la violence à l'égard des enfants.

## **Sécurité routière**

335. La sécurité routière est une priorité du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les progrès que nous sommes en mesure d'accomplir dépendent de la volonté d'agir de nos décideurs politiques : pour sauver des vies, il faut faire preuve d'un leadership plus musclé en matière de sécurité routière.

336. Du 6 au 12 mai 2019, la Région européenne de l'OMS a célébré la Cinquième Semaine mondiale des Nations Unies pour la sécurité routière en mettant l'accent sur le leadership et le thème « Prenez la parole ». Les accidents de la circulation sont la principale cause de mortalité chez les 5 à 29 ans et sont responsables de plus de 84 000 décès dans la Région européenne chaque année. Trente pour cent des décès dus aux accidents de la route concernent des piétons et des cyclistes, qui comptent parmi les usagers de la route les plus vulnérables.

337. Afin de sensibiliser l'opinion publique aux décès évitables survenus chaque année sur les routes de la Région, les bureaux de pays de l'OMS et des ONG de la Région ont organisé des événements lors de la Journée mondiale du souvenir des victimes des accidents de la route, et se sont investis à cette occasion aux côtés des décideurs de haut rang, des ONG, des forces de police, des églises, des services d'urgence et de la société civile afin de commémorer les vies perdues ou irrémédiablement bouleversées par des traumatismes provoqués par des accidents de la circulation.

338. Dans toute la Région, on a commémoré et honoré les victimes. En Slovénie, lors d'une messe aux chandelles, les personnes rassemblées dans la cathédrale de Ljubljana ont médité sur le deuil et le chagrin. À Malte, des citoyens ont participé à une marche du souvenir en portant des bougies et des images d'êtres chers tragiquement disparus sur la route. En Croatie, on a allumé des bougies au bord des routes où des accidents se sont produits et aux fenêtres dans tout le pays, à la mémoire des victimes. En Turquie, une galerie a exposé les photographies et les noms de victimes, soulignant ainsi leur individualité. Ce récit visuel a mis des visages sur les chiffres pour illustrer l'ampleur des traumatismes dus aux accidents de la route, qui est souvent difficile à conceptualiser.

339. Dans le cadre d'activités organisées par des NGO, Varna Pot (« La route sûre ») (Slovénie) a fait pression en faveur de Vision Zéro (un projet de sécurité routière visant à mettre en place un réseau routier sans accident mortel ou grave) lors d'un événement qui a eu lieu à l'hôtel de ville de Ljubljana. En Géorgie, les participants aux veillées organisées par l'Alliance géorgienne pour la sécurité routière ont brandi des banderoles portant des messages tels que « Les routes ont une histoire », « Souvenez-vous de moi » et « Ralentissez » pour sensibiliser le grand public.

340. La prise de conscience s'est également étendue au-delà de la base. En Fédération de Russie, des porte-parole ont diffusé des informations sur les morts et les blessés, fait connaître les tactiques de prévention et promis un changement, dans la rue et à la radio via la station « Komsomolskaya Pravda ». En Turquie, diverses célébrités nationales du cinéma, de la télévision et du sport ont exploité leur statut de vedettes pour plaider en faveur de la sécurité sur les routes nationales. Au Kazakhstan, au Kirghizistan et à Malte, des conférences de presse ont permis de diffuser largement des informations sur la sécurité routière et les mesures préventives. Ces événements devaient exhorter les autorités de toute la Région à placer la sécurité routière en bonne position parmi les priorités nationales.

341. De nombreux événements ont mis l'accent sur la participation des jeunes. À Malte, des fervents porte-parole de la jeunesse personnellement touchés par les traumatismes de la route ont exhorté les jeunes à s'investir en faveur de la sécurité routière. En République de Moldova, des écoles, des ONG, l'Inspection générale de la police, l'Inspection nationale des patrouilles routières et le ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale ont participé à un flash mob pour stimuler l'intérêt et le débat sur la sécurité routière.

342. Les accidents de la route ne sont pas fortuits, imprévisibles et inévitables. Ils ont leurs facteurs de risque, leurs signes précurseurs et leurs déterminants tels que la vitesse, l'alcool et l'absence de casque, de ceinture de sécurité ou de dispositif de retenue pour enfant. L'amélioration de la réglementation, de l'infrastructure routière et des véhicules, ainsi qu'une meilleure application de la loi peuvent réduire le nombre de traumatismes qui surviennent sur les routes de la Région.

### ***Handicap et réadaptation : combler les lacunes pour ne laisser personne de côté***

343. Le monde du XXI<sup>e</sup> siècle est confronté à un nouveau défi : le vieillissement rapide de la population, accompagné d'une augmentation des maladies chroniques et des multimorbidités. On vit en effet plus longtemps, et l'on souffre aussi de maladies chroniques invalidantes qui ont une incidence sur notre fonctionnement et notre bien-être. Il importe de rétablir les systèmes de santé afin de créer une main-d'œuvre efficace, des services accessibles ainsi que des moyens durables en vue d'assurer une réadaptation continue. La réadaptation est depuis longtemps considérée comme faisant partie intégrante de la CSU et comme une stratégie clé afin de garantir et de préserver la santé de la population, tout comme la prévention, la promotion, le traitement et les soins palliatifs. Elle est essentielle à la réalisation des trois objectifs ambitieux de l'OMS : 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la CSU ; 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ; et 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et de plus de bien-être. Ainsi, la disponibilité de services de réadaptation accessibles à un coût abordable joue un rôle fondamental dans la réalisation de l'ODD n° 3 et de nombreux autres ODD, dans le but de ne laisser personne de côté.

344. En 2018, afin de développer l'accès aux services de réadaptation (y compris les aides techniques), le Bureau régional a lancé un nouveau programme visant à améliorer les systèmes de réadaptation en Europe pour l'ensemble de la population, tout au long de la vie et tout au long du continuum des soins afin de ne laisser personne de côté. Le programme promeut les normes de réadaptation dans la Région, facilite la coordination et favorise les synergies entre les programmes de réadaptation, et aide les États membres à élaborer ou à renforcer les politiques, plans et modèles nationaux dans ce domaine.

345. En 2019, le programme a apporté un appui technique en Géorgie et en Ukraine en vue d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de réadaptation, et de les rendre plus accessibles et plus abordables, une initiative nécessaire pour aider les populations à surmonter les difficultés de leur vie quotidienne. L'appui technique prévoyait notamment des missions intensives dans les pays afin de rencontrer les principaux acteurs et intervenants, et de recenser les lacunes existantes et les possibilités d'action coordonnée.

346. En outre, l'OMS a continué d'aider le Tadjikistan avec de nouvelles approches en matière de réadaptation et un système réformé de prestation de services et de fourniture de dispositifs d'aide, établi pour des groupes de patients tels que les personnes atteintes de traumatismes, de déficiences ou de handicaps dus aux MNT. En outre, l'OMS a apporté un appui technique au Tadjikistan pour l'élaboration de sa première liste de dispositifs d'aide prioritaires. La liste comprend 30 produits essentiels au bien-être des personnes handicapées, des personnes âgées, des personnes atteintes de MNT, etc.

347. Au niveau régional, l'OMS a également remanié sa page Web sur le handicap et la réadaptation afin d'assurer l'accès des États membres aux ressources de l'OMS dans ce domaine.

### ***Progrès dans la mise en œuvre du Plan d'action européen sur la santé mentale 2013-2020***

348. L'attention portée à la santé mentale comme priorité de la santé publique et du développement, ainsi que l'engagement politique à cet égard, ne cessent de croître, comme en témoigne la Déclaration de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des MNT de septembre 2018, dans laquelle les troubles de la santé mentale sont officiellement reconnus comme la « cinquième » MNT nécessitant une action prioritaire. Une telle reconnaissance présente de nouvelles possibilités d'adopter une approche de collaboration plus globale et centrée sur la personne afin de prévenir et de traiter les troubles de la santé mentale et physique, y compris les comorbidités.

349. Conformément aux autres déclarations issues de la Conférence de l'OMS sur les soins de santé primaires tenue à Astana (Kazakhstan) et du premier Sommet ministériel mondial sur la santé mentale à Londres (Royaume-Uni), le Bureau régional a axé ses efforts sur l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, ainsi que sur la promotion et la protection des droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux. Par exemple, des fonds du ministère allemand de la Santé ont permis de poursuivre la mise en œuvre du Plan d'action européen sur la santé mentale 2013-2020 en développant de nouvelles capacités nationales en Ukraine et dans les cinq pays d'Asie centrale dans le domaine du recensement et de la gestion des problèmes de santé mentale dans les établissements de soins non spécialisés à l'aide du guide d'intervention mhGAP.

350. En ce qui concerne la santé mentale et les droits humains, des ateliers de perfectionnement ont été organisés en réponse aux demandes de la Croatie, de la Lettonie, de la Serbie et de la Tchéquie concernant la formation des professionnels de la santé mentale exerçant dans des établissements psychiatriques de longue durée aux stratégies visant à améliorer la qualité et à réduire l'isolement et la contention, dans le cadre de l'initiative QualityRights de l'OMS visant à améliorer les soins et la protection des droits humains.

351. Le Bureau régional a aidé les gouvernements maltais, monténégrin, tchèque et ukrainien à élaborer ou à réviser leurs politiques en matière de santé mentale, de suicide et de démence, et collabore avec le Bélarus, la Fédération de Russie et d'autres pays afin d'intensifier les efforts visant à prévenir les comportements autoagressifs et le suicide, surtout chez les jeunes. Les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action européen sur la santé mentale 2013-2020 sont documentés par la publication d'un rapport spécifique à la Région, l'Atlas de la santé mentale.

352. La question suivante a été posée lors de la Conférence de haut niveau sur les MNT organisée à Achgabat (Turkménistan) en avril 2019 (voir ci-dessus) : « Quelles sont les stratégies optimales pour intégrer la santé mentale dans les priorités de la lutte contre les MNT ? » Une publication intitulée *Time to Deliver: meeting NCD targets to achieve Sustainable Development Goals in Europe. Integrating The Prevention, Treatment And Care of Mental Health Conditions and Other Noncommunicable Diseases Within Health Systems* [Passons aux actes : atteindre les cibles en matière de lutte contre les MNT afin de réaliser les objectifs de développement durable en Europe. Intégration de la prévention, du traitement et des soins des troubles mentaux et d'autres maladies non transmissibles dans les systèmes de santé] apporte quelques éléments de réponse.

### **Dépistage du cancer**

353. Le Bureau régional a organisé des sessions sur la prise en charge des maladies cardiovasculaires et du cancer lors de la Conférence européenne de haut niveau de l'OMS sur les MNT (avril 2019).

354. En 2018-2019, d'importants efforts ont été entrepris en vue de rationaliser et d'améliorer le dépistage dans les États membres, notamment dans les NEI. Le Bureau régional :

- a aidé un centre collaborateur de l'OMS à élaborer l'ordre du jour d'une conférence scientifique des NEI sur le dépistage du cancer (Minsk, Bélarus, mai 2018) ;
- a organisé, en collaboration avec le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), une grande réunion internationale sur le dépistage du cancer (Lyon, France, janvier 2019) pour sensibiliser le public aux méfaits du dépistage et à la nécessité d'une assurance qualité rigoureuse ;
- a organisé une consultation technique sur le dépistage des MNT tout au long de la vie (Copenhague, Danemark, février 2019) en vue d'examiner les pratiques de dépistage dans la Région européenne.

355. Le Bureau régional a fourni un appui adapté dans le domaine de la lutte contre le cancer à plus de 13 pays en 2018-2019, notamment sur le diagnostic et le dépistage précoces (Arménie, Bulgarie, Géorgie, Kirghizistan, Macédoine du Nord, Malte, Monténégro, Ouzbékistan, Roumanie, Turkménistan, Ukraine), les soins palliatifs (Arménie, Fédération de Russie, Macédoine du Nord, Ukraine), l'enregistrement des cancers (Arménie, Fédération de Russie, Kirghizistan, Macédoine du Nord, Malte, Ouzbékistan, Tadjikistan, Ukraine) et la planification nationale de la lutte contre le cancer (Arménie, Kirghizistan, Macédoine du Nord, Ukraine).

356. L'appui a été fourni en étroite collaboration avec le Siège de l'OMS, le CIRC, l'Agence internationale de l'énergie atomique et/ou le Fonds des Nations Unies pour la population, ainsi qu'avec les centres collaborateurs de l'OMS, en fonction des besoins nationaux. Un soutien spécifique a été apporté à l'Ouzbékistan dans le cadre du Programme mondial conjoint des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise du cancer du col de l'utérus.

357. Un cours international de perfectionnement sur l'enregistrement des cancers a été organisé en janvier 2019 en République de Moldova afin d'aider les pays à mieux analyser les données des registres du cancer.

## **5. Renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne et des capacités de santé publique**

358. L'aide apportée aux pays de la Région pour renforcer les capacités de santé publique et mettre en place des systèmes de santé centrés sur la personne, universels, équitables et durables a constitué une pierre angulaire des activités du Bureau régional visant à concrétiser la vision de Santé 2020 et les ODD. La présente section décrit le travail accompli par le Bureau régional en 2018-2019 pour que les systèmes de santé de la Région soient conçus de manière optimale afin de réduire les inégalités en matière de santé et d'améliorer les résultats sanitaires de la population.

### ***Progrès accomplis sur la voie de la CSU***

#### **Les soins de santé sont-ils à un prix abordable ?**

359. La Division des systèmes de santé et de la santé publique est responsable de la mise en œuvre d'un programme de travail sur la concrétisation de la CSU pour une Europe libérée des paiements directs ruineux. Il s'agit de l'une des deux priorités établies pour le renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne entre 2015 et 2020. Le suivi de la protection financière dans la Région européenne a encore gagné en importance à la suite de l'adoption, en 2015, des ODD, qui incluent la cible 3.8, à savoir concrétiser la CSU. En évaluant l'incidence des paiements directs dans le secteur de la santé sur le niveau de vie et la pauvreté des ménages, ce projet phare vise à consolider la base de données factuelles sur l'évolution vers la CSU aux niveaux mondial, régional et national.

360. Afin qu'il soit pertinent pour l'ensemble des États membres de la Région européenne, le Bureau régional a mis au point une nouvelle méthode de mesure de la protection financière venant compléter le suivi de l'indicateur 3.8.2 des ODD au niveau mondial, qui concerne la part de la population d'un pays dont les dépenses de santé sont élevées en pourcentage de la consommation ou du revenu total du ménage (dépenses de santé catastrophiques). Cette nouvelle méthode est mieux adaptée aux pays à revenu élevé ou intermédiaire et, par rapport à d'autres méthodes, permet de mieux saisir les difficultés financières des ménages les plus pauvres et de fournir ainsi des données factuelles exploitables pour des mesures plus efficaces en faveur des plus démunis.

361. En 2018, le Bureau régional a publié 10 rapports de pays sur la protection financière et a présenté une synthèse du rapport régional lors du CR68. Plusieurs rapports de pays (Autriche, Croatie, Estonie, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie) ont été présentés lors de conférences nationales marquées par une participation de haut niveau des pouvoirs publics et d'autres parties prenantes du système de santé.

362. En 2019, le rapport régional *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe* a été publié à l'occasion de la Journée mondiale de la santé. Ce rapport couvre 25 pays (Albanie, Allemagne, Autriche, Chypre, Croatie, Estonie, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Moldova, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Slovaquie, Slovénie, Suède, Tchéquie, Turquie et Ukraine) et révèle que :

- les paiements directs ont un impact majeur sur les personnes les moins susceptibles de pouvoir payer les soins de santé, à savoir les ménages les plus pauvres, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées ;

- une part importante des ménages est appauvrie en raison de paiements directs, même dans les pays les plus riches d'Europe ; en conséquence, ces ménages n'ont plus les moyens de payer pour satisfaire des besoins essentiels, comme l'achat de nourriture et le paiement du loyer et des charges ;
- l'incidence d'un appauvrissement ou de frais de santé catastrophiques se concentre dans une large mesure sur les ménages les plus démunis. Dans tous les pays, elle augmente à mesure qu'augmente la part des dépenses directes sur l'ensemble des dépenses en santé ;
- les médicaments représentent une source majeure de difficultés financières dans beaucoup de pays, en particulier pour les ménages les plus pauvres.

363. De nombreux pays à revenu intermédiaire ou élevé de la Région européenne comptent encore trop sur le fait que les personnes paieront directement leurs soins de santé. En 2015, les paiements directs représentaient en moyenne 26 % des dépenses totales en santé, cette part variant considérablement selon les pays (entre 5 et 72 %). L'OMS recommande que les pays visent à maintenir les paiements directs en-deçà de 15 % des dépenses totales en santé.

364. L'investissement dans les systèmes de santé est une condition préalable à la réduction des paiements directs ; toutefois, l'amélioration de la politique en matière de couverture est tout aussi importante. Bien que la Région recense un grand nombre de bonnes pratiques, de nombreux pays peuvent faire davantage pour réduire les difficultés financières et éviter que les personnes aient à choisir entre les soins de santé et d'autres besoins essentiels, par exemple en redéfinissant soigneusement les frais à charge de l'utilisateur en vue de réduire au minimum la participation aux frais (en particulier pour les médicaments) et en garantissant une protection supplémentaire des personnes démunies et des utilisateurs réguliers des soins de santé.

### **Financement de la santé**

365. Le Bureau régional a soutenu un grand nombre de pays dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques globales de financement de la santé aux fins de la CSU, y compris par l'intermédiaire du Bureau de l'OMS à Barcelone pour le renforcement des systèmes de santé (Espagne).

366. L'assistance technique au financement de la santé dans ces domaines s'est concentrée sur plusieurs actions, notamment : 1) aider les États membres à optimiser l'assiette des ressources consacrées à la santé, à allouer de manière durable des niveaux de financement stables et à établir, pour la définition des priorités, des mécanismes transparents et explicites qui trouvent un équilibre entre les considérations d'équité et celles d'efficacité ; 2) prodiguer des conseils sur l'organisation d'une mise en commun des flux de fonds qui maximise le potentiel de redistribution en vue d'assurer l'équité et d'induire des gains d'efficacité ; 3) renforcer les capacités nationales en termes d'achats stratégiques pour permettre aux pays de mieux utiliser les ressources limitées et d'avancer sur la voie de la CSU ; 4) améliorer les pratiques de gestion des fonds publics pour une utilisation efficace des ressources ; et 5) dispenser des conseils sur les structures et les pratiques de la bonne gouvernance dans le domaine du financement de la santé. Quelques exemples :

- en Azerbaïdjan, l'OMS a examiné les plans proposés par le gouvernement pour mettre en œuvre une assurance maladie obligatoire et prodigue des conseils au ministère de la Santé sur la façon d'harmoniser au mieux les réformes de la

prestation de services pour un impact maximal, en plaçant l'accent sur les soins de santé primaires et la santé publique ;

- en Géorgie, l'OMS a travaillé en étroite collaboration avec le ministère de la Santé et l'organisme d'achat afin de soutenir l'élaboration d'une stratégie nationale pour des achats actifs, d'évaluer les besoins de l'organisme d'achat et d'aider cet organisme à transformer la façon dont les hôpitaux sont rémunérés, ce qui permettra d'améliorer la transparence, l'efficacité et la qualité des soins ;
- au Kirghizistan, l'OMS a apporté une assistance technique afin de renforcer la gouvernance de l'organisme d'achat et ses pratiques de fonctionnement, notamment la planification, le suivi et l'utilisation des données factuelles lors de la prise de décisions liées aux achats ;
- en Ukraine, l'OMS a fourni une assistance technique pour l'établissement du service national de santé ukrainien, un organisme d'achat unique national financé par les recettes fiscales générales, pour la mise au point d'un ensemble de prestations et pour l'introduction de nouveaux mécanismes contractuels pour les prestataires ;
- en Ouzbékistan, l'OMS a aidé le ministère de la Santé à élaborer une stratégie de financement de la santé pour l'instauration d'une assurance maladie obligatoire et une étude de faisabilité tenant compte de ses différentes sources de recettes. À l'heure actuelle, des discussions relatives à la gouvernance de la caisse d'assurance maladie obligatoire sont en cours.

### **La riposte des systèmes de santé face aux MNT : célébrer, partager, inspirer**

367. Le renforcement des systèmes de santé en vue d'assurer une prévention, une détection rapide et une prise en charge plus efficaces des MNT joue un rôle déterminant dans la mise en œuvre de Santé 2020, le cadre politique européen pour la santé et le bien-être, et contribue à la réalisation des ODD des Nations Unies. Cette initiative est en outre étroitement liée à la concrétisation de la CSU.

368. Une réunion régionale de haut niveau intitulée « La riposte des systèmes de santé face aux maladies non transmissibles : l'expérience de la Région européenne », organisée par le Bureau régional du 16 au 18 avril 2018 à Sitges (Espagne), a accueilli 250 participants représentant 40 États membres, le Siège de l'OMS et d'autres bureaux régionaux de l'Organisation, ainsi que des organisations partenaires comme l'OCDE et la Banque mondiale.

369. Cet événement a été l'occasion de célébrer les avancées réalisées en termes de lutte contre les maladies non transmissibles et de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne, de fournir une plateforme pour le partage des enseignements tirés sur la mise en œuvre d'une riposte globale du système de santé face aux maladies non transmissibles et d'inspirer des actions dans tous les États membres pour le renforcement des systèmes de santé et l'intensification des interventions et des services principaux de lutte contre ces maladies en permettant une analyse approfondie des bonnes pratiques. La réunion a été dynamique et participative, grâce aux séances plénières interactives, aux laboratoires politiques, aux séances interactives de présentation d'affiches et de posters et aux possibilités d'échange et de contribution.

370. Étant donné que la performance des systèmes de santé est évaluée différemment d'un point à l'autre de la Région, un rapport de synthèse du Réseau des bases factuelles en santé

intitulé *Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement?* (« Évaluation de la performance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS : quels domaines et indicateurs ont-ils été utilisés par les États membres pour sa mesure ? ») (2018) reprend les domaines et les indicateurs utilisés par les États membres pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé dans leurs rapports d'évaluation ou rapports concernant les systèmes de santé. Les pays ont rendu compte de 9 à 146 indicateurs chacun, avec une moyenne de 50. Il convient d'affiner davantage les cadres, tant sur le plan de la clarté de leur portée et de leur fonction que sur celui de la consistance conceptuelle des domaines, et de poursuivre la standardisation des ensembles génériques d'indicateurs.

371. Le rapport régional intitulé *Health systems respond to NCDs: Time for Ambition* [La riposte des systèmes de santé face aux MNT : l'heure de l'ambition est venue] présente une vision éclairée par des données factuelles pour une riposte globale et cohérente des systèmes de santé face à ces maladies. Il propose la synthèse des neuf pierres angulaires d'une riposte forte du système de santé. Ce rapport est destiné aux responsables nationaux et sous-nationaux de la formulation et de la mise en œuvre de politiques, notamment aux ministres de la Santé, aux départements/centres de santé publique, aux organismes d'achat dans le secteur des soins de santé, aux administrations des régions et des communautés locales, aux ONG et aux établissements universitaires qui influencent les politiques. Par conséquent, il est orienté sur la politique et les solutions à apporter. Chacun des chapitres met en lumière quatre à cinq messages politiques clés et s'achève par un tableau récapitulatif des interventions possibles. Ce rapport s'appuie sur i) des évaluations nationales, ii) des synthèses sur les bonnes pratiques, iii) la littérature publiée et iv) l'expérience de ses auteurs. Les messages qu'il adresse ont été validés lors de deux réunions d'auteurs : l'une organisée par l'OMS à Copenhague (Danemark) et la seconde co-organisée par l'OMS et le ministère espagnol de la Santé, des services sociaux et de l'égalité à Madrid (Espagne).

372. Un recueil recensant 22 bonnes pratiques observées en Europe accompagne ce rapport régional. Les synthèses qui le composent mettent en valeur les politiques et les pratiques du système de santé qui ont permis de franchir les obstacles rencontrés par le système dans l'accélération des interventions et des services principaux de lutte contre les maladies non transmissibles et qui ont contribué à améliorer les résultats. De manière générale, elles reflètent l'application à grande échelle (nationale ou régionale) d'un instrument politique plutôt que des expérimentations ou des projets isolés. Chaque synthèse fournit des données factuelles sur l'impact de l'instrument et met en avant les enseignements tirés à l'intention des pays qui prévoient de déployer des efforts similaires.

373. À la suite des activités régionales menées en 2019, l'accent du Bureau régional s'est déplacé sur la mise en œuvre de ces recommandations stratégiques et des bonnes pratiques au niveau des pays. L'essentiel des enseignements acquis a été intégré dans les travaux entrepris actuellement par le Bureau régional avec les États membres. Par exemple, une assistance technique a été fournie aux États membres pour le renforcement de la gouvernance en vue d'une action de santé publique intersectorielle, pour une évolution vers des soins de santé primaires polyvalents, pour un meilleur alignement des mesures d'incitation entre les différents niveaux de soins, pour la transformation de la production et du déploiement du personnel de santé et pour le développement des solutions numériques.

## ***Des systèmes de santé pour la prospérité et la solidarité : ne laisser personne de côté***

374. La Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », organisée à Tallinn (Estonie) en juin 2018, a constitué une étape marquante du renforcement des systèmes de santé de la Région. Des ministres et de hauts représentants venus de tous les États membres se sont rassemblés avec des partenaires, des membres de la société civile et des experts pour débattre du fait qu’un nombre croissant de données factuelles indiquent que l’investissement dans les systèmes de santé contribue à améliorer la santé des populations, la prospérité économique et, par conséquent, le bien-être social. Les résultats de ces délibérations forment la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Cette Charte énonce sept engagements qui continuent de nous motiver à renforcer les systèmes de santé dans toute la Région. En mettant l’accent sur les valeurs de solidarité, d’équité et de participation comme premier engagement, la Charte reflète le vœu commun des États membres de fonder leur système de santé sur des valeurs. Cet engagement à agir dans le respect de valeurs partagées est un fil conducteur dans toutes les activités menées depuis lors par les États membres et le Bureau régional. En 2015, le rapport final sur la Charte de Tallinn a été publié en consultation avec les États membres. Il documente la myriade d’impacts et l’influence que la Charte a eue et qu’elle continue d’avoir dans toute la Région.

375. Néanmoins, depuis la signature de la Charte de Tallinn il y a 10 ans, l’environnement européen a bien changé. La sphère politique est de plus en plus polarisée, le climat économique incertain (y compris pour ce qui est des budgets alloués à la santé et à la protection sociale), les MNT représentent la première cause de mortalité, de maladie et de handicap dans la Région et les tendances démographiques en matière de vieillissement et de déplacements de population témoignent d’une évolution profonde. Les systèmes de santé sont en première ligne à l’heure de relever ces défis, ce qui exerce une pression sur les valeurs auxquelles nous adhérons. C’est dans ce contexte que la réunion de haut niveau « Des systèmes de santé pour la prospérité et la solidarité : ne laisser personne de côté » s’est tenue les 13 et 14 juin 2018, à l’occasion du dixième anniversaire de la Charte de Tallinn.

376. La réunion avait deux objectifs : dans un premier temps, elle visait à célébrer les progrès accomplis en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région au cours des dix dernières années, expressions de l’héritage de la Charte de Tallinn. Dans un second temps, elle a donné l’occasion de réaffirmer les arguments en faveur de systèmes de santé plus forts pour l’amélioration de la santé et de la prospérité (à la lumière de nouvelles bases factuelles) et d’exploiter les possibilités actuelles qui traduisent les valeurs et les engagements au cœur de la Charte, en invitant instamment à leur protection à l’avenir. Par ailleurs, l’intitulé de la réunion a été choisi pour refléter une vision axée vers l’avenir et s’oriente autour de trois thématiques principales surnommées les « 3 I », à savoir :

- inclure : améliorer la couverture, l’accès et la protection financière de chacun ;
- investir : démontrer la nécessité d’investissements dans les systèmes de santé ;
- innover : exploiter les innovations et les systèmes pour répondre aux besoins des personnes.

377. Les « 3 I » constituent des forces motrices essentielles pour l’action de renforcement des systèmes de santé engagée non seulement par le Bureau régional, mais aussi par les États

membres. D'ailleurs, l'engagement à œuvrer de concert dans cette voie est reflété dans la déclaration finale de la réunion, signée au nom de l'ensemble des participants.

378. La réunion a rassemblé plus de 240 participants issus de 41 pays de la Région, parmi lesquels des ministres de la Santé, de hauts responsables politiques, des experts en politiques et en systèmes de santé, des experts dans le domaine de la gestion du changement et de nombreux partenaires. Elle a attiré l'attention des réseaux sociaux, avec la publication de 1 000 tweets et une audience d'environ 50 000 personnes sur la page Facebook du Bureau régional. La diffusion en direct sur le Web de l'événement a comptabilisé près de 10 000 vues sur l'ensemble des médias sociaux.

### ***Conférence mondiale sur les soins de santé primaires***

379. Les soins de santé primaires jouent un rôle essentiel en rapprochant les services de santé des foyers et des communautés, et en améliorant ainsi l'accès à ces services. En octobre 2018, 1 200 délégués provenant de plus de 120 pays à travers le monde se sont réunis à Astana (Kazakhstan), pour la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Ensemble, ils ont adopté la Déclaration d'Astana, s'engageant ainsi pour le renforcement de leur système de soins de santé primaires – une étape incontournable sur le chemin de la CSU.

380. L'approche des soins de santé primaires est une approche pansociétale de la santé, qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et une répartition équitable au moyen de mesures prises aux trois niveaux suivants : la réponse aux besoins sanitaires des populations moyennant des services de santé complets et intégrés à toutes les étapes de la vie, en accordant la priorité aux soins de santé primaires et aux fonctions essentielles de la santé publique ; la prise en compte systématique des déterminants de la santé au sens plus large grâce à des politiques publiques et des mesures fondées sur des données factuelles, dans tous les secteurs ; et le renforcement du pouvoir d'agir des individus, des familles et des communautés pour qu'ils puissent optimiser leur santé, afin qu'ils se placent en défenseurs des politiques de promotion et de protection de la santé et du bien-être, qu'ils participent à la mise en place des services de santé et des services sociaux, et qu'ils puissent s'autoadministrer des soins et en prodiguer aux autres.

381. Les soins de santé primaires augmentent l'efficacité en améliorant l'accès aux services de promotion de la santé et de prévention, au diagnostic précoce et au traitement et en assurant des soins centrés sur la personne qui sont axés sur ses besoins et qui permettent de réduire le nombre d'admissions et de réadmissions en hôpital. Les soins de santé primaires engendrent aussi, indirectement, des avantages au plan macroéconomique plus large du fait de leur capacité à améliorer la santé de la population dans les pays à revenu faible ou intermédiaire autant que dans les pays à revenu élevé. Les cibles des ODD liées à la santé et au bien-être sont tributaires de la mise en œuvre des soins de santé primaires au moyen de politiques et de mesures multisectorielles.

382. Actuellement, l'un des principaux domaines d'action de la communauté mondiale est la réalisation de la CSU et les soins de santé primaires constituent le fondement nécessaire de cette ambition. Les soins de santé primaires jouent un rôle clé dans la réduction des dépenses de santé des ménages en s'attaquant aux déterminants sous-jacents de la santé et en mettant l'accent sur les services au niveau de la population qui permettent de prévenir les maladies et de favoriser le bien-être. Sur le plan des coûts, les soins de santé primaires sont un moyen efficace de fournir

des services ; le fait que des personnes et des communautés dotées de moyens d’agir participent à la mise en place de services permet d’aiguiser la sensibilité culturelle et d’augmenter la satisfaction des patients, ce qui, au bout du compte, a pour effet d’améliorer les résultats en matière de santé.

383. Dans les années à venir, l’OMS aidera les pays à mettre en œuvre la Déclaration d’Astana, qui énonce des lignes directrices pour le développement des soins de santé primaires, base des systèmes de santé. Cet appui s’inscrit dans le cadre des travaux actuellement menés par l’OMS pour aider les pays à s’acheminer vers la CSU, notamment des efforts déployés pour mieux comprendre les causes des difficultés financières et plaider avec force en faveur d’investissements dans les systèmes de santé.

384. Le Centre européen pour les soins de santé primaires de l’OMS à Almaty (Kazakhstan) soutient les États membres dans la réforme des systèmes de prestation de soins de santé primaires. Les États membres européens ont accompli des progrès majeurs dans la transposition des politiques, des plans et des stratégies de la Région européenne en actions, ouvrant ainsi la voie au déploiement de soins de santé primaires complets aux fins de la réalisation de la CSU. En 2018, le rapport régional *From Alma-Ata to Astana: primary health care – reflecting on the past, transforming for the future* [D’Alma-Ata à Astana : les soins de santé primaires – Réfléchir au passé, transformer pour l’avenir] explore des innovations observées dans les systèmes de santé de la Région. Les expériences nationales sont vastes et englobent des innovations qui concernent l’aménagement organisationnel et la gouvernance, une prise de décisions décentralisée, le renforcement de la responsabilisation et de la gestion au niveau local, et des innovations en termes de financement des formules de paiement des prestataires, ainsi que des améliorations de la performance et des résultats et la réduction des inégalités d’accès. Les bonnes pratiques en matière de formation et d’éducation, les rôles et les responsabilités des agents de santé et l’utilisation des technologies, en particulier des solutions informatiques, témoignent des bases factuelles et des connaissances solides accumulées en Europe.

385. Dans la Déclaration d’Astana,<sup>11</sup> les États membres appellent au renouvellement des soins de santé primaires en réaffirmant leur engagement à l’égard du droit fondamental de chaque être humain de jouir du niveau de santé le plus élevé sans distinction aucune et à l’égard des valeurs et des principes de justice et de solidarité, soulignant l’importance de la santé pour la paix, la sécurité et le développement socioéconomique. On estime que certains éléments des soins de santé primaires doivent être actualisés pour répondre de façon adéquate aux défis récurrents et nouveaux auxquels sont confrontés la santé et le système de santé, ainsi que pour tirer parti des nouvelles ressources et des possibilités de succès au XXI<sup>e</sup> siècle, pour mobiliser l’ensemble des parties prenantes autour des politiques, des stratégies et des plans nationaux dans tous les secteurs, et pour entreprendre des actions communes en vue de développer des soins de santé primaires robustes et pérennes afin de s’acheminer vers la CSU. Le renouvellement des soins de santé primaires est essentiel pour trois raisons : a) les caractéristiques des soins de santé primaires permettent au système de santé de s’adapter et de réagir face à un monde complexe, en mutation rapide ; b) compte tenu de l’accent qu’ils placent sur la promotion de la santé et la prévention en agissant sur les déterminants et en adoptant une approche orientée sur la personne, les soins de santé primaires s’avèrent un moyen hautement efficace et efficient d’aborder les causes principales et les facteurs de risque de la mauvaise santé, ainsi que de gérer les défis émergents qui pourraient constituer à l’avenir une menace pour la santé ; et c) il ne sera possible de réaliser de manière durable la couverture sanitaire

---

<sup>11</sup>Déclaration d’Astana. Genève : Organisation mondiale de la santé/Fonds des Nations Unies pour l’enfance ; 2018.

universelle et les ODD liés à la santé que si l'on place davantage l'accent sur les soins de santé primaires.

### **La conférence mondiale sur les soins de santé primaires**

386. L'OMS, l'UNICEF et le gouvernement du Kazakhstan ont organisé la Conférence internationale sur les soins de santé primaires à Astana, en octobre 2018, pour réaffirmer l'engagement pris à haut niveau de miser sur les soins de santé primaires en vue d'atteindre les cibles mondiales en faveur de la CSU et d'autres ODD liés à la santé.

387. L'échange de bonnes pratiques, les discussions et la Déclaration d'Astana adoptée lors de la Conférence nourriront les débats de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la CSU, prévue pour septembre 2019. Cette Conférence devrait produire les résultats suivants : un engagement politique renforcé à l'égard des soins de santé primaires et de la CSU ; un financement approprié des soins de santé primaires et des fonctions essentielles de santé publique et l'allocation de ressources adaptées ; un perfectionnement adéquat du personnel de santé ; l'augmentation des investissements dans les activités de recherche pertinentes et dans les innovations relatives au système de santé ; un recours accru aux technologies correctement utilisées ; et une meilleure évaluation des progrès accomplis dans le domaine des soins de santé primaires, avec un examen périodique par les pays de la mise en œuvre de la Déclaration en coopération avec les parties prenantes.

### **Transformation de la vision en actes**

388. S'il est pleinement mis en œuvre, l'engagement international à l'égard des soins de santé primaires inscrit dans la Déclaration d'Astana peut induire un changement tangible. La Région européenne agit comme le moteur de son application en proposant un ensemble d'accélérateurs politiques pour que les pays contribuent largement aux efforts de mise en œuvre de la Déclaration d'Astana. Ces accélérateurs politiques sont fondés sur des données factuelles et des enseignements tirés de ces pays pleinement engagés en faveur des soins de santé primaires.

### **Programme de prestation de services de santé (Centre européen pour les soins de santé primaires, Almaty)**

389. Le Bureau régional a examiné trois axes pour la prestation de services de santé intégrés : l'intégration des secteurs de la santé et des services sociaux, au moyen de cas nationaux ; le rôle des hôpitaux pour des services orientés sur la personne et la communauté, dans une note de synthèse mondiale ; et l'intégration des services de santé publique et des soins de santé primaires comme politique d'accélération en faveur de la CSU.

390. Le Bureau régional a fait progresser la mesure de la performance des prestations de services de santé en mettant au point l'outil Impact, performances et capacités des soins de santé primaires pour leur suivi dans la Région, qui inclut des modules sur des priorités stratégiques telles que les soins primaires prodigués en dehors des heures ouvrables. Le Bureau régional a également fait le point sur les conclusions obtenues de l'étude des données relatives à la prestation de services de santé dans la Région et créé des plateformes pour le stockage et l'analyse des données.

391. Le Bureau régional a examiné la gouvernance et les mécanismes pour la qualité des soins, en répertoriant et en cartographiant ces mécanismes dans un cadre suivant la perspective des dirigeants des systèmes de santé, en aidant ces dirigeants à analyser l'utilisation qui est faite

des mécanismes au sein de leur système, à déceler les lacunes et à examiner les options permettant d'accorder la priorité à l'action.

392. Le Bureau régional a octroyé la priorité au renforcement des soins de santé primaires en explorant les divers concepts de CSU sous l'angle de la prestation de services, en examinant et en répertoriant les accélérateurs politiques des soins de santé primaires, en mettant au point un outil d'évaluation rapide du point de vue de la santé des populations, et en exposant le rôle essentiel des soins de santé primaires dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.

393. Le Bureau régional a adopté la perspective de la prestation de services de santé pour enquêter sur les points d'intersection entre la prestation de services et la santé et le bien-être de l'homme et les MNT, ainsi que sur la croisée entre la prestation de services de santé et le personnel de santé, en examinant le rôle des parties prenantes professionnelles dans la fourniture de soins de santé primaires fondée sur le travail en équipe.

394. Le Bureau régional a procédé à des évaluations rapides des soins de santé primaires afin d'étudier la faisabilité de nouveaux modèles de soins de santé primaires en Albanie et d'évaluer l'état actuel de ces soins au Kosovo,<sup>12</sup> aidant ainsi à éclairer la définition de priorités et l'élaboration de politiques.

395. Le Bureau régional a fourni une assistance technique à la qualité des soins dans un certain nombre de pays, dont le Bélarus, le Kirghizistan, la Macédoine du Nord et l'Ukraine, où les efforts se sont concentrés sur la cartographie de la qualité actuelle des soins et sur le soutien à la définition de priorités. Dans d'autres pays comme le Tadjikistan, le Bureau régional s'est attaché à appuyer le déploiement d'initiatives pour l'amélioration de la qualité dans le domaine des soins de santé primaires.

396. Le Bureau régional a aidé à mesurer les performances dans les pays pour identifier les possibilités d'accélérer le renforcement des soins de santé primaires, par exemple en réalisant une évaluation globale des soins de santé primaires en Albanie et en étudiant les performances des soins de santé primaires du point de vue des praticiens au Monténégro.

397. Le Bureau régional a tiré parti des formations et des jumelages pour le renforcement des capacités : au Bélarus, afin de développer les compétences professionnelles dans le domaine des soins de santé primaires pour lutter contre les MNT ; en Hongrie, afin de mettre au point un essai pilote pour la prestation de services intégrés et centrés sur la personne en vue du traitement des maladies pulmonaires obstructives chroniques ; et au Kazakhstan, afin d'aider les infirmiers et les médecins spécialisés dans les soins de santé primaires à étudier et à appliquer les aptitudes à la communication.

398. Le Bureau régional a encadré les politiques pour la prestation et la mise à l'essai de services de santé intégrés dans des pays tels que la Grèce, le Kazakhstan, la Roumanie et la Serbie, où des efforts sont déployés pour planifier et mettre en œuvre des projets pilotes et des sites de démonstration, et en Ouzbékistan et en Pologne où des dialogues politiques ont permis d'étudier les possibilités d'investir dans le personnel dispensant des soins de santé primaires et de transformer le modèle de soins.

---

<sup>12</sup>Conformément à la résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations Unies (1999).

399. Le Bureau régional a organisé des séances techniques en coordination avec certaines de ses unités techniques et un vaste réseau de partenaires. Ces séances ont réuni des représentants des pays, des experts et des membres de la société civile pour des consultations sur des sujets comme la santé de l'homme, la résistance aux antimicrobiens et la prestation intégrée de soins de longue durée.

400. Le Bureau régional a diffusé des publications, des bulletins d'information et des supports multimédia en anglais et en russe : il a, entre autres, publié l'intégralité des rapports de pays, des documents de travail, des chapitres et des articles scientifiques, ainsi qu'un bulletin d'information biennal, et préparé des produits multimédias, tels que des vidéos d'information sur les soins de santé primaires et sur les services de soins de longue durée, de même que des reportages photo sur la prestation de services dans la pratique.

401. Le Bureau régional a dispensé des formations et contribué au développement des capacités grâce à des conférences, des séminaires, des ateliers, etc. Il a encouragé une communication plus efficace autour des soins de santé primaires via une formation aux médias pour les professionnels de santé. Le Bureau régional a également accueilli des étudiants et parrainé des États membres pour qu'ils participent aux formations.

### ***Transformer les systèmes de santé en transformant leur gouvernance***

402. Les responsables du programme de gouvernance des systèmes de santé ont continué à développer l'initiative de transformation des systèmes de santé, qui examine comment les États membres peuvent opérer une transformation de ces systèmes à grande échelle et quels sont les mécanismes qui soutiennent l'élaboration de réformes au niveau macro.

403. L'initiative de transformation des systèmes de santé vise à :

- recenser les enseignements tirés de la mise en œuvre des réformes des systèmes de santé au niveau macro qui permettraient de renforcer les bases factuelles existantes ;
- fournir des informations provenant des responsables politiques du système de santé sur la façon d'entamer des réformes, d'accélérer/améliorer leur mise en œuvre et de surmonter tout obstacle ou inhibiteur rencontré.

404. Une liste de contrôle destinée aux pays, proposant une approche structurée pour évaluer leur disposition au changement et la mise en œuvre a été élaborée et est actuellement testée. Une étude de cas sur la Suède, la première d'une série qui examine les facteurs clés et les moteurs favorisant une transformation à grande échelle dans des contextes nationaux spécifiques, est en cours de finalisation.

405. Les responsables du programme de gouvernance des systèmes de santé ont également organisé un événement conjoint de l'OMS et de l'OCDE sur la transformation des systèmes de santé, lors duquel on étudiera le rôle de l'e-santé et des technologies numériques dans le renforcement des systèmes nationaux de santé et dans l'amélioration de la fourniture de soins de santé de haute qualité. Cet événement a eu lieu en juin 2019 à Paris (France).

## **Soutenir les efforts visant à constituer durablement des effectifs d'agents de santé dans la Région**

406. Les agents de santé jouent un rôle déterminant au sein des systèmes de santé en garantissant la durabilité, la résilience et la prestation de services de haute qualité. Un personnel de santé efficace, très motivé, adéquatement formé et bien géré est vital pour la fourniture de services.

407. En 2018-2019, les responsables du programme des ressources humaines pour la santé du Bureau régional ont continué à soutenir les États membres dans leurs efforts pour parvenir à pérenniser les effectifs d'agents de santé afin d'orienter les systèmes de santé sur la personne et d'améliorer le bilan de santé des populations.

408. Conformément au Cadre d'action régional pour la pérennité des personnels de santé, l'accent a été placé sur des thématiques comme la planification des besoins en personnel de santé, l'analyse du marché du travail, les politiques liées aux ressources humaines pour la santé et leur mise en application, la gouvernance des effectifs de santé et la gestion des ressources humaines pour la santé. Afin d'appuyer les États membres dans ces domaines, le programme des ressources humaines pour la santé a mis au point et publié une boîte à outils pour la pérennité des personnels de santé dans la Région.

409. En octobre 2018, l'importance des données et des informations pour soutenir la prise de décisions relatives aux ressources humaines pour la santé a été examinée avec le concours de représentants de 16 États membres lors d'une réunion sous-régionale sur les statistiques des ressources humaines pour la santé tenue à Minsk (Biélorus). À la suite de cette réunion, les responsables du programme des ressources humaines pour la santé ont travaillé en collaboration avec le département Ressources humaines pour la santé à Genève (Suisse) dans l'objectif de finaliser la traduction en russe des rapports nationaux sur les personnels de santé et des supports associés, aux fins de leur publication.

410. En décembre 2018, lors d'une réunion d'experts composée de représentants de 12 États membres, les difficultés rencontrées par les petits pays en matière de ressources humaines ont été examinées en exploitant les domaines inscrits dans le cadre d'action régional. L'acceptation de la nécessité d'évaluer les détails spécifiques des défis liés aux ressources humaines pour la santé et des solutions potentielles pertinentes et applicables aux petits pays a encouragé le Bureau régional à organiser cette réunion, en collaboration avec le Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement de l'OMS. Après la présentation des conclusions de la réunion et les débats ultérieurs sur les problèmes rencontrés en matière de ressources humaines pour la santé et leurs solutions lors de la sixième Réunion de haut niveau des petits États, tenue à Saint-Marin le 2 avril 2019, un groupe spécial d'experts est en train d'être constitué. Il rassemble des experts représentant les États membres dont la population est inférieure à 2 millions d'habitants et une sélection de régions (niveau sous-national) dont les caractéristiques sont semblables à celles des petits pays.

411. Le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux dans toute la Région reste la priorité du Bureau régional. En octobre 2018, les responsables du programme des ressources humaines pour la santé ont organisé, à Athènes (Grèce), la réunion biennale des directeurs généraux des soins infirmiers des gouvernements, des centres collaborateurs de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux et du Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes. Cette réunion de deux jours a permis d'examiner les progrès accomplis dans la

mise en œuvre des Orientations stratégiques européennes relatives aux soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre des objectifs de Santé 2020, ainsi que dans la perspective de 2030 et du Programme de développement durable.

412. Les infirmiers et les sages-femmes constituent la majorité des professionnels de santé en Europe et jouent un rôle clé dans la prestation efficace de services médico-sociaux. En 2019, dans le cadre du plan de travail conjoint 2019-2020, le Bureau régional présente, en collaboration avec le Forum européen des associations nationales d'infirmières et de sages-femmes, la richesse et la diversité du leadership dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux dans toute la Région européenne sur le site Web du Bureau régional et sur les réseaux sociaux.

### ***Innover pour améliorer les résultats sanitaires***

#### **Coalition de partenaires pour le renforcement des services de santé publique dans la Région européenne**

413. Santé 2020 attire l'attention sur la nécessité d'améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé. Les ODD mettent l'accent sur l'importance des partenariats multipartites permettant de mobiliser et de mutualiser des savoirs, des connaissances spécialisées, des technologies et des ressources financières afin d'aider tous les pays à concrétiser les ODD.

414. Dans ce contexte, le Bureau régional a continué d'investir dans l'établissement d'une coalition de partenaires pour le renforcement des services de santé publique dans la Région européenne. La coalition de partenaires n'est pas seulement une coalition en vue d'une action, mais s'efforce aussi de servir de plate-forme pour l'ensemble des systèmes, de communauté de pratique et d'incubateur pour les nouvelles initiatives. Lors de sa dernière réunion à ce jour, tenue à Ljubljana (Slovénie) en novembre 2018, la coalition de partenaires a rassemblé des représentants d'une multitude de parties prenantes et de disciplines différentes qui composent les services de santé publique, dont des collaborateurs en poste dans des services nationaux et sous-nationaux de santé publique, des responsables politiques, ainsi que des collaborateurs de plusieurs organisations internationales, notamment la Fédération mondiale des associations de la santé publique, l'Association européenne de santé publique, l'International Association of National Public Health Institutes, l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne (ASPHER), l'Alliance européenne pour la santé publique, EuroHealthNet ou le Réseau des Villes-santé et le Réseau des Régions-santé.

415. Comme toute coalition, celle-ci a pour principal objectif de fournir une plate-forme pour que ces collègues planifient des actions communes, mais cela ne s'arrête pas là. Reconnaissant qu'il n'existe pas de solution facile, elle a un autre objectif important, celui de servir de réseau de praticiens, c'est-à-dire de groupe de collaborateurs qui acceptent de se réunir périodiquement pour échanger des savoirs, étudier des idées et agir vis-à-vis les uns des autres comme un organe de réflexion. Les membres de la coalition de partenaires collaborent pour créer des outils, des études de cas et d'autres ressources à partager. Au-delà d'une contribution aux activités des collègues participants, la valeur ajoutée de la coalition de partenaires réside dans la satisfaction personnelle de connaître des collègues qui comprennent le point de vue les uns des autres, dans le sentiment d'appartenance à la communauté de la coalition européenne de partenaires et dans les relations personnelles établies au sein de cette communauté.

416. Deux ans après le lancement de la coalition, d'importants résultats commencent à être enregistrés :

- en conséquence de leur implication dans la coalition de partenaires, des collègues du Kirghizistan ont lancé un processus participatif pour formuler une réforme de leurs services de santé publique et ont mobilisé une coalition nationale en appui à cette réforme. D'autres pays comme l'Estonie, la Hongrie, la Slovaquie et la Slovénie envisagent aujourd'hui de prendre des mesures similaires ;
- des partenaires tels que la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de la santé et le Centre collaborateur de l'OMS pour l'éducation et la formation en santé publique, se sont réunis avec les États membres pour étudier les facteurs entravant ou facilitant l'intégration des services de soins primaires et de santé publique ;
- ASPHER et l'OMS ont dirigé l'élaboration d'une Feuille de route pour la professionnalisation des personnels de santé publique et des Compétences de base de l'OMS/ASPHER pour les personnels de santé publique dans la Région européenne, et plusieurs pays ont exprimé leur volonté d'exploiter ces outils au niveau national ;
- l'International Association of National Public Health Institutes et l'OMS se sont associées pour organiser des ateliers sur les processus de gestion du changement, lors desquels les États membres ont fusionné plusieurs institutions pour former des instituts nationaux de santé publique complets qui orientent la prise de mesures en santé publique ;
- des collaborateurs de l'Université de Neuchâtel ont travaillé avec des collègues de Géorgie, du Kirghizistan, de Serbie et de Suisse pour cartographier les avancées en matière de mise en œuvre du RSI (2005) dans la législation de ces pays ;
- EuroHealthNet dirige l'élaboration d'un recueil d'études de cas qui illustre des stratégies novatrices de financement des services de promotion de la santé.

417. À l'heure actuelle, tout véritable leadership requiert la capacité à activer des thématiques sociales fertiles au sein de groupes multipartites complexes et souvent divergents et le Bureau régional est fier d'entamer ce périple avec les autres membres de la coalition de partenaires.

### **Un vaste ensemble de formations sur les systèmes de santé**

418. Le Bureau de l'OMS à Barcelone (Espagne) organise des formations annuelles à l'intention des décideurs politiques, des responsables des pouvoirs publics, des professionnels de la santé occupant des postes à responsabilité et des autres parties prenantes qui influent sur les politiques et les performances des systèmes de santé dans la Région européenne. Les deux éditions du cours de Barcelone sur le financement de la santé pour la CSU continuent d'attirer un nombre de candidatures jusqu'à trois fois supérieur au nombre de places disponibles. En 2019, ce cours a été proposé avec un service d'interprétation en russe pour en faciliter l'accès aux participants des pays russophones de la Région européenne. Ce cours constitue une occasion unique pour les décideurs du secteur européen de la santé de développer leurs connaissances sur la CSU, de partager des données d'expérience et de tirer des enseignements des pratiques couronnées ou non de succès dans les pays.

419. Le cours de Barcelone de l'OMS sur le renforcement des systèmes de santé en vue d'améliorer la prévention et les soins antituberculeux a été organisé en 2018 avec la collaboration de la Division des maladies transmissibles, de la sécurité sanitaire et de l'environnement. Ce programme de formation vise à soutenir la transformation du financement et de la prestation des services de lutte contre la tuberculose dans la Région européenne. Il s'agissait de la troisième édition du cours soutenant la mise en œuvre du Projet régional de lutte contre la tuberculose en Europe de l'Est et en Asie centrale (TB-REP), financé par le Fonds mondial.

### **La numérisation des systèmes de santé**

420. Le symposium inaugural de l'OMS sur l'avenir des systèmes de santé numériques dans la Région européenne, organisé à Copenhague en février 2019, a réuni plus de 350 parties prenantes œuvrant dans les domaines de la santé numérique, des systèmes de santé et des communautés de la santé publique. Cet événement a constitué la deuxième prestation majeure de l'initiative du Bureau régional pour la numérisation des systèmes de santé, lancée en juin 2018 lors d'une réunion à Budapest (Hongrie) grâce à l'appui du ministère hongrois des Capacités humaines, de l'Université Semmelweis et de l'European Health Management Association.

421. Au cours de ce symposium, les États membres ont mis en avant leurs activités au moyen de présentations, des enseignements acquis et des informations recueillies pendant leur avancée sur la voie de la numérisation de leur système de santé. Des séances techniques ont inclus des exemples concrets de stratégies, de systèmes, de services, de portails, d'outils et de démarches, ainsi que les éléments clés en arrière-plan nécessaires à la santé numérique : gouvernance, feuilles de route, politiques, formation et maintien du personnel, etc.

422. Ce symposium a constitué un forum idéal à la tenue de débats francs et animés sur les défis auxquels les États membres sont confrontés en matière de santé numérique, sur leurs démarches pour surmonter ces difficultés et sur leur vision de l'avenir des systèmes de santé dans la Région européenne.

423. Les séances techniques du symposium ont porté sur les domaines thématiques suivants :

- la gouvernance et le leadership pour l'avenir de la santé numérique ;
- les réussites de la santé numérique au niveau national ;
- la collaboration pour la création des services de santé de demain ;
- la nouvelle génération de systèmes de santé numérique.

424. Les intervenants ont souligné à de nombreuses reprises l'impact profond de la santé numérique s'agissant de révolutionner le fonctionnement des systèmes nationaux de santé et la prestation de services de santé. L'ampleur et le rythme du changement induit par cette numérisation (qui inclut, entre autres, les informations sanitaires sous forme numérique et les services d'e-santé, la génomique, l'intelligence artificielle et la robotique) remettent en question notre perception de la façon dont les soins peuvent être dispensés et du moment auquel ils peuvent l'être et constituent le moteur d'une transition vers des modèles de soins de santé prédictifs et préventifs.

425. La numérisation des systèmes de santé, ce n'est pas simplement « continuer à faire ce que nous faisons, plus rapidement et plus efficacement ». Il s'agit d'une transformation globale qui

redéfinit entièrement notre compréhension de la manière dont les services de santé peuvent et doivent être fournis, qui aborde la façon dont les droits et le consentement de la personne peuvent être respectés et pris en compte et qui exploite la valeur des données pour la santé.

426. La santé numérique revêt une importance capitale pour la réalisation de la CSU en offrant des moyens plus efficaces et efficients de garantir la qualité et l'accès équitable à la santé pour tous sans risquer la ruine ou un appauvrissement. Néanmoins, pour innover afin d'ouvrir des possibilités d'avenir grâce à la santé numérique, il faut établir un lien concret entre les investissements dans la santé numérique et la réalisation des objectifs de santé publique. Sans une telle démarche, les États membres courent le risque que leurs investissements dans la santé numérique génèrent une progression des inégalités, créant des divisions avec des ressources ne correspondant pas à la charge de morbidité la plus importante, et aucun avantage pour les plus vulnérables.

### **Prochaines étapes**

427. Le Bureau régional est clairement appelé à maintenir et à renforcer son rôle moteur en matière de santé numérique. Les États membres ont fermement exprimé leur accord sur le fait qu'une stratégie axée sur les systèmes de santé est le moyen le plus pertinent et le plus efficace d'y parvenir. La nécessité d'une réflexion sur la santé publique et de conseils concrets pour la mise en œuvre de la santé numérique a été réitérée.

428. On observe un sentiment d'urgence et une dynamique pour faire avancer les choses ; le Bureau régional ainsi que ses partenaires ont été encouragés à prendre le commandement par l'élaboration du projet de feuille de route européenne en vue de l'accélération de la numérisation des systèmes de santé. Ceci permettra aux États membres de construire et d'intégrer des bases solides et cohérentes pour la santé numérique et de se préparer à l'adoption de technologies émergentes dans le secteur de la santé.

429. Les efforts déployés à l'avenir au titre de l'initiative du Bureau régional pour la numérisation des systèmes de santé viseront avant tout à accroître l'appui et la présence dans les pays en accélérant l'adoption, en toute sécurité, de la santé numérique par les États membres. Par ailleurs, en faisant participer un réseau solide de partenaires pour la santé numérique, l'objectif est de faciliter la transition des États membres vers des systèmes de santé du futur dans la Région, dans lesquels :

- l'innovation créera une culture de la santé où chacun aura la possibilité de faire des choix conduisant à un mode de vie sain, ce qui contribuera à un changement de paradigme où l'on passera des soins curatifs à la prévention des maladies, avec l'appui de la santé publique ;
- les services seront intégrés de manière sensée, abordables et universellement accessibles pour l'ensemble de la population et les individus auront la possibilité de prévenir les causes évitables de la mauvaise santé et seront informés dans cet objectif ;
- les investissements dans la santé numérique feront pendant avec la réalisation d'objectifs clés de la santé publique.

## **Collaboration avec les pays : Géorgie et Ouzbékistan**

430. En sus de la collaboration avec des groupes de pays, le Bureau régional a apporté une assistance personnalisée à certains pays tels que la Géorgie et l'Ouzbékistan, sur tous les sujets abordés plus haut.

### *Géorgie*

431. L'appui apporté dans les coulisses par l'OMS a contribué à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> mai 2018, d'une nouvelle législation antitabac en Géorgie, qui requiert que les espaces publics et les milieux de travail clos soient non fumeurs et interdit la publicité, la promotion et le parrainage des produits du tabac. La nouvelle législation antitabac géorgienne est considérée comme la plus stricte de la Région européenne.

432. Cette nouvelle génération de lois antitabac inclut la mise en œuvre des dispositions clés suivantes en 2018, ainsi que l'entrée en vigueur progressive de dispositions supplémentaires dans les années à venir :

- Interdiction de fumer (y compris des cigarettes électroniques et des narguilés) dans tous les lieux publics clos, les lieux de travail fermés et les transports en commun ;
- Interdiction de la publicité, du parrainage et de la promotion des produits du tabac ;
- Interdiction de présenter du tabac à l'étalage dans les points de vente et les magasins de détail ;
- Apposition de mises en garde sanitaires couvrant 65 % des emballages de tabac à fumer et inclusion d'une notice d'information avec les cigarettes électroniques ;
- Protection des politiques nationales de lutte antitabac de l'ingérence de l'industrie du tabac et réglementation des rapports entre l'État et l'industrie ;
- Classification des cigarettes électroniques contenant de la nicotine dans les produits du tabac ;
- Interdiction de la vente au détail de produits du tabac par Internet, par la poste et dans les drive-in.

433. La nouvelle législation est le fruit du travail accompli pendant plusieurs années par les partenaires internationaux, notamment le Bureau régional et le secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les arguments en faveur d'investissements dans la lutte antitabac en Géorgie ont été les premiers de ce type avancés à l'échelle mondiale. En 2017, la Géorgie a été sélectionnée pour le projet 2030 de la Convention-cadre de l'OMS, qui vise à soutenir les parties à la Convention-cadre pouvant prétendre à une aide officielle au développement en vue de réaliser les ODD par la mise en œuvre de la Convention-cadre. La Géorgie est le seul État partie de la Région européenne ayant été sélectionné.

434. Dans le cadre des accords de collaboration biennaux conclus avec la Géorgie, le Bureau régional a aussi contribué à la mise en application de la nouvelle législation en fournissant un appui concret, notamment :

- une assistance technique pour l'élaboration d'instruments normatifs assujettis à la loi et qui porteraient, entre autres, sur les mises en garde pour la santé, la standardisation de l'emballage et la protection de la politique nationale de lutte antitabac de l'ingérence de l'industrie du tabac ;

- l'élaboration d'un plan d'action national consolidé ;
- la conception et la réalisation d'une campagne de communication ;
- une visite d'étude en Roumanie pour des organismes géorgiens chargés de l'application de la loi ;
- la préparation d'un guide pour la mise en œuvre de la réglementation antitabac ;
- la formation de formateurs du ministère de l'Intérieur et d'autres acteurs concernés et organismes chargés de l'application de la loi, et l'élaboration de modules de formation pour les policiers ;
- la coordination des activités multisectorielles.

435. En ce qui concerne la CSU, la Géorgie s'efforce depuis 2013 d'améliorer la politique de financement de la santé en élargissant le champ des prestations accordées aux populations pour des soins de santé financés publiquement et en augmentant progressivement les fonds publics consacrés au système de santé. L'Agence des services sociaux fonctionne comme un organisme d'achat unique pour le secteur de la santé, une démarche conforme aux meilleures pratiques européennes et mondiales. Les données factuelles révèlent que ces réformes ont permis des progrès dans la réalisation de l'objectif mondial de la CSU en Géorgie : elles ont amélioré l'accès aux services de santé et la protection financière dans les zones ciblées pour l'élargissement de la couverture.

436. Le Bureau régional a renforcé son soutien à la Géorgie et fournit une assistance technique pour renforcer les capacités en matière d'achats stratégiques par l'intermédiaire du partenariat CSU, soutenu par l'UE, le Grand-Duché du Luxembourg et l'OMS.

437. L'assistance technique fournie en 2018 visait à étendre encore les capacités de l'Agence des services sociaux en se concentrant sur trois aspects : la préparation d'une stratégie en matière d'achats stratégiques et l'apport d'un soutien pour renforcer les capacités de l'Agence à mettre en œuvre cette stratégie ; le soutien à la mise en œuvre de groupes rattachés à un diagnostic pour améliorer la transparence de la rémunération des prestataires et l'encadrement des achats stratégiques ; et la formulation de parcours suivis par les patients basés sur les meilleures pratiques dans les domaines cliniques prioritaires sélectionnés et la mise au point d'outils de soutien à leur mise en œuvre.

438. L'amélioration de l'accès aux services de rééducation et aux dispositifs d'aide constitue un autre domaine d'activités dans lequel la Géorgie a bénéficié de l'appui technique de l'OMS. Les dispositifs d'aide comme les fauteuils roulants, les aides auditives et les lunettes sont conçus pour aider les personnes à mener leurs activités au quotidien, tandis que les services de rééducation sont essentiels pour améliorer le bien-être des personnes souffrant de traumatismes, de MNT et de handicap, ainsi que d'une population vieillissante.

439. Pour la Géorgie, comme pour d'autres pays de la Région, le renforcement de la rééducation au sein des systèmes de santé est indispensable au regard du vieillissement rapide de la population auquel ils doivent faire face. Le Bureau régional a entamé un programme sur quatre ans (2018-2022) visant à consolider la rééducation dans la Région, et la Géorgie est l'un des pays prioritaires. Ce programme est soutenu par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

440. Le Bureau régional évalue actuellement la situation en matière de handicap, de rééducation et de technologies d'assistance en Géorgie afin de définir la meilleure façon d'aider le pays à renforcer les politiques relatives à la rééducation et les systèmes et services de rééducation en tant que partie intégrante de la CSU. Au cours d'une visite organisée du 15 au 19 avril 2019, le personnel du Bureau régional a rencontré le personnel des ministères, des organes des Nations Unies, des partenaires de développement et des groupes d'utilisateurs pour évaluer la situation actuelle et définir la portée de l'engagement. Cette action permettra à la Géorgie de mettre au point une politique-cadre globale sur la rééducation et de renforcer à la fois les services de rééducation et l'accès aux produits d'assistance grâce à son programme-phare sur la CSU.

441. En mai 2019, une mission conjointe, première étape d'une série d'activités visant à renforcer les soins de santé primaires dans les zones rurales, a été menée dans la région de la Kartlie. Elle a inclus des visites aux services de soins de santé primaires de trois villages, y compris l'examen des locaux et des équipements disponibles et des entretiens avec les agents de santé, les gestionnaires et les bénéficiaires des services de santé sur les différents aspects de la prestation de soins de santé primaires dans les zones rurales. Ces visites se sont achevées par une consultation des professionnels des soins de santé primaires à l'Université d'État de Gori.

442. En février 2019, la Géorgie a accueilli la première consultation régionale sur l'hépatite virale dans la Région européenne à Tbilissi, qui a réuni 120 participants issus de 45 États membres de la Région et un large éventail de parties prenantes (partenaires, experts techniques, organisations de la société civile et associations de patients) pour débattre de tous les éléments de la riposte face à l'hépatite virale et échanger les outils et les données d'expérience en vue de surmonter les difficultés communes.

443. Avec l'appui du Bureau régional et des partenaires, la Géorgie a été pionnière de l'intervention contre l'hépatite C et est devenue un exemple pour les autres pays : en seulement quelques années, son programme national d'élimination de l'hépatite C a permis de traiter efficacement plus d'un tiers des personnes vivant avec ce virus en organisant un dépistage à grande échelle, y compris des groupes à risque, et en garantissant l'accès universel au traitement.

444. La consultation régionale a été l'occasion d'échanger sur les bonnes pratiques visant à réduire le coût des médicaments contre l'hépatite et à assurer des modèles de prestation de services orientés sur la personne, y compris sur les plus vulnérables. Le Bureau régional prévoit de publier un recueil de bonnes pratiques pour qu'elles soient diffusées largement dans toute la Région.

#### *Ouzbékistan*

445. Avec le soutien du Bureau de pays de l'OMS, le ministère ouzbèke de la Santé a organisé une table ronde interagences consacrée au tabac et aux maladies cardiaques, la veille de la Journée mondiale sans tabac. Les participants se sont engagés dans des débats politiques sur des questions liées à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et sur l'application de la législation antitabac en Ouzbékistan et le Bureau de pays de l'OMS a présenté des données d'expérience internationales et des mesures de lutte antitabac efficaces, connues sous le nom de mesures MPOWER, mises en œuvre dans d'autres pays.

446. Conformément à la Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région

européenne 2015-2025, le ministère de la Santé et le Bureau de pays de l'OMS ont présenté un canevas aux fins d'une feuille de route nationale pour la prévention du tabagisme et la lutte antitabac en 2018-2019. L'événement a permis l'établissement d'un groupe de travail multisectoriel afin de progresser dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS en Ouzbékistan et d'œuvrer à la réalisation des objectifs nationaux liés au tabac. Son importante couverture médiatique a suscité l'intérêt et le soutien des populations.

447. L'OMS fournit une assistance technique pour appuyer l'Ouzbékistan dans l'élaboration de la réforme globale du financement de la santé qu'a entamée le pays pour garantir un accès équitable aux soins de santé, la protection financière et une répartition juste des ressources.

448. Au cours d'une visite officielle effectuée par la directrice régionale en Ouzbékistan du 18 au 21 novembre 2018, à l'occasion d'une conférence nationale intersectorielle de haut niveau, ce pays a lancé un ambitieux programme stratégique à long terme visant à faire progresser les réformes nationales globales du système sanitaire et à réaliser les ODD liés à la santé d'ici 2030. La mise en œuvre de la réforme a été passée en revue, avec un accent placé sur le développement des soins de santé primaires, sur le financement de la santé et sur le renforcement de la gouvernance pour la santé et le bien-être au niveau intersectoriel.

449. En avril 2019, un dialogue politique engagé à Tachkent et co-organisé par l'OMS a rassemblé plus de 100 participants, notamment de hauts responsables politiques du gouvernement, des représentants d'ONG et des partenaires internationaux. Ce fut une occasion unique de veiller à ce que l'Ouzbékistan fasse des choix éclairés par des données factuelles en tirant des enseignements des expériences internationales. Les experts internationaux ont partagé les bonnes pratiques en matière de réforme du financement de la santé et d'instruments stratégiques efficaces pour inspirer la prise de mesures et aider l'Ouzbékistan à surmonter les difficultés rencontrées à ce jour dans le financement de la santé, comme les paiements directs élevés, les obstacles à l'accès et les problèmes relatifs à la qualité et à l'efficacité.

450. Deux régions de l'Ouzbékistan, les provinces de Kashka-Darya et de Ferghana, ont déployé un ensemble novateur d'interventions pour lutter contre les MNT, particulièrement bénéfiques pour les hommes vulnérables face aux maladies cardiovasculaires, à l'hypertension et au diabète de type 2, car les hommes ont tendance à demander moins fréquemment de l'aide aux professionnels de santé que les femmes.

451. Dans un contexte d'efforts visant à évoluer du traitement des maladies à leur prévention, l'identification et la prise en charge insuffisantes des patients à haut risque constituent un réel problème. Une partie de la solution a déjà été avancée en la personne des infirmiers ouzbèkes.

452. Au moyen d'une approche systématique qui prévoit des modifications du cadre réglementaire, les régions pilotes ont pu accroître le rôle des infirmiers, ce qui a induit un meilleur partage des tâches entre les médecins et ces derniers, d'où une réduction des contraintes pesant sur les médecins généralistes.

453. Dans les communautés locales, les équipes de médecins et d'infirmiers utilisent désormais les registres de patients pour identifier les groupes cibles et les inviter à évaluer les risques cardiovasculaires qu'ils encourent. Quand les patients se présentent, les infirmiers les interrogent sur les facteurs de risque, rapportent leur taille et leur poids et prennent leur tension avant qu'ils ne voient le médecin. Les infirmiers rendent aussi visite aux patients à domicile et

utilisent des questionnaires pour détecter les facteurs de risque. Quand les personnes ne se présentent pas au rendez-vous pour cette évaluation, les agents de santé engagent un suivi.

454. Par ailleurs, les régions disposent de centres aménagés où des examens sanguins, permettant entre autres de relever le taux de cholestérol, peuvent être pratiqués et fournir rapidement des résultats. Un logiciel spécialement conçu pour faciliter le suivi des patients à haut risque et évaluer les résultats est intégré au système informatique pour les services de soins ambulatoires. Des équipes de coordination visitent régulièrement les centres de santé afin d'assurer un encadrement basé sur les évaluations du personnel comme des patients.

455. Ces changements apportés dans les soins de santé publique ont été appuyés par un projet de promotion de la santé des communautés intitulé Healthy Life. Dirigé par les pouvoirs publics locaux, ce projet canalise le soutien d'un large éventail de parties prenantes, allant des animateurs de jeunesse aux agences gouvernementales, en passant par des représentants religieux et des comités de femmes.

456. Après un an, les huit établissements pilotes ont constaté que près de 80 % des personnes âgées de plus de 40 ans se sont soumises au dépistage des risques cardiométaboliques. Les niveaux de participation des hommes sont élevés et représentent jusqu'à 86 % de la population masculine, soit un taux quasiment similaire à celui des participantes, et les données témoignent d'une augmentation d'environ 50 % des cas nouvellement dépistés d'hypertension artérielle et de diabète de type 2.

457. Les autres résultats du projet pilote étaient, en autres, les suivants :

- une qualité accrue et une meilleure efficacité des conseils aux patients sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles et sur les modes de vie sains ;
- des examens cliniques plus complets pratiqués par les médecins ;
- une utilisation plus importante des services de soins de santé par la population masculine pour l'évaluation des risques cardiovasculaires ;
- une plus grande satisfaction des patients associée au sentiment que les médecins montrent de l'intérêt envers leur santé ;
- un meilleur partage des tâches entre les médecins et les infirmiers et la promotion de la prise de décisions en équipe ; et
- une confiance et une autonomisation accrues des infirmiers vis-à-vis de leur rôle élargi.

458. Il est à espérer que les enseignements tirés en Ouzbékistan après la mise en œuvre coordonnée de cette panoplie de mesures pourront inspirer d'autres pays.

## **6. Information, bases factuelles et recherche en santé : le fondement de politiques et d'actions efficaces**

459. L'Initiative européenne d'information sanitaire (EHII), un réseau déterminé à améliorer la santé des populations de la Région européenne en renforçant l'information et les données probantes qui sous-tendent l'élaboration des politiques, fournit le cadre général des activités

menées dans le domaine de l'information, des bases factuelles et de la recherche en santé au Bureau régional.

460. Des États membres, des centres collaborateurs de l'OMS, des réseaux d'information sanitaire et des associations telles que l'Association européenne de santé publique, ainsi que des fondations philanthropiques telles que le Wellcome Trust, comptent parmi les partenaires de l'Initiative. La Commission européenne et l'OCDE sont également des participants actifs. L'EHII s'est réunie 13 fois, la dernière réunion ayant d'ailleurs été organisée à Copenhague (Danemark) en mars 2019. L'un des domaines de travail prioritaires de l'EHII est la comparaison et la cartographie des cadres d'indicateurs existants et émergents afin de communiquer des données et des rapports sur la santé ainsi que l'amélioration de l'accès à l'information sanitaire et de sa diffusion.

### ***Plan d'action en vue de renforcer l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche à des fins d'élaboration de politiques dans la Région européenne de l'OMS***

461. Le Plan d'action élaboré par le Bureau régional est, à l'échelle mondiale, le seul plan d'action de l'OMS consacré à cette thématique. Sa vision à long terme est de contribuer à réduire les inégalités de santé et d'améliorer l'état de santé et le bien-être des individus et des populations de la Région.

462. De nets progrès ont été réalisés dans les quatre domaines d'action.

- Renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire, harmoniser les indicateurs de la santé, et mettre en place un système intégré d'information sanitaire pour la Région européenne (*domaine d'action n° 1*). Le CCS a été adopté lors du CR68 afin de réduire la charge de travail des États membres en matière de communication de données et d'établissement de rapports en définissant un ensemble commun d'indicateurs disponibles : Santé 2020, les ODD et le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. L'EHII soutient désormais la mise en œuvre du Cadre commun de suivi, la première collecte de données ayant eu lieu en 2019.

En outre, le Bureau régional a apporté des conseils et une aide aux États membres pour la mise en place de mécanismes de gouvernance des systèmes d'information sanitaire et d'e-santé, ainsi que pour l'élaboration et l'évaluation des stratégies et des politiques à l'appui de ces initiatives. Un nombre total de dix évaluations ont été effectuées à ce jour en appliquant l'outil d'aide pour évaluer les systèmes d'information sanitaire ainsi que pour élaborer et renforcer des stratégies d'information sanitaire. Cet outil est actuellement en cours de révision sur la base des conseils émis par un sous-groupe du Comité directeur de l'Initiative EHII, de l'expérience acquise dans le cadre des essais pilotes réalisés au niveau national et des évaluations conjointes du système d'information sanitaire et de l'e-santé.

- Mettre en place et promouvoir des instituts et systèmes nationaux de recherche en santé pour définir les priorités de santé publique (*domaine d'action n° 2*). En 2018-2019, le Bureau régional a publié, en collaboration avec toutes ses divisions, neuf rapports du Réseau HEN soumis à examen collégial. Ces rapports présentent à l'adresse des responsables politiques des analyses détaillées et des considérations politiques sur des grands problèmes de santé publique relevant des domaines de la

migration et de la santé, des contextes culturels de la santé, de la vaccination, de la tuberculose, des déterminants sociaux de la santé et de l'élaboration de politiques inspirées de bases factuelles. Les rapports de synthèse du Réseau HEN sont en général élaborés et publiés en anglais et en russe, ce qui améliore l'accès aux sources multilingues de données techniques et scientifiques.

- En réponse à l'appel lancé par le plan d'action en vue de faire progresser les systèmes de recherche en santé dans la Région, le Réseau européen de recherche en santé a été pleinement établi en 2018 dans le but de fournir une orientation stratégique et un leadership dans le renforcement des systèmes de recherche en santé, et de coordonner une plate-forme de communication, d'échange et de sensibilisation dans la Région européenne (*domaine d'action n° 2*).
- Le Comité consultatif européen de la recherche en santé est l'organe consultatif suprême de la Région. Il émet des recommandations à l'adresse du directeur régional, et apporte une expertise ad hoc tant opérationnelle que technique à toutes les divisions techniques du Bureau régional sur des dossiers intéressant le Comité régional et la Région, notamment le « big data », l'obésité infantile, la vaccination, la recherche de mise en œuvre et la santé mentale. En 2018, le Comité consultatif européen de la recherche en santé a institué un nouveau groupe de travail important pour encourager l'exécution de travaux de recherche sur la mise en œuvre dans la Région et l'utilisation de celle-ci (*domaine d'action n° 2*).

### **Amélioration de l'accès à l'information sanitaire et de sa diffusion**

463. Le Portail européen d'information sanitaire est le portail standard utilisé par le Bureau régional afin de diffuser des informations et des données sanitaires pertinentes. Il met l'accent sur la convivialité et l'utilisation de visualisations afin d'aider les utilisateurs à accéder facilement aux informations sur la santé publique et à les comprendre. Sa fonctionnalité est en constante augmentation, et comprend des profils de pays ainsi qu'un large éventail de domaines thématiques, tels que la prévention des maladies et la santé environnementale.

464. Le projet sur les contextes culturels de la santé et du bien-être du Bureau régional vise à améliorer l'élaboration des politiques de santé publique grâce à une compréhension plus nuancée de l'influence exercée par les facteurs culturels sur la perception de la santé et la prestation des soins de santé. L'OMS a produit deux grandes publications en 2019 dans le cadre de ce projet.

465. La première est une note d'orientation sur le rôle primordial joué par les facteurs culturels face au défi de la résistance aux antibiotiques. La note d'orientation examine comment la prescription et l'utilisation de médicaments antibactériens, la transmission de la résistance, la réglementation et le financement de la recherche sont influencés par des facteurs culturels, sociaux et commerciaux, autant que par des facteurs biologiques et technologiques. La seconde publication est un rapport de synthèse du Réseau des bases factuelles en santé qui examine les données probantes sur le rôle que les arts peuvent jouer dans l'amélioration de la santé et du bien-être.

466. Le Bureau régional a publié l'édition de 2018 de sa publication phare, le Rapport sur la santé en Europe. Ce rapport existe en deux versions (un rapport intégral et les faits marquants). Il a été lancé juste avant le CR68, et est devenu l'une des publications les plus populaires du

Bureau régional cette année-là. Ce document, publié tous les trois ans, donne un aperçu essentiel de la santé dans la Région européenne et des progrès réalisés afin de garantir la santé et le bien-être pour tous. Il montre également les axes suivis et les progrès réalisés pour la concrétisation des buts de Santé 2020, et révèle certaines lacunes dans les avancées obtenues, certaines inégalités, préoccupations et incertitudes, qui doivent donner lieu à des interventions.

467. L'édition 2018 présente des informations actualisées, et explique comment les États membres ont commencé à élargir les bases factuelles au-delà des chiffres et des statistiques, en acquérant des données dans les disciplines des humanités médicales et des sciences sociales, et en exploitant le récit du vécu et les expériences subjectives. Ce faisant, le rapport a placé à l'avant-plan des nouvelles recherches plusieurs valeurs fondamentales de Santé 2020, telles que la résilience et l'autonomisation des communautés et l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie. Il est clair, cependant, que la priorité accordée à la nouvelle méthodologie de recherche ne suffit pas, en elle-même, à concrétiser l'ambition formulée dans Santé 2020, à savoir mettre en place des systèmes de santé équitables, durables et universels, centrés sur la personne et donnant aux individus le contrôle des décisions qui ont le plus d'impact sur leur vie. Il faut convertir des informations sanitaires fiables en interventions stratégiques efficaces. À cette fin, le rapport 2018 insiste désormais sur l'utilisation de données, processus dans lequel l'application efficace des connaissances permet de combler le fossé entre la recherche et les politiques, et sert de catalyseur pour l'élaboration de politiques s'inspirant de bases factuelles.

468. Le Bureau régional publie tous les trois mois la revue bilingue (en anglais et en russe) libre d'accès, à comité de lecture et sans frais de publication pour les auteurs *Public Health Panorama* [Panorama de la santé publique]. *Public Health Panorama* est la dernière-née des revues de l'OMS, mais est rapidement devenue une revue respectée, dotée d'un contenu de haute qualité, et caractérisée par l'excellence de ses traductions et de ses pratiques de publication. Les numéros de 2018 de la revue étaient consacrés aux activités menées dans les pays, aux situations d'urgence sanitaire, aux MNT et aux soins de santé primaires. Les numéros de 2019 ont, quant à eux, été consacrés à l'information sanitaire, au projet des Villes-santé et à la littérature en santé. Le thème du dernier numéro de 2019 sera la tuberculose.

### ***L'avenir des systèmes de santé numérique***

469. En février 2019, le Bureau régional a accueilli, en collaboration avec le Centre norvégien de recherche en e-santé, un colloque déterminant de l'OMS sur l'avenir des systèmes de santé numérique dans la Région européenne.

470. L'objectif de ce colloque était d'inciter les États membres, les partenaires et les principaux leaders d'opinion à dialoguer pour définir les priorités de l'action de santé publique en vue d'accélérer le déploiement de la santé numérique dans la Région européenne, et à apporter leur participation à l'élaboration d'un projet européen et d'une feuille de route pour la numérisation des systèmes nationaux de santé.

## **Renforcement des systèmes d'information sanitaire et des capacités nationales pour l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes**

### **Le Réseau de l'OMS pour des politiques inspirées de bases factuelles**

471. Le Réseau de l'OMS pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet) constitue un pilier essentiel de la mise en œuvre du Plan d'action régional en vue de renforcer l'utilisation des bases factuelles, de l'information et de la recherche à des fins d'élaboration de politiques dans la Région européenne de l'OMS (*domaine d'action n° 3*). Il apporte une assistance technique aux États membres et facilite cette aide en vue d'accroître leur capacité à élaborer des politiques inspirées de bases factuelles, notamment par la mise au point et la délivrance d'outils et de lignes directrices.<sup>13</sup>

472. Le réseau (actuellement composé de 21 États membres) vise à créer et à institutionnaliser des équipes et des partenariats innovants, multisectoriels et multidisciplinaires au niveau des pays en vue d'entreprendre et de réaliser des activités de recherche nationales sur les processus d'élaboration des politiques, comme la rédaction de synthèses de bases factuelles pour l'élaboration de politiques et la tenue de débats politiques.

473. Des approches innovantes sont actuellement testées en vue d'accélérer la production de synthèses de bases factuelles pour l'élaboration de politiques et de renforcer davantage les liens entre les membres d'EVIPNet Europe. Deux groupes de 10 États membres au total ont notamment été constitués : ceux-ci préparent ou finalisent simultanément des synthèses nationales de bases factuelles pour l'élaboration de politiques dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens, une menace de plus en plus grave pour la santé publique mondiale qui nécessite une action pansociétale et pangouvernementale.

474. En 2018-2019, trois synthèses de bases factuelles d'EVIPNet Europe ont été réalisées et publiées par des pays membres d'EVIPNet Europe. Les synthèses de bases factuelles pour l'élaboration de politiques résument les meilleures données de la recherche disponibles aux niveaux mondial et local afin de répondre de manière concise à un problème politique hautement prioritaire, et sont rédigées dans un langage non spécialisé afin d'inspirer les politiques.

- *Republic of Moldova – Evidence brief for policy: Informing amendments to the alcohol control legislation directed at reducing harmful use of alcohol in the Republic of Moldova* [Synthèse de bases factuelles pour l'élaboration de politiques : Éclairer les amendements à la législation sur la lutte contre l'alcool en vue de réduire l'usage nocif de l'alcool en République de Moldova] (2019).
- *Hungary – Promoting the appropriate use of antibiotics to contain antibiotic resistance in human medicine in Hungary* [Promouvoir l'utilisation appropriée des antibiotiques afin d'endiguer la résistance aux antibiotiques en médecine humaine en Hongrie] (2018).

---

<sup>13</sup>Le guide intitulé « The Facilitator's guide: Using research in the EVIPNet framework » [Le guide du facilitateur : l'utilisation de la recherche dans le cadre d'EVIPNet] a été publié en 2018 ; un nouveau manuel pour la rédaction de synthèses de bases factuelles pour l'élaboration de politiques vient d'être finalisé.

- *Slovenia – Antibiotic prescribing in long-term care facilities for the elderly* [Prescription d'antibiotiques dans les établissements de soins de longue durée pour personnes âgées] (2018).

#### *Les réseaux de groupes de pays*

475. Il y existe désormais huit réseaux d'information sanitaire sous l'égide de l'EHII. Une grande partie des activités de l'EHII sont entreprises par ces réseaux.

476. Le Réseau d'information sanitaire des petits États a tenu cinq réunions à ce jour, et est présidé par l'Islande depuis juillet 2018. Il a réalisé un travail politique important en effectuant, lors du CR68, des déclarations communes au nom des huit États membres à l'appui de l'information sanitaire.

477. Le Réseau européen sur la charge de morbidité comprend actuellement 14 États membres. Trois réunions ont été organisées conjointement avec l'Institute for Health Metrics & Evaluation à Londres (Royaume-Uni), à Oslo (Norvège) et à Berlin (Allemagne). Le Réseau a récemment publié un éditorial dans l'European Journal of Public Health, et finalise actuellement le Manuel national sur la charge de morbidité, qui sera utile aux pays faisant rapport sur le Treizième Programme général de travail.

#### *Renforcer les capacités*

478. L'Université d'automne sur l'information et les bases factuelles en santé pour l'élaboration de politiques, l'un des principaux événements organisés sous l'égide de l'EHII afin de renforcer les capacités, vise à doter les participants de connaissances et de compétences pratiques. La sixième Université d'automne s'est tenue à La Haye (Pays-Bas) au début de l'année 2019. Vingt participants de neuf États membres ont étudié à cette occasion l'interface entre l'analyse et la visualisation des données, l'intégration de la recherche/des connaissances et les politiques, et ont pu acquérir des connaissances et des solutions pratiques en vue d'améliorer les systèmes nationaux d'information sanitaire.

## **7. Réalisation des réformes de l'OMS et amélioration de la viabilité financière**

479. Afin d'honorer ses engagements avec davantage d'efficacité, le Bureau régional continue de contribuer aux processus de réforme de l'OMS, de rechercher un financement durable et un renforcement de la gouvernance dans la Région européenne, de multiplier, d'approfondir et de diversifier ses partenariats, et de développer ses capacités techniques ainsi que ses activités de communication et de publication.

### ***La réforme de l'OMS et le programme de transformation***

480. Comme les années précédentes, les délégués à la session du Comité régional de 2018 ont également discuté de l'impact des processus de réforme de l'OMS sur les travaux de la Région. L'objectif du programme de transformation, comme l'a déclaré le directeur général, est de faire de l'OMS une organisation moderne, qui puisse répondre aux attentes du XXI<sup>e</sup> siècle et qui exerce ses fonctions de manière cohérente d'un programme à l'autre, d'un bureau principal à l'autre et aux trois niveaux de l'Organisation, et qui obtienne des améliorations mesurables dans le domaine

de la santé des populations au niveau des pays. Le treizième PGT, et en particulier ses objectifs des « trois milliards », établit clairement la finalité de la transformation et apporte une définition précise de la nature de l'Organisation, de sa mission et des méthodes utilisées à cette fin.

481. Bien que l'exercice de transformation en cours soit plus vaste et plus complet que les réformes précédentes, les principaux enseignements tirés de l'expérience passée de l'OMS en matière de mise en œuvre des réformes et de changement ont inspiré le programme de transformation de l'OMS. Le processus de transformation implique l'écoute des États membres, du personnel et des partenaires, ainsi que la réalisation d'une cartographie détaillée et d'une analyse comparative des processus avec l'aide d'experts mondiaux. L'attention ne doit plus principalement porter sur les produits, mais sur les résultats et l'impact. Le Siège de l'OMS se concentrera sur son rôle normatif, tandis que les capacités des bureaux régionaux et des bureaux de pays seront renforcées afin qu'ils puissent traduire ce travail normatif en impact au niveau national.

482. Dans la Région européenne, la transformation se fonde sur le manifeste programmatique adopté par le Comité régional en 2010 (résolution EUR/RC60/R2) et intitulé « Améliorer la santé en Europe », manifeste proposé par la directrice régionale qui venait de prendre ses fonctions. Ce manifeste étant hautement compatible avec le processus de transformation opéré par l'OMS au niveau mondial, le Bureau régional s'en est servi comme tremplin pour répondre aux priorités de ce processus.

483. L'équipe de transformation régionale a été intégrée à l'équipe mondiale et les hauts responsables (y compris les représentants des pays de l'OMS) ont participé à tous les domaines d'activités. Parmi les grandes initiatives prises au niveau régional, il convient de mentionner l'instauration d'une équipe de coordination régionale et la désignation de conseillers techniques principaux et de représentants de l'OMS pour tous les domaines d'activité liés à la transformation.

484. Le Bureau régional a activement collaboré avec l'ensemble des États membres dans le premier exercice de planification de la mise en œuvre du treizième PGT. Les résultats de l'enquête mondiale sur la culture organisationnelle réalisée en octobre 2017 font l'objet d'un suivi. Grâce au Comité permanent du Comité régional de l'Europe (CPCR) et à ses groupes de travail, la Région a fait preuve de proactivité dans la réforme de la gouvernance, en se concentrant sur les points suivants : les procédures de désignation des membres du Conseil exécutif et du CPCR ; la procédure de désignation du directeur régional ; le renforcement de la supervision de la gouvernance par les États membres ; la gestion des ordres du jour des sessions des organes directeurs régionaux ; la gestion des résolutions et des amendements ; l'alignement de la gouvernance mondiale et régionale ; et la gestion des conférences régionales.

485. Au cours du débat qui suit, les participants au Comité régional se sont félicités des mesures déjà prises pour transformer l'OMS à la suite de l'adoption du treizième PGT, et pour veiller à ce qu'elle soit une organisation moderne capable de jouer un rôle central dans la relève des futurs défis de santé.

486. La directrice régionale a apporté une contribution importante au Groupe de la politique mondiale. Les initiatives visant à élaborer des plans d'action et à instaurer des groupes de travail aux trois niveaux de l'Organisation ont été bien accueillies. Les États membres doivent être consultés sur les décisions importantes concernant le plan de transformation (notamment la poursuite de l'élaboration du projet de budget programme 2020-2021) et être impliqués dans le

processus. Les budgets programmes de l'Organisation doivent reposer sur une évaluation réaliste des capacités de mobilisation des ressources des États membres.

487. Placer les pays au centre du travail l'OMS tout en maintenant sa fonction normative reste un grand défi. La présence de l'OMS dans les pays devrait être renforcée grâce à une coopération plus étroite entre les représentants de l'OMS et les coordinateurs résidents des Nations Unies, et à un meilleur alignement avec les centres budgétaires des Nations Unies. Les incidences de la réforme du système des Nations Unies sur l'OMS doivent faire l'objet d'un examen plus approfondi. Le personnel de l'OMS en constitue une ressource essentielle ; les pratiques en matière d'emploi devraient être conformes aux meilleures pratiques (parité entre les sexes, télétravail, horaires de travail flexibles, etc.).

488. Les États membres ont insisté sur le fait que le Comité exécutif est responsable de la poursuite de la réforme sur la gouvernance, en allégeant les ordres du jour des sessions des organes directeurs de l'Organisation, en adoptant une approche plus disciplinée envers les résolutions, et en assurant l'alignement sur les initiatives de réforme des Nations Unies.

489. En ce qui concerne les outils de gestion, l'OMS a cartographié les processus existants et établi des comparaisons avec des organisations efficaces, afin de se mettre au niveau des meilleures performances. Plusieurs sociétés de consultants ont été recrutées, et des experts au sein comme en dehors de l'Organisation ont apporté leur aide. D'autres consultations auront lieu avec les États membres afin que le processus de transformation devienne le leur.

490. Pour ce qui est des partenariats, l'OMS devrait adopter une culture de gestion des risques plutôt que d'aversion pour le risque. La transformation de l'Organisation devrait entraîner des changements profonds dans la culture et la mentalité de l'OMS. Il s'agit d'établir une organisation agile et moderne, adaptée aux besoins. Comme les fonctions normatives de l'Organisation n'ont de sens que lorsqu'elles sont exercées au niveau des pays, les bureaux de pays de l'OMS seront renforcés.

### **Collaboration avec les acteurs non étatiques**

491. Suite à l'adoption du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques par l'Assemblée mondiale de la santé en 2016 (résolution WHA69.10 de l'Assemblée mondiale de la santé), le CR67 a approuvé, en 2017, une nouvelle procédure d'accréditation des acteurs non étatiques européens n'entretenant pas de relations officielles avec l'OMS afin de leur permettre de participer en qualité d'observateurs aux futures sessions du Comité régional, sans droit de vote, et de soumettre des déclarations écrites et orales.

492. Le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques doit faciliter la gestion des conflits d'intérêts. En 2018, par une procédure parfaitement conforme au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, le Bureau régional a marqué un pas en avant dans sa collaboration avec les acteurs non étatiques lorsqu'il a officiellement accrédité pour la première fois 19 de ces acteurs auprès du Comité régional, sur la base d'enquêtes et de recommandations du CPRC.

493. Le Bureau régional continuera également à collaborer étroitement avec les acteurs non étatiques aux niveaux régional et national.

## ***Collaborer avec les pays au centre***

494. Le treizième PGT place les pays au centre et positionne le travail de l’OMS au plus près du niveau national, en reconnaissant que le travail sur le terrain est de loin le meilleur moyen de soutenir les autorités nationales de la santé qui s’efforcent d’instaurer l’équité en santé à un prix abordable pour tous. Cette initiative fait écho à l’objectif prioritaire de l’OMS, qui consiste à instaurer la CSU en plaçant les pays au centre.

495. En juin 2018, un nouveau bureau de pays de l’OMS (le 30<sup>e</sup> dans la Région européenne de l’OMS) a été inauguré à Athènes (Grèce). Ce nouveau bureau de pays fournira une assistance à la Grèce et soutiendra également les programmes de collaboration entre plusieurs pays, notamment dans le domaine des migrations et de la santé, des maladies à transmission vectorielle et des zoonoses, comme convenu entre l’OMS et le gouvernement grec.

### **Visites dans les pays**

496. La directrice régionale s’est rendue dans six pays en 2018-2019 (Bulgarie, Grèce, Israël, Italie, Kazakhstan et Ouzbékistan) et trois ministres et délégations de pays (Macédoine du Nord, Norvège et Portugal) se sont rendus au Bureau régional.

### **Visite du CPR au Kirghizistan**

497. Dans le cadre des efforts visant à mieux faire comprendre aux organes directeurs le travail du Bureau régional dans différents contextes nationaux et dans des environnements de partenariat complexes, le Bureau régional a poursuivi la série de visites effectuées par les membres du CPR et les membres européens du Conseil exécutif dans les bureaux de pays de l’OMS dans la Région, avec une visite au Kirghizistan en juin 2019. Ces visites furent l’occasion de sonder l’impact du travail de l’OMS sur les initiatives stratégiques des pays, par l’intermédiaire de tous ses bureaux, notamment les bureaux de pays et leurs sous-bureaux, du Bureau régional et des centres d’excellence, à savoir les GDO soutenus par le Siège et les centres collaborateurs de l’OMS.

### **Réseau parlementaire**

498. Au fil des ans, le Bureau régional a progressivement collaboré, sur une base bilatérale ou sous-régionale, avec des parlementaires de la Région européenne. Cette collaboration vise à soutenir, sur demande, les parlements nationaux dans leurs discussions sur les questions de santé publique.

499. Comme un nombre important de parlements nationaux ont exprimé le besoin de voir accroître cette aide sur les dossiers de santé publique, le Bureau régional envisage actuellement de mettre en place un cadre de collaboration au niveau régional avec les parlementaires européens.

500. Une première réunion consultative, qui a réuni un petit nombre de parlementaires de la Région européenne, a eu lieu les 9 et 10 juillet à Copenhague (Danemark). Les participants à cette réunion ont évoqué avec le secrétariat les différents aspects de la création d’un réseau européen de parlementaires. Les recommandations et les conclusions de cette réunion consultative ont servi de base à l’exposé technique à l’intention des parlementaires qui doit avoir lieu au cours du CR69.

## ***La situation financière***

501. Le budget programme adopté pour 2018-2019 en faveur de la Région européenne est de 261,9 millions d'USD, dont 256,4 millions sont consacrés au programme de base. Dans l'ensemble, le budget programme de base approuvé était, à la fin juin 2019, bien financé dans la Région, (89 % des fonds étaient disponibles, contre 83 % au même stade de la période biennale précédente). Si l'on inclut les contributions volontaires prévues, le financement du programme de base devrait atteindre 96 % à la fin de la période biennale.

502. Des fonds souples sont constamment utilisés de manière stratégique afin de combler les déficits et de maintenir à un niveau opérationnel tous les secteurs, en particulier les secteurs de programme sous-financés. La part relativement faible des affectations provenant de ressources institutionnelles souples limite cependant le comblement des déficits. Le Bureau régional continue de collecter la plupart des contributions volontaires localement. Il conviendrait d'étudier plus avant la possibilité d'accroître la part des contributions volontaires mondiales qui lui est allouée.

503. L'équipe de direction, les représentants de l'OMS et les chefs des bureaux de pays de l'OMS, ainsi que les directeurs de programme, continuent de suivre de près l'exécution des plans approuvés et des parts allouées au titre du budget programme approuvé, et ce au moyen de rapports mensuels et de tableaux de bord. Un rapport de suivi sur l'exécution du budget programme pour 2018-2019 sera présenté au CR69.

504. Pendant la session de 2018 du Comité régional à Rome, un projet de budget programme de haut niveau pour 2020-2021 a été soumis au Comité régional pour consultation. Le document présentait une vue d'ensemble du processus d'élaboration du budget programme pour 2020-2021, notamment une analyse succincte des résultats préliminaires de l'établissement des priorités pour le treizième PGT ainsi qu'une indication du budget global par grand bureau et ventilé par pays et par Région. Au cours des débats qui ont suivi, les participants se sont déclarés préoccupés par la hausse ambitieuse du budget et le projet de redevance au titre de la réforme des Nations Unies. Compte tenu du nouveau modèle opérationnel proposé dans le cadre du programme de transformation, un transfert important de ressources vers les pays était prévu, un transfert qui, selon les États membres, devrait être examiné en profondeur avant d'être mis en œuvre. Les États membres avaient demandé comment les activités seraient intensifiées dans les nombreux pays de l'UE qui n'ont pas de bureaux de l'OMS.

505. Le format de haut niveau s'écartait de la présentation habituelle d'un projet de budget-programme. La plupart des commentaires reçus ont été incorporés dans la version révisée qui a été présentée à la 144<sup>e</sup> session du Conseil exécutif de janvier 2019. En mai 2019, la Soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé a adopté le budget programme pour 2020-2021, le premier budget programme du treizième PGT. Le plan régional pour la mise en œuvre du budget programme 2020-2021 sera présenté au CR69.

## ***Communication stratégique***

506. La stratégie de communication a mis l'accent sur la contribution unique du Bureau régional à la santé publique dans la Région et au-delà, grâce à la diffusion via les plateformes les plus appropriées (notamment le site Web du Bureau régional, ainsi que les médias sociaux et traditionnels) d'informations et de messages crédibles, fiables, compréhensibles, pertinents, opportuns et facilement accessibles auprès des publics cibles. Le site Web est consulté par plus

de 2 millions d'utilisateurs chaque année, et 240 000 personnes sont maintenant abonnées aux médias sociaux institutionnels du Bureau régional.

507. Depuis le début de 2018, en prévision de l'adoption du treizième PGT, l'équipe de communication a déployé des efforts constants afin d'illustrer l'impact de l'OMS au niveau des pays auprès de publics clés, en mettant l'accent sur la diffusion de résultats d'études fondées sur des données probantes et de témoignages convaincants. L'importance fondamentale de l'instauration de la CSU et de l'équité en santé est un thème récurrent des activités et des campagnes de communication. Les priorités stratégiques, les objectifs et l'impact de Santé 2020 et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 sont pleinement intégrés dans les stratégies et produits de communication.

508. L'introduction de plusieurs innovations, telles que les événements Facebook Live, les microvidéos et les vidéos de haute qualité, a permis de renforcer la participation du public. Les témoignages vidéo de personnes évoquant leur santé a permis d'offrir un aperçu nuancé et accessible des problèmes de santé auxquels font face les gens de la Région. Ces vidéos portent notamment sur les activités d'un bénévole dans une communauté rurale du Kirghizistan, les préoccupations d'une mère allemande face à la rougeole, la prestation de soins de santé mentale à domicile en Belgique, le travail d'une infirmière spécialisée dans la démence au Danemark et les aspects intersectoriels des SDG et de la santé tels qu'expliqués par la première ministre islandaise. La mise au point et l'utilisation continue d'applications de réunion ont permis d'optimiser les informations, la collaboration et la participation aux événements de l'OMS. De même, le service de communications interne a également généré un contenu plus riche et plus varié, comme la production régulière de podcasts.

509. Malgré les contraintes budgétaires et en ressources humaines, plusieurs initiatives stratégiques ont été mises en œuvre afin de renforcer la capacité des bureaux de pays en matière de communication. On a procédé à cette fin à une cartographie des besoins de communication des bureaux de pays en janvier 2018, à la création d'un groupe de communication des bureaux de pays constitué de points focaux (un pour chaque bureau) et à l'établissement d'un contact régulier avec celui-ci, ainsi qu'à l'élaboration de modèles pour les plans d'action, les campagnes, les brochures et les stratégies de communication. Une grande partie du travail réalisé en 2018 a été possible grâce au poste d'administrateur auxiliaire parrainé par la Finlande.

510. Les cinq missions effectuées jusqu'à présent en 2019 par des responsables de la communication et de l'équipe des Relations stratégiques avec les pays (en Azerbaïdjan, en Estonie, en Fédération de Russie, en Roumanie et en Turquie) se sont avérées particulièrement fructueuses. Ces missions ont non seulement renforcé les capacités de communication du personnel des bureaux de pays au niveau national, mais elles ont également permis d'établir des relations directes et de recenser les possibilités de collaboration avec les ministères, les conseils de santé et d'autres instances, de mettre en évidence les initiatives à promouvoir et d'élaborer des stratégies, des brochures et des enquêtes en ligne. Plus récemment, une initiative de mentorat a été lancée afin d'assurer de manière durable le renforcement des capacités des spécialistes de la communication de l'OMS dans la Région ainsi que l'échange de compétences.

511. Des spécialistes de la communication ont également accompagné les membres des organes directeurs lors des visites des bureaux de pays, ont enregistré leurs observations sur le travail mené par l'OMS dans les pays et diffuser la vidéo finale lors du CR68 de 2018. Des contacts réguliers ont été maintenus avec les points focaux techniques nationaux pour la communication afin d'assurer l'échange de communications avec tous les États membres de la Région

européenne, une initiative renforcée par la sensibilisation des partenaires nationaux à des campagnes et activités spécifiques.

512. La collaboration avec les réseaux de communication des Nations Unies, la participation des spécialistes de la communication aux événements organisés par les réseaux de l'OMS (notamment les ateliers et les séances plénières tenus lors des réunions de l'Initiative des petits États et les activités réalisées dans le cadre des Villes-santé), ainsi que le soutien stratégique apporté aux réunions du Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, ont également présenté des occasions de sensibilisation. La diffusion d'informations sur la collaboration inestimable entre l'OMS les acteurs non étatiques, notamment les donateurs, a également constitué une priorité.

513. Le Bureau régional a participé activement aux initiatives et débats mondiaux relatifs à la transformation de l'organisation, ce qui a permis de renforcer le rôle du Bureau régional comme leader innovant en matière de communication au niveau de l'ensemble de l'Organisation.

### **Communication par les médias numériques et sociaux**

514. Les médias sociaux du Bureau régional ont connu une croissance impressionnante au cours de ces dernières années, et touchent désormais un public total de près de 245 000 internautes, ce qui se traduit par des milliers de consultations quotidiennes du contenu diffusé sur Facebook, Instagram, Twitter et YouTube.

515. Cette croissance est liée à l'adoption d'une approche plus stratégique envers les médias sociaux, une approche qui privilégie l'élaboration d'un contenu attrayant davantage axé sur les messages clés de l'OMS, plutôt que sur des activités spécifiques (par exemple, les réunions ou les ateliers) qui en général intéressent peu le grand public. Les efforts visant à améliorer la qualité du contenu des médias sociaux, en mettant particulièrement l'accent sur la communication de messages clairs et convaincants et la présentation d'éléments visuels percutants, permettent de renforcer la performance des médias sociaux. Parallèlement, les médias sociaux demeurent un moyen essentiel et important d'échanger des informations sur les contributions du Bureau régional à l'amélioration de la santé et du bien-être dans la Région, sur sa collaboration avec les États membres, notamment au niveau national, ainsi que sur les résultats des importants événements de haut niveau.

516. Au cours de ces 18 derniers mois, l'audience des médias sociaux du Bureau régional a connu une croissance constante et parfois exponentielle. L'audience de certains comptes bien établis, comme le compte Twitter @WHO\_Europe (ouvert en 2010), a régulièrement augmenté, avec une hausse de 30 % du nombre de followers depuis janvier 2018. Comme la priorité, ainsi que des ressources supplémentaires, ont été accordées au renforcement du compte Twitter russe @WHO\_Europe\_RU, le nombre de followers a augmenté de 92 %. En même temps, le compte @whoEurope Instagram a connu une croissance particulièrement impressionnante, soit 783 % au cours de ces 18 derniers mois.

517. La chaîne YouTube du Bureau régional a gagné en popularité au fil des ans. Près de 200 vidéos ont été produites et publiées en 2018, notamment pour des événements internes et spéciaux. Elles ont été visualisées 116 000 fois. Le nombre d'abonnés à notre chaîne YouTube a augmenté de 35 % par rapport à 2017.

518. La performance des médias sociaux a toujours été importante lors des campagnes menées à l'occasion des grandes journées de sensibilisation, telles que la Journée mondiale sans tabac,

la Journée mondiale du sida, la Journée mondiale de la santé, etc. En même temps, la création d'un contenu préétabli et soigneusement choisi pour les grandes conférences et réunions, telles que la Conférence de Tallinn en juin 2018, le CR68 et la récente Conférence de haut niveau sur l'équité en santé en Slovénie, a contribué à améliorer les performances des médias sociaux lors d'événements importants du Bureau régional.

519. Parmi les autres succès notables à cet égard, il convient de mentionner les tweets et les messages relatifs aux cas de rougeole dans la Région européenne (un seul tweet publié au mois d'août 2018 a été consulté 140 000 fois, tandis qu'un message sur Facebook a été vu plus de 200 000 fois) et à la CSU et à la santé pour tous (un seul tweet publié lors de la Journée de la CSU en décembre 2018 a été consulté près de 100 000 fois), ainsi qu'une série de pavés pour médias sociaux à l'occasion de la Journée mondiale du sida (le meilleur pavé a généré plus de 700 likes sur Instagram, un record pour le compte @whoeurope). Plusieurs vidéos du Bureau régional ont eu également beaucoup de succès sur les médias sociaux, comme une vidéo d'appréciation des travailleurs de laboratoire (plus de 120 000 vues et 3 000 partages sur Facebook), le témoignage de Laura Brennan, militante de la vaccination contre le papillomavirus humain (près de 25 000 vues sur Facebook), et une série de 3 vidéos sur la Coupe du Monde de la FIFA (plus de 15 000 vues sur Twitter et Facebook).

520. L'équipe des communications s'efforce d'adapter en permanence ses tactiques sur les médias sociaux afin de rester en phase avec les dernières tendances dans ce domaine, notamment en incluant de nouvelles fonctions (par exemple, les fils Twitter et les histoires sur Instagram) et en procédant à une analyse minutieuse afin de déterminer les types de contenu produisant les meilleurs résultats. L'équipe collabore avec les bureaux de pays, les GDO et les programmes techniques du Bureau régional en vue d'élaborer une large gamme de contenus couvrant tous les domaines d'activité du Bureau régional.

521. L'application conçue pour les événements du Bureau régional a été utilisée pour la communication et la collaboration avec les participants de toutes les grandes réunions en 2018, notamment le CR68 (Rome, Italie), la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires (Astana, Kazakhstan) et la Réunion de haut niveau « Des systèmes de santé pour la prospérité et la solidarité : ne laisser personne de côté » (Tallinn, Estonie). Le taux d'adoption de l'application est passé à 83 % l'an dernier, ce qui est beaucoup plus élevé que la moyenne du secteur sans but lucratif de 48,5 %. Un événement a généré un nombre record de 52 300 interactions par les participants (pour toutes les fonctionnalités de l'application).

522. Seul un aperçu des activités les plus importantes du Bureau régional peut être présenté dans ce type de rapport. Les pages du site Web du Bureau régional rendent compte plus pleinement de l'étendue de ses travaux. En 2018, le site Web du Bureau régional a continué à générer davantage de trafic tout en accroissant la visibilité du travail de l'OMS : 2,2 millions de personnes l'ont consulté, soit une hausse de 21 % par rapport à 2017. La publication qui a rencontré le plus grand succès sur le site Web du Bureau régional fut le lancement des Lignes directrices relatives au bruit dans l'environnement dans la Région européenne, puisque ce dernier a généré le plus grand nombre de pages consultées de l'année à sa date de lancement, le 8 octobre. Les sous-sites thématiques sur la résistance aux antimicrobiens, la grippe et les services de santé publique, ainsi que les contenus spécifiques qui ont attiré les utilisateurs, notamment le Rapport sur la santé en Europe, les flambées de rougeole et un questionnaire interactif sur la consommation d'alcool, ont gagné en popularité de manière significative.

523. Le site Web s'est également avéré essentiel pour l'échange de données et d'éléments de preuve via le Portail européen d'information sanitaire. Ce dernier englobe désormais la base de données de la Santé pour tous qui reste la base de données la plus populaire du Bureau régional. La popularité du portail a augmenté de façon spectaculaire avec une hausse de 138 % du nombre d'utilisateurs par rapport à 2017. Les pages contenant des données relatives aux MNT comptent toujours parmi les pages les plus consultées sur le site.

### **Publications et multilinguisme**

524. Les publications sont toujours le principal mode de diffusion des messages techniques et politiques du Bureau régional dans la Région européenne et au-delà, principalement via son site Web. Le nombre d'internautes consultant en ligne les publications les plus populaires est plus de dix fois supérieur à celui des lecteurs des exemplaires imprimés, et le nombre total de téléchargements de publications du Bureau régional a dépassé 403 000 en 2018. Par exemple, les Lignes directrices relatives au bruit dans l'environnement dans la Région européenne, la publication du Bureau régional qui a connu le plus de succès en 2018, ont été téléchargées plus de 8 300 fois, et le sous-site « Bruit » a été consulté 36 200 fois, soit une hausse de 75 % par rapport à 2017.

525. Le nombre et la diversité des publications du Bureau régional témoignent du rôle majeur joué par ce dernier dans la production et la diffusion d'informations sanitaires dans la Région. Les nouvelles publications produites en 2018-2019 ont couvert l'ensemble des activités menées par le Bureau régional.

526. Bien que certaines publications ne soient pas disponibles dans toutes les langues en raison des contraintes budgétaires, le Bureau régional continue de soutenir de manière active la politique de l'OMS sur le multilinguisme en publiant dans les quatre langues officielles de la Région (allemand, anglais, français et russe) tous les documents de travail des réunions des organes directeurs européens, de même que des publications majeures et de nombreuses pages du site Web, et en organisant des ateliers et des réunions techniques dans deux langues ou plus.

527. Il s'est particulièrement attaché à publier des informations en anglais et en russe dans *Public Health Panorama* [Panorama de la santé publique] et sur le Portail européen d'information sanitaire. Il s'est également employé à harmoniser la terminologie anglaise et russe dans le domaine de la santé publique et à accroître le volume d'informations disponibles dans ces deux langues.

= = =