

Soixante ans d'OMS en Europe



Ce petit ouvrage retrace l'histoire du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe depuis sa création jusqu'en 2009. Destiné à garder vivace et à transmettre l'histoire de ce Bureau et de ses travaux capitaux, il couvre l'époque de cinq directeurs régionaux et de milliers d'employés dévoués, sans parler des centaines de programmes et de politiques que ceux-ci ont contribué à élaborer et à mettre en œuvre. Un ouvrage antérieur couvrait les 40 premières années en détail ; ce livret est davantage axé sur les 20 dernières années. Il retrace 60 années de travail du Bureau régional en vue d'améliorer l'état de santé de la population sur le vaste territoire où il exerce sa mission.

Sur la couverture, de droite à gauche :
les directeurs régionaux Marc Danzon,
Jo Asvall, Leo Kaprio et Paul van de Calseyde,
et le Premier ministre danois H. C. Hansen

Soixante ans d'OMS en Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies qui est chargée de diriger et de coordonner les activités internationales relatives aux questions sanitaires et de santé publique. Conformément à sa constitution, l'OMS doit diffuser des informations et des conseils objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine. Elle s'acquitte de cette tâche notamment par le biais de ses publications, qui visent à aider les pays à élaborer des politiques favorables à la santé publique et de nature à remédier aux problèmes les plus préoccupants qui se posent dans ce domaine.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'Organisation. Chacun d'entre eux a son programme distinct, qui est adapté aux problèmes de santé propres aux pays qu'il dessert. La Région européenne, peuplée d'environ 880 millions d'habitants, s'étend de l'océan Arctique au nord à la Méditerranée au sud et de l'Atlantique à l'ouest au Pacifique à l'est. Le programme européen de l'OMS aide tous les pays de la Région à optimiser leurs politiques, systèmes et programmes de santé ; à prévenir et à surmonter les menaces d'ordre sanitaire ; à se préparer aux problèmes de santé futurs ; et à préconiser et à mettre en œuvre des actions de santé publique.

Pour que des informations et des recommandations dignes de foi sur des questions sanitaires soient disponibles aussi largement que possible, l'OMS a mis en place un réseau international étendu pour la diffusion de ses publications et encourage la traduction et l'adaptation de celles-ci. Les ouvrages de l'OMS contribuent à promouvoir et protéger la santé et à prévenir et combattre la maladie, favorisant ainsi l'accomplissement de progrès vers l'objectif principal de l'Organisation : la jouissance par tous du meilleur état de santé possible.



Soixante ans d'OMS en Europe

Catalogage à la source – Bibliothèque de l'OMS

Soixante ans d'OMS en Europe.

1. L'Organisation mondiale de la santé – histoire 2. Santé publique – histoire 3. Direction – histoire 4. Politique sanitaire
5. Planification régionale santé 6. Anniversaires et autres événements 7. Région européenne de l'OMS (OMS)

ISBN 978 92 890 2417 4 (version imprimée)

ISBN 978 92 890 2418 1 (version électronique)

Classification NLM : WA 540

ISBN 978 92 890 2417 4

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

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

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

© Organisation mondiale de la santé 2010

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

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

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

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Introduction	1
L'avant-Copenhague	3

De 1949 à 1956

Le docteur Norman Begg : premier directeur régional	9
De la Chine à Homerton	10
L'après-guerre	10
La reconstruction	12
L'époque du Bureau spécial	12
Du Bureau spécial au Bureau régional.....	13

De 1956 à 1966

Le docteur Paul van de Calseyde : deuxième directeur régional	17
Le choc de la nouveauté	19
Nouveaux défis en matière de santé.....	19
De nouveaux programmes	20
De nouveaux partenariats.....	20
De nouveaux emplois dans de nouveaux hôpitaux.....	20
De nouvelles approches des maladies transmissibles et de la santé mentale	21

De 1966 à 1985

Le docteur Leo A. Kaprio : troisième directeur régional	23
Préparer l'avenir	25
Planification sanitaire.....	25
Programmes à long terme	25
Une nouvelle politique mondiale : la Santé pour tous	27
Stratégie et objectifs au niveau régional	27

De 1985 à 2000

Le docteur Jo E. Asvall : quatrième directeur régional	31
La Santé pour tous	33
Mise en œuvre de la Santé pour tous en Europe.....	33
Collaboration	34
La Conférence internationale sur la promotion de la santé.....	34
EUROSANTÉ.....	36
Le Bureau régional et l'ex-Yougoslavie	36
SANTÉ 21	37

De 2000 à 2010

Le docteur Marc Danzon : cinquième directeur régional	39
Donner la priorité aux pays	41
Stratégie de pays	41
Santé et Pacte de stabilité	42
Sécurité sanitaire et action humanitaire	44
Un catalogue d'urgences sanitaires	45
Systèmes de santé et programmes de santé publique	48
Une Europe indemne de poliomyélite	51
Partenariats internationaux	52
Le Bureau régional vu de l'intérieur.....	53
Activités fondées sur des bases factuelles et informations motivant la prise de mesures.....	54
Épilogue	57
Sources d'information	58

Introduction

Mon second et dernier mandat en tant que directeur régional de l'OMS pour l'Europe touchant à sa fin, je pense qu'il est opportun de laisser derrière moi un document (en plus de tous les rapports officiels publiés pendant ma mandature) qui raconte l'histoire du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de ses débuts jusqu'à l'époque actuelle.

Ce document, Soixante ans d'OMS en Europe, est une façon de préserver et de transmettre la mémoire du passé de ce Bureau et de sa mission essentielle. Il évoque cinq directeurs régionaux et des milliers d'employés dévoués, sans parler des centaines de programmes et de politiques que ces personnes ont contribué à élaborer et à mettre en œuvre. Un ouvrage antérieur, réalisé par un précédent directeur régional, relatait en détail les 40 premières années de notre histoire, alors que celui-ci est davantage consacré aux 20 dernières. Il raconte comment le Bureau régional a passé les 60 années qui viennent de s'écouler à œuvrer pour l'amélioration de la santé des populations vivant sur le vaste territoire qu'il dessert.

Marc Danzon

Directeur régional de l'OMS pour l'Europe



L'avant-Copenhague

Ancienne
entrée du
Bureau régional

L'OMS est née il y a plus de 60 ans, avec une structure qui découpait le monde en six Régions (Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est, Europe, Méditerranée orientale et Pacifique occidental) et un Siège. À l'origine, la Région européenne de l'OMS comptait 21 États membres. Pendant la Seconde Guerre mondiale, les combats détruisirent les infrastructures du continent, notamment les systèmes de soins de santé et les hôpitaux, alors que des épidémies se propageaient rapidement dans toute la Région, du fait des foules de réfugiés et de déplacés (15 millions, selon les estimations des Nations Unies en mars 1945). En avril 1947, le magazine *Time* rapportait que la tuberculose était redevenue la maladie la plus meurtrière d'Europe, avec 150 victimes par semaine dans la seule ville de Berlin.

Face à cette situation, l'Assemblée générale de la santé appela de ses vœux l'établissement « à titre temporaire, d'un bureau administratif spécial chargé de relever le niveau sanitaire des pays européens dévastés par la guerre ». Le Bureau spécial de l'OMS pour l'Europe était confronté à une tâche immense lorsqu'il ouvrit ses portes, à Genève, le 1^{er} janvier 1949. À peine avait-il entrepris ses travaux que des voix s'élevèrent contre son installation dans la cité suisse. Le fait que le Siège de l'OMS soit situé en Europe justifiait-il à lui seul que le Bureau régional de l'Europe se trouve au même endroit ? Ne devait-il pas être transféré dans une autre ville européenne, peut-être même, de façon symbolique, dans l'un des pays les plus ravagés par la guerre ?

Dans la toute nouvelle Organisation, certains n'estimaient pas cela très logique car après tout, il était plus simple que le Bureau spécial partage les

mêmes locaux que le Siège de l'OMS, au Palais des Nations de Genève. D'autres, au contraire, craignaient que le Siège n'étouffe le Bureau et le relègue au second plan si celui-ci restait à Genève, et que les ressources et la main-d'œuvre indispensables à la reconstruction de l'Europe ne soient détournées au profit de la lutte contre les problèmes mondiaux. Ces querelles furent momentanément oubliées lorsque le Bureau spécial commença ses activités indispensables dans toute l'Europe, puis reprit, en 1952, lorsqu'il devint le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Il ne faisait plus de doute, affirmait-on alors, qu'avec un nouveau nom et une nouvelle mission, le Bureau régional devait quitter Genève. Après bien des discussions sur les différentes solutions possibles, les villes d'Europe furent invitées à présenter leur candidature. Chaque candidature fut ensuite évaluée en fonction d'un certain nombre de critères, notamment l'emplacement, les moyens de communication, les bureaux et les conditions de vie du personnel, la disponibilité sur place de collaborateurs à plein temps ou en contrat temporaire capables de communiquer dans les langues de travail de l'Organisation, l'accès à des établissements de santé et à des centres de formation médicale, la possibilité de formalités administratives réduites au minimum et de frais de subsistance, de bureau et de déplacement raisonnables.

Les villes de Nice, Florence, Vienne, Francfort, La Haye, Genève, Rennes, Montreux et Copenhague proposèrent d'accueillir le Bureau régional. Le maire de Nice fit appel à Jacques Carlu, l'architecte du Palais de Chaillot à Paris, pour présenter un projet de nouveau bâtiment, alors que Florence proposait

Un vote serré

On n'imaginerait pas forcément que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe soit situé dans une verdoyante impasse résidentielle de Copenhague. Et pourtant, c'est là, au n° 8 Scherfigsvej – du nom du politicien et boulanger du XIX^e siècle Christian Adolf Scherfig – que depuis plus de 50 ans, l'Organisation s'emploie à alléger la souffrance et à améliorer la santé dans les États membres de la Région européenne de l'OMS.

La décision du déménagement à Copenhague fut adoptée par un vote serré des États membres en 1954. Après de nombreuses années d'efforts et de pressions, il était acquis que le Bureau régional aurait son propre siège, séparé de celui de l'OMS à Genève. Un homme en particulier était à l'origine de ces pressions : le docteur Norman Begg, un médecin écossais qui, dans la confusion de l'après-guerre à Varsovie, avait acquis la réputation d'être un homme sur lequel on pouvait compter, un homme qui, d'après un collègue, « s'était dépensé sans compter pour servir l'OMS pendant plus de huit ans ». Pourtant, bien que premier directeur régional de l'OMS pour l'Europe, il ne vit jamais ce Bureau, pour lequel il s'était tant battu, ouvrir ses portes dans la capitale danoise.

deux villas du XIII^e siècle, la villa Pellegrino et la villa Loria. D'autres villes offraient d'autres avantages. Francfort et La Haye étaient réputées pour leur patrimoine médical et étaient dotées d'un excellent réseau de transport, alors que Montreux se vantait de la qualité de ses communications, de ses établissements d'enseignement, de ses équipements sportifs et de ses infrastructures artistiques et culturelles.

Les représentants des 21 États membres, qui votèrent à Genève lors d'une session spéciale du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, prirent la décision finale le 21 mai 1954. Deux villes restaient en lice. Le résultat ne pouvait pas être plus serré : Copenhague l'emporta contre Nice par 11 voix contre 10.

En 1957, le Premier ministre danois, H. C. Hansen, remit au directeur régional de l'OMS pour l'Europe, Paul van de Calseyde, la clé de la maison de maître sise au n° 8 Scherfigsvej. Le Bureau régional entama alors une existence indépendante, avec la mission de faciliter « la coopération entre les pays de la Région en vue de trouver une solution aux problèmes communs de santé publique » et de favoriser des « programmes dans le domaine de l'enseignement et de la formation professionnels ».

Pourtant, ce jour de juin 1957 fut teinté de tristesse. Le premier directeur régional de l'Europe, le docteur Norman Begg, l'homme qui – disait-on – avait fait le plus pour que le Bureau régional de l'Europe ait son propre siège, était décédé au mois de mai, à l'âge de 50 ans.

Le nouveau Bureau régional

En 1979, Ivan Tolstoy, ancien membre du personnel du Bureau régional, décrivait le premier bâtiment dans lequel le Bureau régional avait été transféré en 1957 comme une « somptueuse villa, avec [un] impressionnant hall d'entrée lambrissé de chêne et un escalier monumental... la vue depuis les fenêtres du dernier étage, qui surplombaient deux épicéas, maintenant abattus depuis longtemps, donnait sur toute la longueur d'un jardin privé et, à l'extérieur, vers la large étendue de mer entre, à gauche, le port de Tuborg et, à droite, le port et la centrale électrique de Svanemølle ».

Son emplacement au fond d'une impasse résidentielle ne fut pas du goût de certains habitants qui voyaient d'un mauvais œil l'arrivée de bureaux dans leur cadre de vie, ce qui compliqua encore la tâche de Svenn Eske Kristensen, l'architecte danois sélectionné pour la conception des nouveaux bâtiments du Bureau.

« Dans un quartier où bon nombre des autres maisons étaient occupées par des particuliers, il était difficile d'intégrer des bâtiments qui ne dominent pas complètement l'environnement existant », expliquait M. Kristensen. « Pour moi, il était extrêmement important que les structures restent aussi basses que possible et que l'on utilise des matériaux naturels qui jouent harmonieusement avec le reflet des nuages, des arbres et de la mer ». En 1968, lorsque la villa d'origine fut rasée pour laisser la place à ces nouveaux bâtiments, la démolition s'avéra plus difficile que prévu. Il y avait sous la villa un bunker qui, d'après Ivan Tolstoy, « résista à toutes les tentatives de destruction ».

Aujourd'hui, le Bureau régional occupe cinq bâtiments où travaillent 400 personnes.



La première villa au n° 8 Scherfigsvej

© OMS



La maquette de l'architecte, avec les anciens bâtiments et les nouveaux

© OMS

15 juin 1957

Transfert du Bureau régional de l'OMS à Copenhague

C'est le Premier ministre danois, H. C. Hansen, qui remet la clé du nouveau siège du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Situé dans la banlieue nord de la capitale danoise, au n° 8 Scherfigsvej, ce siège était au départ installé dans une maison de maître qui avait abrité le Bureau de recherche sur la tuberculose. La remise de la clé au directeur régional de l'OMS pour l'Europe, le docteur Paul van de Calseyde, eut lieu en présence des membres du gouvernement danois et du directeur général de l'OMS, le docteur M. G. Candau.



L'installation du nouveau siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, un organisme chargé d'augmenter le niveau de santé sur l'ensemble du continent, est le résultat d'un accord signé en 1955. L'OMS annonça qu'elle prévoyait de remplacer le bâtiment du XIX^e siècle de l'époque par un bâtiment spécialement conçu par l'architecte danois Svenn Eske Kristensen.

**Un symbole du changement dans la continuité :
le directeur régional remet toujours une clé symbolique
du Bureau régional à son successeur**





Le docteur Norman Begg : premier directeur régional (1949-1956)

« Le docteur Begg était consciencieux, réfléchi, prudent dans le meilleur sens du terme, courageux lorsqu'il s'agissait d'exprimer et de défendre ses opinions, généreux dans ses idées et sa conduite. »

Professeur Jacques Parisot, Assemblée mondiale de la santé, 1956

De la Chine à Homerton

Quatrième enfant de missionnaires écossais, Norman Begg naquit à Kuling (aujourd'hui Lushan), en Chine, en 1906. Lorsque la révolution Xinhai éclata, en 1911, la famille quitta le pays pour Aberdeen, en Écosse. Norman devint un brillant élève et joueur de rugby à l'école secondaire d'Aberdeen, avant d'étudier à l'université de la ville. Diplômé de médecine en 1929, il partit pour Londres où, en 1932, à l'âge de 26 ans, il décrocha son doctorat.

Il commença sa carrière en santé publique au *North-Eastern Fever Hospital* de la capitale britannique, avant de s'installer à Southend-on-Sea en 1935. Il revint à Londres en 1937 pour travailler comme médecin-chef à l'*Eastern Fever Hospital* d'Homerton. Pendant les graves bombardements de la Seconde Guerre mondiale, il travailla également dans l'*East End*, le quartier de la ville sans doute le plus durement touché par les attaques.

« Je me souviens du docteur Norman Begg du temps où il était médecin-chef de ce que l'on appelait à l'époque, en 1940, l'Eastern Fever Hospital. J'étais étudiant et j'ai passé douze mois dans cet établissement. Non seulement le docteur Begg nous donnait des cours remarquables sur les fièvres, mais il était vraiment très gentil avec nous tous et j'ai de bons souvenirs de cette période passionnante, pendant le Blitz. »

Docteur Donald V. Bateman, médecin, Royaume-Uni, 1986

L'après-guerre

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'Administration des Nations Unies pour les secours et la reconstruction invita le docteur Begg à Varsovie (Pologne). Malgré le danger qu'il y avait à travailler dans une ville presque entièrement détruite (sa fille raconte qu'il devait avoir sur lui des papiers prouvant qu'il ne pouvait pas être arrêté), le docteur Begg acquit la réputation non seulement de réussir à faire avancer les choses, mais aussi de le faire rapidement et simplement. Ces qualités lui valurent d'être choisi comme directeur du Bureau spécial de l'OMS pour l'Europe, lors de l'ouverture de celui-ci en 1949, et comme premier directeur régional de l'OMS pour l'Europe en 1952.

« Le docteur Begg a plus d'influence à Varsovie que n'importe quel autre représentant des pays occidentaux. »

Docteur Martha M. Eliot, directrice générale adjointe de l'OMS, 1947

Lorsque le docteur Begg prit ses fonctions, il se trouva confronté à une situation très particulière sur le plan de la santé et des soins de santé. Non seulement l'Europe était en proie à des problèmes (par exemple des épidémies) qui nécessitaient des mesures immédiates, mais elle devait aussi reconstruire ses systèmes de santé qui, avant leur destruction généralisée, étaient remarquablement évolués. D'après lui, la meilleure façon de commencer cette entreprise de reconstruction des systèmes

« Le docteur Begg avait un style très personnel. Hormis dans les réunions où c'était lui qui donnait des informations au personnel, il avait une grande capacité d'écoute. Toutefois, lorsqu'il prenait la parole, il résumait clairement et précisément le raisonnement qui était à l'origine de son opinion ou de sa décision. »

Docteur Alfred Eberwein, ancien membre du personnel du Bureau régional, 1991

de santé de la Région, afin de les rendre meilleurs que par le passé, consistait à rassembler les pays (dont beaucoup avaient été ennemis peu de temps auparavant) dans un esprit de coopération mutuelle.

« Dans ces premiers temps, les programmes et projets de pays étaient plus importants que les activités interpays. J'ai vite réalisé à quel point le docteur faisait preuve de lucidité lorsqu'il prévoyait la nécessité et l'importance d'organiser des réunions interpays dans certains domaines. »

Docteur Alfred Eberwein, ancien membre du personnel du Bureau régional, 1991

Cette conviction explique en partie pourquoi le docteur Begg aurait été si profondément affecté par le fait que certains pays de l'Est se soient retirés de l'OMS. Au début de février 1949, les ministères de la Santé de l'U.R.S.S. et des R.S.S. d'Ukraine et de Biélorussie ¹

¹ Le présent ouvrage reprend les noms de pays et d'autres unités géographiques, ainsi que ceux de certaines situations sanitaires, qui étaient corrects à l'époque évoquée.

annoncèrent leur retrait, en déclarant que : « L'appareil administratif hypertrophié engendre des dépenses trop lourdes à supporter pour les États membres [et] l'orientation prise par les activités de l'Organisation ne correspond pas aux missions qui lui ont été confiées en 1946 lors de la première conférence de l'Organisation. » En l'absence de mécanisme de retrait d'un État membre, ces États ont simplement été considérés comme membres inactifs. En 1950, l'Albanie, la Bulgarie, la Hongrie, la Pologne, la Roumanie et la Tchécoslovaquie sont également devenues membres inactifs, avant de redevenir membres actifs en 1957 et 1958.

Le docteur Norman Begg ne vit jamais le retour des pays de l'Est dans l'OMS ni le déménagement du Bureau à Copenhague. Le 23 mai 1956, il mourut à Londres des suites d'une brève maladie. Son héritage perdure néanmoins à travers la croyance durable de la Région européenne dans le pouvoir de la coopération, de la solidarité et de l'entraide.

« Il était aimé de tout le personnel de l'Eastern, des brancardiers aux plus hauts membres de la hiérarchie. Il s'attirait la confiance de tous ceux avec qui il entrait en relation et avait la réputation de ne jamais décevoir l'attente de personne. »

Mme Muriel North, fille du docteur Begg, 2008

La reconstruction : 1949-1956

Le docteur Begg a exercé ses fonctions au cours de deux périodes bien distinctes : les premières années de l'après-guerre, au Bureau spécial de l'OMS pour l'Europe, et la première moitié des années 1950, au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Ce changement de nom témoignait d'une transformation profonde du Bureau et des besoins auxquels celui-ci s'employait à répondre.

L'époque du Bureau spécial

Dans les années qui suivirent la Seconde Guerre mondiale, l'Europe était dans une situation catastrophique en matière de soins de santé. Les hostilités avaient endommagé ou détruit les systèmes de soins de santé ; la Région comptait des millions de personnes déplacées et des maladies autrefois rares faisaient un retour en force. En 1947, on assistait à une hausse de la tuberculose en Europe pour la première

fois depuis un siècle : plus de 600 000 Roumains étaient contaminés, à Zagreb, le nombre de malades avait augmenté de 58 % par rapport aux niveaux d'avant-guerre, et la maladie faisait 18 000 victimes polonaises par mois.

Le Bureau spécial de l'OMS pour l'Europe fut créé dans le but de prendre le relais de l'Administration des Nations Unies pour les secours et la reconstruction lorsque celle-ci cesserait ses opérations. Comme son nom l'indique, il n'avait jamais été prévu que ce Bureau soit permanent, mais plutôt qu'il permette de répondre aux besoins urgents du continent en termes de soins de santé, appelés les « cinq grandes priorités » : la tuberculose, le paludisme, les maladies vénériennes, la santé maternelle et infantile et l'assainissement de l'environnement. Les besoins élémentaires furent évalués et l'on subvint aux besoins matériels

« Le premier programme de bourses de recherche déclencha un sentiment très favorable à l'égard de l'OMS en Europe et donna lieu à la création d'un « groupe de sympathisants » composé de milliers de spécialistes de la santé publique, de la médecine, du génie sanitaire, de l'ingénierie et des soins infirmiers, employés principalement dans des administrations nationales ou des établissements d'enseignement. Ce programme fit connaître l'OMS dans des pays qui devinrent par la suite États membres de la Région européenne et permit au Bureau régional de s'assurer des partenaires inestimables au regard de son développement et de ses activités. »

Docteur Leo A. Kaprio, directeur régional émérite, 1991

(en équipement, médicaments, véhicules de transport et aliments pour bébés) des pays ayant souffert de la guerre. Pour autant, la situation devenant moins urgente, il fallait davantage se consacrer à la reconstruction à long terme, et la nécessité pour le Bureau d'accorder la priorité à la réorganisation, à la modernisation et au relèvement des systèmes de santé des pays se fit de plus en plus évidente.

L'une des initiatives les plus réussies lancées pendant cette période fut le programme de bourses de recherche créé par le professeur Andrija Štampar, artisan de la réforme de la santé yougoslave (et premier président de l'Assemblée mondiale de la santé). Ce programme qui, au départ, axait son action sur les États membres dévastés par la guerre, permit à des professionnels de santé de toute la Région d'étudier et de travailler dans d'autres pays. Il joua également un rôle essentiel dans la prise de conscience du caractère non seulement possible, mais aussi préférable, de la coopération entre les pays.

Du Bureau spécial au Bureau régional

Lorsque l'Europe de l'après-guerre vit l'amorce de son essor économique, on observa une amélioration des services et des systèmes de santé de la Région et certains pays passèrent du statut de bénéficiaires de l'aide d'urgence de l'OMS à celui de contributeurs nets de l'Organisation. L'évolution des besoins et des situations sanitaires dans de nombreux États membres changea les priorités de la Région européenne et l'OMS dut commencer à adapter les siennes en conséquence.

Le processus de décentralisation était bien avancé dans l'ensemble de l'OMS et l'idée faisait son chemin qu'un petit bureau au quatrième étage du Palais des Nations n'était plus assez grand pour une organisation régionale qui faisait plus que d'apporter une aide d'urgence aux pays dévastés par la guerre. De l'avis général, le moment était venu d'opérer un changement de statut et d'orientation. En janvier 1951, le docteur Begg soumit au Conseil exécutif de l'OMS une proposition visant à faire passer l'organisation européenne du statut de Bureau spécial provisoire à celui de Bureau régional permanent. En septembre 1951, le Comité consultatif (composé de 18 États membres actifs) vota en faveur de la création du Bureau régional de l'Europe, et devint lui-même le

Comité régional de l'OMS pour l'Europe, c'est-à-dire l'instance dirigeante de l'OMS pour la Région. Le 1^{er} février 1952, le Bureau régional débuta son activité et le docteur Norman Begg devint le premier directeur régional.

Programme quadriennal : 1952-1956

L'établissement du nouveau Bureau régional permit à celui-ci de poursuivre sa politique d'amélioration de la coopération interpays dans l'ensemble de la Région. Un plan quadriennal fut élaboré et lancé en 1952 ; il se divisait en trois programmes :

1. Le programme ordinaire qui, globalement, s'appuyait sur l'échange d'informations, l'enseignement et la formation professionnels, la poursuite du programme de bourses de recherche et de l'aide aux établissements de formation. L'essentiel de ses activités visait à encourager la transition depuis des programmes au niveau des pays à des programmes interpays.
2. Malgré le rapide développement économique des pays européens, le programme d'assistance technique devait être maintenu et il s'intéressait en priorité aux maladies transmissibles, à la santé maternelle et infantile, à la santé au travail et aux soins infirmiers.
3. Les programmes de coopération donnèrent lieu à une étroite collaboration de la Région européenne avec d'autres agences des Nations Unies et avec des organisations non gouvernementales (ONG). Cette coopération s'intensifia avec la création du Bureau régional.

Séminaires itinérants

Le professeur Andrija Štampar lança une autre initiative, les séminaires itinérants, dont il s'avéra qu'ils constituaient l'une des méthodes les plus efficaces pour diffuser les connaissances sur les bonnes pratiques en matière d'administration de la santé publique dans toute la Région. Entre 1951 et 1966, ces séminaires furent organisés dans 14 pays et réunirent 162 responsables des services de santé chargés d'étudier les méthodes de soins de santé suivies dans les autres pays. Habituellement, deux pays étaient visités à bref intervalle, ce qui permettait d'examiner les différences entre leurs structures administratives dans des domaines analogues. Ainsi, en 1960, la Bulgarie et la France accueillirent

Séminaire itinérant en U.R.S.S.



© OMS

deux séminaires consacrés à l'administration et à l'organisation des services de santé en zone rurale.

En 1955, le docteur Begg proposa un second programme général de travail pour la Région portant sur la période 1957-1960. D'après ses contemporains,

il était enthousiaste à l'idée de poursuivre ce travail au nouveau siège de Copenhague et avait décidé de se représenter aux élections. Après sa soudaine disparition, le Bureau régional dut pourtant se doter d'un nouveau directeur et, le 1^{er} février 1957, le docteur Paul J.-J. van de Calseyde prit la relève.

« J'ai pris part au premier séminaire ; mes collègues étaient des cadres supérieurs de la santé publique venus de 16 pays. Par la suite, certains sont devenus directeurs généraux des services de santé nationaux ou directeurs d'écoles de santé publique. Le professeur Andrija Štampar dirigeait le groupe. Pendant leurs 15 années d'existence, les séminaires itinérants ont contribué à la mise en place d'un nouveau réseau d'autorités et de spécialistes européens de la santé. Grâce à leur action essentielle et au soutien de l'OMS, ces personnes ont peu à peu remplacé la première génération de fonctionnaires de l'OMS aux postes de direction dans les pays, à l'Assemblée mondiale de la santé et au Conseil exécutif. »

Docteur Leo A. Kaprio, directeur régional émérite, 1991



Le docteur Paul van de Calseyde : deuxième directeur régional (1956-1966)

« Le docteur van de Calseyde était un bon skipper et il pilotait son bateau tout en douceur, même s'il lui arrivait d'être dur et impulsif. Cela faisait partie de son caractère, c'était sa façon de participer à la direction de l'OMS. Sans cela, il aurait peut-être été moins efficace. »

M. Ivan Tolstoy, ancien membre du personnel du Bureau régional, 2008

Dans l'entrée du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Copenhague, sur le mur de droite, on peut voir un tableau peint par un artiste abstrait belge, Félix De Boeck. Ce tableau, qui marqua le début de la tradition consistant à exposer les portraits des directeurs régionaux dans le hall d'entrée, représente Paul Julien-Joseph van de Calseyde, deuxième directeur régional de l'OMS pour l'Europe.

Né à Gand en 1903, le docteur van de Calseyde étudia à l'université de sa ville natale et obtint en 1929 le titre de docteur spécialisé en physiopathologie. Cependant, il se tourna presque tout de suite vers des activités administratives et occupa l'année suivante un poste d'inspecteur médical au ministère des Postes et Télégraphes. Là, il se forgea une réputation d'administrateur exceptionnel doté d'une grande moralité. En 1937, il intégra le ministère de la Santé publique et de la Famille en tant qu'inspecteur médical en chef, avant de devenir chef du service de médecine sociale.

En 1945, le docteur van de Calseyde revint au ministère de la Santé publique en tant que directeur général de la santé publique. Il restructura complètement le ministère, qui avait été créé en 1936, en rassemblant ses éléments disparates en un tout cohérent et en établissant un partage des responsabilités entre le ministère et les différents niveaux du gouvernement. Il élaborait également une politique hospitalière pour la Belgique en s'appuyant sur une évaluation à l'échelle du pays, suivie d'une action auprès des pouvoirs publics, qui décidèrent finalement d'investir afin de moderniser et d'équiper les hôpitaux du pays et d'en construire de nouveaux.

La réputation du docteur van de Calseyde en tant qu'administrateur de la santé publique franchit les frontières de la Belgique, et il fut nommé secrétaire

général de la Commission internationale anti-vénérienne du Rhin (qui était membre du Comité de santé publique de l'Union de l'Europe occidentale) et, de 1948 à 1956, délégué auprès de l'Assemblée mondiale de la santé.

Après sa nomination par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 1956, le docteur van de Calseyde prit ses fonctions de directeur régional le 1^{er} février 1957. Son mandat fut marqué par :

- le transfert du Bureau régional à Copenhague ;
- le retour des pays de l'Est en tant que membres actifs ;
- la modification des priorités en raison de la diminution des maladies transmissibles et de l'augmentation des maladies non transmissibles ; et
- le changement général de perspective, avec une Région européenne de plus en plus orientée vers des stratégies de prévention.

« À l'époque, l'éducation et la formation étaient notre priorité absolue, et le Bureau régional offrait ce type d'assistance aux États membres grâce à des programmes de bourses de recherche qui permettaient aux professionnels de santé de tous les pays de bénéficier d'un enseignement spécialisé. Les ministères de la Santé tenaient absolument à ce que les membres de leur personnel puissent améliorer leurs connaissances et leurs compétences. Ainsi, une fois rentrés chez eux, ils pouvaient former d'autres personnes et servir leur pays de manière plus efficace. »

M. Eddie Vesterholm, ancien membre du personnel du Bureau régional, 2008

Lorsque le docteur van de Calseyde prit sa retraite en 1967, il rentra en Belgique où il dirigea le Conseil supérieur de la santé publique. Il assista à une session du Conseil deux jours avant son décès, le 3 mars 1971.

« C'était un homme sympathique, très décontracté, qui fumait toujours un gros cigare. Il n'y avait pas de politique antitabac à l'époque, et nous fumions tous au Bureau. »

M. Knud Thoby, ancien membre du personnel du Bureau régional, 2008

Le choc de la nouveauté : 1956-1966

Nouveaux défis en matière de santé

À la fin des années 1950 et au début des années 1960, l'Europe était en phase d'expansion économique. Si, de toute évidence, cet essor comportait de nombreux avantages (par exemple la diminution importante du nombre de cas de maladies transmissibles), il s'accompagnait également d'effets secondaires moins positifs, tels que l'augmentation :

- des taux de problèmes de santé non transmissibles (accidents et traumatismes, maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et rhumatismes) ;
- de la pollution des eaux et des sols et de la pollution atmosphérique et sonore ; et
- des troubles nutritionnels, des accidents et de la consommation de drogues.

En outre, l'urbanisation croissante de la Région s'accompagna d'une augmentation des problèmes de santé mentale due à la rupture des liens familiaux.

Le secteur sanitaire commençait à comprendre que la santé était un enjeu multisectoriel qui nécessitait une action de grande ampleur. Le Bureau régional était confronté aux problèmes difficiles liés au fait qu'il était désormais beaucoup plus multifonctionnel et qu'il devait revoir ses priorités en matière d'activités à mener. Cette évolution impliquait des efforts accrus en termes de promotion de la santé par le biais d'organismes nationaux et internationaux, mais aussi par le truchement de l'enseignement, de l'agriculture, de l'industrie, de la médecine vétérinaire et d'autres activités économiques et culturelles. Par ailleurs, il devenait de plus en plus important que les services de santé cessent de s'employer uniquement à guérir les maladies et qu'ils accordent une place beaucoup plus importante à la prévention. Ce principe devint un facteur de mobilisation essentiel pour la grande majorité des activités du Bureau régional dès le début des années 1960.

Membres du personnel au travail dans le nouveau Bureau de Copenhague



De plus, avec le retour des pays de l'Est en tant que membres actifs, 200 millions de personnes vinrent du jour au lendemain grossir la population desservie par le Bureau. Après l'Assemblée mondiale de la santé de 1960, le russe devint la troisième langue officielle du Bureau régional pour l'Europe, avec l'anglais et le français.

De nouveaux programmes

Le Bureau régional mit en place de nouveaux programmes destinés à prendre en compte les nouvelles priorités, notamment les maladies non transmissibles, la gérontologie, la radioprotection (une véritable préoccupation, au plus fort de ce qu'il est convenu d'appeler la Guerre froide), l'épidémiologie et les statistiques sanitaires.

En 1960, le Bureau régional créa une unité chargée des maladies chroniques et de la gérontologie. Cette unité travaillait en étroite collaboration avec les services de santé publique locaux et les encourageait à mettre en œuvre des programmes de détection précoce comprenant un dépistage, des examens de santé et des schémas thérapeutiques spécifiques. L'unité cherchait également des moyens d'améliorer les soins dispensés aux personnes âgées.

En créant une unité chargée de l'épidémiologie et des statistiques sanitaires, le Bureau régional reconnaissait que l'évolution de la santé publique exigeait une nouvelle approche fondée sur une base épidémiologique. Il était nécessaire de disposer d'informations statistiques pour asseoir la planification et la mise en œuvre des nouvelles stratégies de santé publique. Le Bureau régional apporta son soutien à des études épidémiologiques internationales, des formations et des bourses de recherche sur des sujets tels que la tuberculose et la cardiopathie dégénérative.

De nouveaux partenariats

Bien avant que l'on entende parler d'économies fondées sur la connaissance, le Bureau régional tirait parti d'initiatives existantes pour améliorer l'éducation. Les réunions, les formations, les études, les programmes de bourses, la consultation directe et l'assistance aux pays devinrent des outils essentiels qui contribuèrent à la diffusion de la connaissance auprès des prestataires de soins de

santé et des autorités nationales de toute la Région. Cette importance accordée à l'éducation et à la connaissance trouvait son expression dans les cours des « zones de démonstration » organisés à Soissons (France) et dans l'Uusimaa (Finlande). Grâce à des conférences, des échanges de vues, des discussions et des visites, ils offraient une expérience pratique aux spécialistes européens et mondiaux.

Le Bureau régional s'associa avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour doter en moyens de formation les services de santé maternelle et infantile à travers l'Europe. Les médecins et les infirmiers scolaires devinrent les relais de l'amélioration de la santé des enfants, et l'hygiène personnelle, la nutrition et la sécurité routière firent partie intégrante des programmes scolaires. L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et l'OMS élaborèrent des programmes sur l'éducation et la santé mentale destinés aux enfants. En collaboration avec l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'UNICEF, l'OMS lança également des activités dans le domaine de l'éducation et de la formation afin de favoriser une meilleure compréhension des conséquences du handicap.

D'autres partenariats furent mis en place, dont un avec l'OIT portant sur l'amélioration de la santé au travail. Avec l'industrialisation rapide, la production industrielle en série et l'apparition de l'énergie nucléaire, les professionnels de santé jouèrent un rôle de plus en plus important dans l'amélioration de la santé et du bien-être des travailleurs de l'industrie.

Le Bureau régional travailla également en étroite coopération avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) afin de lutter contre les zoonoses, par exemple grâce à des vaccins contre la brucellose en Espagne et à une étude sur les leptospiroses.

De nouveaux emplois dans de nouveaux hôpitaux

Dans les structures de soins de santé modernes, les médecins voyaient leur rôle se transformer. Ils participaient de plus en plus aux tâches administratives et étaient désormais des spécialistes de santé multifonctionnels chargés de concilier les

ressources et les besoins, de définir les priorités et de replacer les problèmes de santé dans le contexte plus large des préoccupations sociales et économiques.

Paradoxalement, le développement économique et l'amélioration de la santé dans la Région firent croître les besoins en infirmiers dans des domaines très variés, ce qui entraîna des pénuries dans certains pays. En plus des soins aux malades, ces infirmiers eurent un rôle d'agents d'éducation sanitaire pour la population au sens large et d'acteurs de la planification et de l'organisation des services de santé.

Les hôpitaux connurent eux aussi des changements, car ils furent contraints de réorienter leurs activités de traitement des maladies transmissibles vers les soins aux personnes âgées et aux malades chroniques. Ce changement entraîna une évolution progressive des soins aux malades hospitalisés vers les soins ambulatoires.

De nouvelles approches des maladies transmissibles et de la santé mentale

À l'époque, les taux de certaines maladies transmissibles (maladies vénériennes, typhus et variole) diminuèrent, alors que d'autres (comme celui de la poliomyélite) augmentèrent. La tuberculose était encore très répandue et le trachome et la conjonctivite bactérienne étaient endémiques dans le bassin méditerranéen. Le renforcement du système de laboratoires de santé

publique était au cœur de l'action menée par la Région pour contrer ces menaces. Le Bureau régional forma du personnel et apporta son assistance aux pays dans la fabrication des vaccins. Grâce à l'aide de l'UNICEF, le problème de la disponibilité des vaccins en Europe fut en grande partie résolu.

Au début des années 1960, on assista à un renversement des politiques de santé mentale en place depuis des décennies, avec la transformation radicale des façons d'envisager cette question en Europe. On mit sur le marché de nouveaux médicaments qui atténuèrent les symptômes et offraient de nouvelles possibilités de soins de proximité. Les services psychiatriques, comme les hôpitaux, s'orientèrent vers les soins ambulatoires, tandis que l'on réduisait le nombre d'unités fermées et que l'on assistait à un recul de l'internement et des conditions de type carcéral.

En 1966, alors que le mandat de directeur régional du docteur van de Calseyde touchait à sa fin, le Bureau régional était dans une position bien plus forte qu'au début de ce mandat. La coopération entre les pays – un critère essentiel pour lui – s'était améliorée et les principes d'une approche globale des problèmes de santé et d'une planification de la santé au niveau national comme outil indispensable au développement sanitaire avaient été unanimement acceptés. Le prochain directeur régional allait être confronté à la difficulté de réunir tous les axes des activités du Bureau régional en une politique sanitaire commune.

L'Europe : une région indemne de paludisme

En 1962, le Bureau put affirmer qu'une grande victoire avait été remportée lorsque la Région européenne fut la première à être déclarée indemne de paludisme. Cette victoire était le résultat des efforts intenses accomplis par la Région pour établir l'étiologie et l'épidémiologie du paludisme, mais aussi de la création du protocole visant à son éradication. L'expérience acquise par le personnel de l'OMS en Grèce contribua à démontrer l'importance des pulvérisations d'insecticide et de la surveillance épidémiologique.

Pendant les années 1960 et 1970, le paludisme en Europe se limitait essentiellement à des cas importés d'autres pays. En revanche, dans les années 1990, la maladie fit un retour en force pour atteindre des proportions épidémiques dans les pays d'Asie centrale et du Caucase. Entre 1995 et 2008, des interventions de grande ampleur permirent de faire chuter de 90 712 à 589 le nombre de cas déclarés. En 2005, tous les pays de la Région touchés par le paludisme s'engagèrent à consentir un nouvel effort pour éliminer la maladie, en signant la Déclaration de Tachkent, « *The Move from Malaria Control to Elimination* » in the WHO European Region (Passer de la lutte contre le paludisme à son élimination dans la Région européenne).



Le docteur Leo A. Kaprio : troisième directeur régional (1966-1985)

« Leo Kaprio avait un esprit pénétrant et procédait avec méthode. Il n'avait pas peur de prendre des décisions courageuses mais ne perdait jamais son sens de la diplomatie. Les gens le respectaient parce qu'il faisait bien son travail, et aussi parce qu'il était honnête et qu'il n'essayait jamais de tromper personne. »

Docteur Jo E. Asvall, directeur régional émérite, 2008

La jeunesse de Leo A. Kaprio fut profondément marquée par la guerre. Il naquit en Finlande en 1918, l'année où son pays connut une guerre civile. Ses études de médecine furent interrompues par la Seconde Guerre mondiale, au cours de laquelle il servit comme capitaine dans le corps médical de l'armée finlandaise. Il acheva finalement ses études en 1955 avec un titre de docteur aux États-Unis. À cette époque cependant, il avait déjà travaillé dans des hôpitaux et des universités, dirigé des services de santé dans dix provinces finlandaises et occupé le poste de directeur du centre d'enseignement et d'expérimentation en santé de l'Uusimaa en Finlande (qui fut utilisé par l'OMS comme centre international de formation) ainsi que celui de directeur adjoint de la santé publique dans la province de l'Uusimaa.

La première rencontre du docteur Kaprio avec l'OMS eut lieu en 1948, lorsqu'il repré- senta le gouvernement finlandais à une réunion organisée à Genève pour

discuter de la création du Bureau régional. Il intégra l'Organisation en 1956 et travailla aux Bureaux régionaux de la Méditerranée orientale et de l'Europe et comme directeur de la Division des services de santé publique au Siège.

Nommé directeur régional de l'OMS pour l'Europe en 1965, il prit son poste en février 1966 et y resta pendant 18 ans : « en voyant passer », comme il le dit lui-même un jour, « à peu près deux générations de directeurs généraux dans les différents pays et des centaines de ministres et de vice-ministres de la Santé. »

Le docteur Kaprio prit sa retraite en 1985 et se vit alors décerner le titre de directeur régional émérite de l'OMS. Il conserva une activité au sein de l'Organisation et continua à enseigner la politique sanitaire internationale à Helsinki, de 1989 à sa mort, en 2000.

« Le docteur Kaprio était une figure dominante du Bureau. Certains membres du personnel le comparaient à un roi bienveillant. Il avait une personnalité très intéressante, tout à fait adaptée à sa fonction. Il ne faut pas oublier que nous étions au beau milieu de la Guerre froide et qu'il n'y avait pas de coopération entre l'Ouest et l'Est, sauf dans le domaine de la santé. L'OMS était une rare exception à la règle et une coopération pratique était en place. »

Docteur Jo E. Asvall, directeur régional émérite, 2008

Préparer l'avenir : 1966-1985

Planification sanitaire

« La médecine moderne », écrivait le docteur Kaprio en 1969, devrait être « mise en application de façon efficace et économique dans l'intérêt de l'ensemble de la population. ... Nous avons de plus en plus besoin d'une planification à long terme et d'une meilleure conduite de la gestion du « service médical », qui est, en termes économiques, l'un des plus gros employeurs de la société moderne industrialisée. »

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe avait déjà commencé à réfléchir à cette idée trois ans plus tôt, lorsque le Comité régional s'était mis à travailler sur le concept de planification sanitaire à l'échelon national. Le Bureau régional commença par réorganiser son programme et son budget afin d'adopter une démarche plus systématique. Cela impliquait l'élaboration de plans à long terme dans toute la Région, en collaboration avec les services sanitaires nationaux, le Siège de l'OMS, les autres organisations gouvernementales et les ONG.

Programmes à long terme

Le Bureau régional eut recours à des programmes généraux à long terme pour remplacer les activités habituellement menées à court terme et sans coordination dans la Région, par une série de projets concourant à un objectif central. (Ces projets constituaient en outre un excellent moyen de mettre à l'épreuve les principes de la planification sanitaire.)

Les trois programmes (consacrés aux maladies cardiovasculaires, à la santé mentale et à l'environnement) démarrèrent à peu près en même temps et durèrent environ dix ans. Ils ouvrirent la voie aux activités futures dans ces domaines. Dans la pratique, cela signifiait une évolution générale dépassant les stratégies thérapeutiques pour tendre vers une action de prévention.

Sa Majesté
la Reine
Margrethe II
de Danemark
et Son Altesse
Royale le
Prince Henrik
lors de
l'inauguration
des nouveaux
bâtiments, en
1972



Programme à long terme sur les maladies cardiovasculaires (1968-1980)

En 1968, dans « la plupart des pays européens, les maladies cardiovasculaires étaient considérées comme une destinée « individuelle », qui devait être prise en charge par le patient et par le médecin. L'idée de considérer les cardiopathies coronariennes comme un phénomène de masse était étrangère à la plupart des cardiologues européens ». Le programme à long terme sur les maladies cardiovasculaires s'était donné pour tâche de changer cette situation et s'employa à élaborer des politiques et des méthodes de contrôle pour lutter contre les cardiopathies coronariennes. (La lutte contre les cardiopathies rhumatismales, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle était menée par le Siège de l'OMS.) Le programme améliora également les connaissances relatives à l'épidémiologie et à l'histoire naturelle des maladies cardiovasculaires.

Le programme permit de changer toute la stratégie de lutte contre les maladies cardiovasculaires dans la Région en préconisant le recours aux soins intensifs coronariens, au pontage et à la réadaptation active dans les services de consultations externes. Il eut également des retombées positives « sur tous les projets importants menés dans ce domaine, au sein de l'OMS ou ailleurs. En échange, le travail des milliers de stagiaires, participants et spécialistes qui s'étaient investis dans le programme eut une grande influence sur les activités futures du Bureau régional. »

Le programme eut également un effet secondaire imprévu. Il mit en relation des cardiologues aux préoccupations politiques qui créèrent ensuite un groupe, l'Association internationale des médecins pour la prévention de la guerre nucléaire, dont les travaux furent couronnés par le Prix Nobel de la paix en 1985.

Programme à long terme sur la santé mentale (1970-1978)

Le Bureau plaida pour la première fois en faveur de la création d'un programme sur la santé mentale au lendemain des bouleversements politiques et sociaux de 1968, au moment où il commençait à concentrer ses efforts sur la santé mentale des jeunes. En 1970, il mit en place un programme plus général axé sur huit domaines :

1. les préjugés liés aux troubles mentaux ;
2. les systèmes traditionnels de soins, fondés sur les hôpitaux ;
3. les grands hôpitaux psychiatriques fermés ;
4. le caractère dépassé de la législation ;
5. les trop rares solutions ambulatoires permettant d'éviter l'hospitalisation ;
6. la pénurie de personnel non médical ;
7. l'insuffisance des données ; et
8. le manque de coordination avec les autres services de proximité.

Ce programme à long terme proposait un nouveau modèle de soins fondé sur des services de prévention,

« Les programmes de l'OMS ont été définis de façon simple comme consistant en « deux éléments principaux : a) la reconnaissance et la description convenable d'un problème ; et b) l'ensemble des mesures proposées pour le résoudre, en partie ou en totalité ». Les programmes à long terme étaient conformes à cette définition et étaient tous trois remarquablement complets sur le plan de la structure et de la démarche. »

Docteur Leo Kaprio, directeur régional émérite, 1991

de traitement et de réadaptation très complets, dispensés dans le cadre de vie habituel par des équipes pluridisciplinaires de professionnels de santé. Cette conception est prédominante aujourd'hui.

Afin de permettre une meilleure compréhension de la question, le Bureau commença à rassembler des statistiques et à former du personnel. Le programme servit de cadre général dans lequel le Bureau régional put réunir des initiatives disparates tout en intensifiant la collaboration avec d'autres organismes et organisations. Il était axé sur quatre grands domaines :

1. l'organisation et la planification des services et du personnel ;
2. l'enseignement et la formation ;
3. l'information sur les problèmes de santé mentale et la classification de ces problèmes ; et
4. les problèmes de certains groupes sociaux, par exemple les jeunes, les personnes ayant une consommation excessive d'alcool et celles consommant des drogues illicites.

En 1978, le programme à long terme de la Région fut intégré dans la Stratégie mondiale de l'OMS.

Programme à long terme sur l'hygiène de l'environnement (1971-1980)

En 1970, le Comité régional approuva un programme à long terme de lutte antipollution. Peu à peu, le Bureau régional se donna pour mission d'aider les États membres par le biais d'un programme à long terme systématique et coordonné, qui cherchait des façons de prévenir les risques sanitaires liés à l'environnement ou d'éliminer leur dangerosité grâce à des moyens législatifs, administratifs et techniques. Le programme portait sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement, le traitement et l'élimination des déchets solides, la sécurité chimique, la sécurité sanitaire des aliments, la radioprotection, les aspects du logement et de la santé au travail liés à la santé publique.

Comme l'écrivait le docteur Kaprio en 1991, « ce programme à long terme ouvrit de nouvelles perspectives en préconisant une démarche multisectorielle et préventive et une coopération internationale en matière d'hygiène de l'environnement ». Alors que les difficultés liées aux ressources et aux questions politiques freinaient la mise en œuvre du programme (notamment dans les pays de l'est de la Région), celui-ci permit de créer et de former un réseau de spécialistes de l'hygiène de l'environnement à l'échelle de la Région. Comme on a pu le constater par la suite, ces spécialistes furent de précieux alliés de l'OMS dans le cadre de ses activités dans ce domaine.

Une nouvelle politique mondiale : la Santé pour tous

En mai 1977, l'Assemblée mondiale de la santé adopta le texte fondateur de ce qui allait devenir la politique mondiale de la Santé pour tous. La résolution stipulait que l'OMS et les gouvernements devaient s'efforcer de « donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ».

L'étape suivante eut lieu au moment de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata (U.R.S.S.), en 1978, lorsque les participants adoptèrent une Déclaration qui donnait une définition précise des soins de santé primaires et reconnaissait leur rôle déterminant aux fins de la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous. Comme l'un des buts initiaux de cette politique était d'aider les pays pauvres et peu développés, de nombreux pays riches et développés pensèrent, malheureusement, qu'ils n'étaient pas concernés.

Stratégie et objectifs au niveau régional

Le docteur Kaprio savait parfaitement que la politique de la Santé pour tous ne réussirait que si les pays développés y participaient. Il estimait que si ces États membres se contentaient de donner de l'argent, leurs

L'Europe : une Région indemne de variole

Après plus de dix ans d'efforts, la Région européenne fut officiellement déclarée indemne de variole en 1977. L'éradication de cette maladie reste probablement l'une des plus grandes victoires en termes de santé publique.

homologues moins développés considéreraient à juste titre la Santé pour tous comme un système à deux vitesses et le rejetteraient sur-le-champ. Le Bureau régional entreprit donc de démontrer aux États membres européens développés que cette politique les concernait car elle leur permettrait d'améliorer la santé de leur population.

Au fond, tous les États membres avaient leur lot de problèmes sanitaires. Ainsi, les groupes vulnérables avaient des besoins supérieurs en soins primaires et en aide sociale, et il existait d'importantes différences en termes d'accès aux soins à l'intérieur d'un même pays et entre les pays, différences souvent dues à une répartition inégale des services. En outre, on accordait bien trop d'importance aux traitements et aux remèdes, et pas assez à la prévention des maladies et à la promotion de la santé.

La session du Comité régional de 1969 constitua une étape importante dans l'élaboration de la politique de la Santé pour tous. Le Bureau régional y présenta les résultats d'une étude de six ans sur la santé familiale, qui fournit des éléments d'appréciation importants pour la définition de la stratégie et des buts européens de la Santé pour tous. En 1970, le Comité régional vota pour mettre en place une « stratégie à long terme complète, cohérente et compatible pour la Région dans son ensemble », qui prévoyait des objectifs et des programmes aux niveaux national et régional concernant :

1. la promotion de modes de vie sains ;
2. la réduction des maladies évitables ; et
3. la prestation de soins de santé adaptés et accessibles à tous.

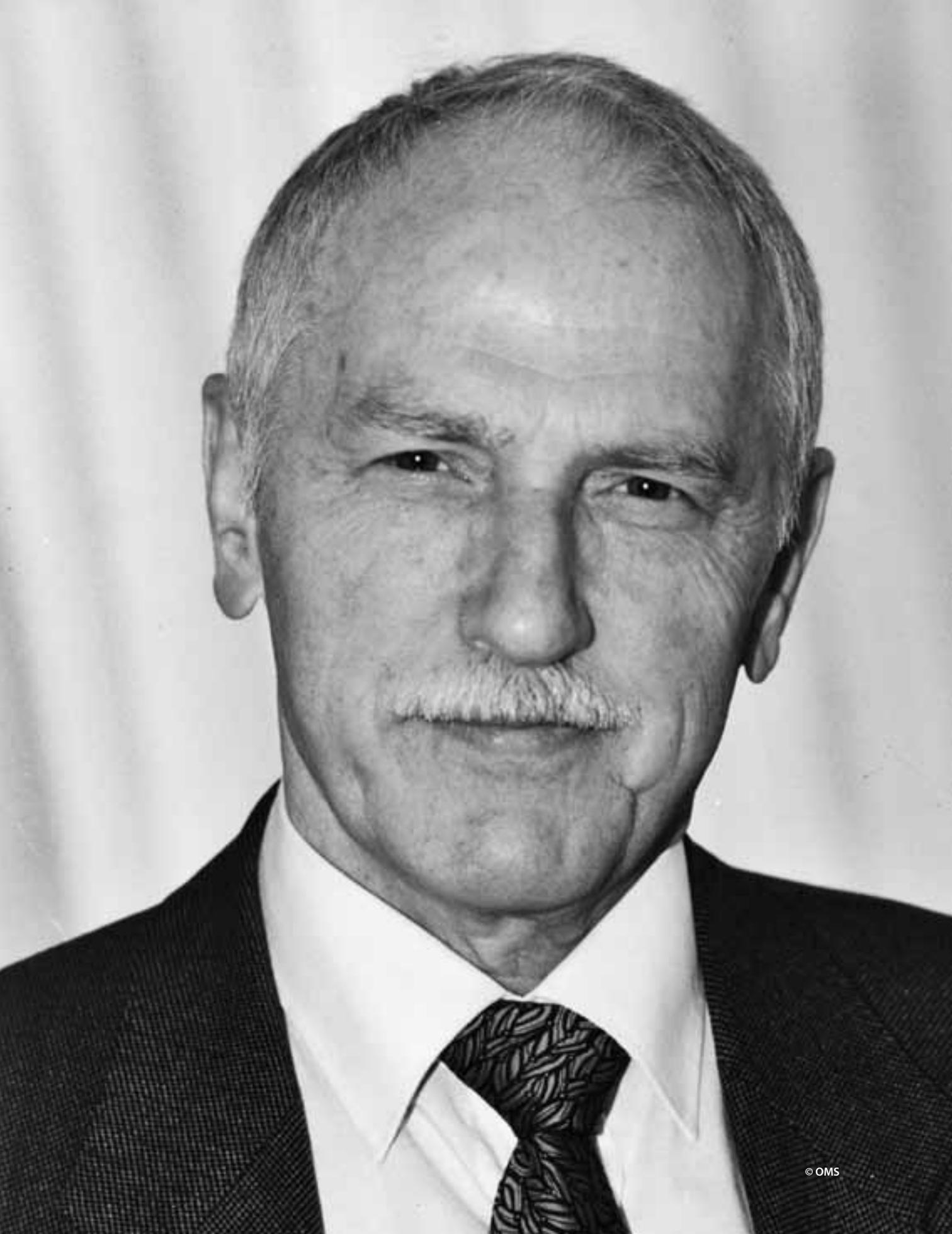
L'un des aspects importants de cette stratégie était sa compatibilité avec la Stratégie mondiale de l'OMS, mais en 1981 déjà, les États membres européens avaient atteint la plupart des buts mondiaux. La Région devait définir ses propres buts. C'est pourquoi entre 1982 et 1983, le Conseil consultatif régional pour le développement sanitaire s'entretint avec les partenaires concernés et élaborait un ensemble de propositions relatives à la politique à mener et fondées sur les résultats recherchés (tels que des améliorations dans le domaine de la santé et la diminution des risques sanitaires) plutôt que sur les ressources et les problèmes. Il se pencha sur la planification et la gestion sanitaires, ainsi que sur les moyens de promouvoir la santé et d'améliorer l'équité et la qualité des systèmes de santé.

Le premier projet de stratégie européenne de la Santé pour tous élaboré par le Conseil proposait 82 buts à atteindre à l'horizon 2000. Lorsque le Comité régional adopta le premier document énonçant la politique de la Santé pour tous de la Région européenne en 1984, le nombre de buts avait été ramené à 38, associés à 65 indicateurs. Ce document était destiné à servir de base à toutes les activités futures de l'OMS dans la Région.

La stratégie adoptée fournissait un cadre éthique clair pour l'élaboration d'une politique, avec une réorientation vers des systèmes fondés sur des soins primaires améliorés plutôt qu'axés sur l'hôpital. Ce cadre s'inspirait de valeurs essentielles qui étaient l'équité, la solidarité et la participation. L'équité impliquait que chacun ait une possibilité équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé, sur la base d'une répartition équitable entre les sociétés. La solidarité signifiait que les sociétés devaient œuvrer pour la santé de tous leurs membres. Quant à la participation, elle faisait référence à la nécessité, pour les parties prenantes, de participer à toute prise de décision dont le but était d'améliorer la santé ou les systèmes de santé.

La stratégie était également fondée sur certains principes de la politique sanitaire comprenant la prévention des maladies, la promotion de modes de vie sains et la maîtrise des déterminants de la santé. Naturellement, elle impliquait d'élargir la politique de santé publique à d'autres secteurs de la société que celui de la santé, tels que l'éducation, l'environnement, l'agriculture et l'industrie. De plus, elle reconnaissait que la politique sanitaire était également une politique économique. En effet, l'amélioration de la santé d'une population favorise le développement et la croissance économique d'une société.

L'adoption d'une politique sanitaire européenne commune fut la dernière réalisation du docteur Kaprio pendant son mandat de directeur régional de l'OMS pour l'Europe. Il quitta ses fonctions en 1985 et fut remplacé par le docteur Jo E. Asvall qui, en tant que directeur de la gestion des programmes au Bureau régional, avait joué un rôle décisif dans la mise en place de la politique de la Santé pour tous. Cette politique ayant été adoptée, le nouveau directeur régional allait devoir relever le défi de sa mise en pratique.



Le docteur Jo E. Asvall : quatrième directeur régional (1985-2000)

« J'ai toujours été impressionné par la profonde conviction du docteur Asvall que l'action de l'OMS pouvait changer la santé de la population de tous les pays. Il ne cessa jamais de se conformer à ce principe. »

Docteur Paul A. Lamarche, ancien membre du personnel du Bureau régional, 2008

Né en 1931 en Norvège, Jo E. Asvall obtint son diplôme de médecin en 1956. Il écrivit sa première lettre de candidature à l'OMS deux ans plus tard et fit partie des dix étudiants sélectionnés pour participer à des cours sur l'éradication du paludisme en Amérique latine en 1959. Le docteur Asvall travailla en Équateur, en Jamaïque et au Mexique avant de partir pour l'Afrique de l'Ouest où il dirigea l'équipe de l'OMS chargée du paludisme pour le Bénin, le Cameroun et le Togo.

De retour en Norvège en 1963, il travailla dans un hôpital et prit une part de plus en plus active à la gestion clinique et à l'administration hospitalière. Son expérience lui fut utile lorsqu'il devint directeur du service des hôpitaux au ministère norvégien des Affaires sociales, en 1973. Il joua un rôle décisif dans l'élaboration d'une nouvelle politique sanitaire nationale norvégienne, qui fut mise en œuvre en 1975. Un an plus tard, il était délégué à l'Assemblée générale de la santé. Il intégra ensuite le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, où il fut fonctionnaire chargé de la planification sanitaire dans les pays, jusqu'à

sa nomination comme directeur de la gestion des programmes, en 1979.

Pour le docteur Kaprio, le docteur Asvall était l'artisan de la politique de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS. Lorsque le moment fut venu de nommer son successeur en 1984, le choix du docteur Asvall s'imposa naturellement. Celui-ci consacra son mandat à s'efforcer de faire de la Santé pour tous – ou la « Bible de la politique sanitaire », comme il la désignait – l'élément moteur des activités du Bureau régional.

Le docteur Asvall devint directeur régional émérite après avoir quitté son poste de directeur régional en janvier 2000. Il vit désormais à Copenhague et à Genève et il est considéré comme un éminent spécialiste de la santé publique, doublé d'un bon skieur. ²

² Malheureusement, le docteur Asvall est décédé le 10 février 2010, peu de temps après la publication de la version anglaise de ce rapport.

« Nous étions en pleine période de Guerre froide, et ce qui était scientifiquement valable pour certains était politiquement inacceptable pour d'autres. Je me souviens très bien de débats houleux à propos de certains buts, mais sa méthode d'encadrement était simple. Il écoutait les autres et acceptait les critiques et les commentaires, du moment qu'ils étaient formulés de manière constructive et polie. »

Docteur Paul A. Lamarche, ancien membre du personnel du Bureau régional, 2008

La Santé pour tous : 1985-2000

Mise en œuvre de la Santé pour tous en Europe

Fondamentalement, la politique de la Santé pour tous avait pour vocation de changer les attitudes vis-à-vis de la santé. Il fallait pour cela modifier les politiques, renforcer la position des acteurs du secteur de la santé (depuis les usagers des services jusqu'aux soignants et aux administrateurs) et mobiliser des réseaux internationaux de professionnels de santé, de personnalités politiques et de représentants des médias afin qu'ils agissent en faveur de la santé de tous les citoyens. « La promotion active de la santé » était considérée comme la meilleure façon de mettre en œuvre la politique dans la Région européenne : le rôle de l'OMS devait être de mieux faire comprendre aux États membres (et donc à leurs habitants) comment éviter d'être en mauvaise santé et de proposer des stratégies d'amélioration de la santé dans toute la Région.

Du point de vue du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, cette politique de promotion active de la santé consistait entre autres à apporter un appui

aux services de santé nationaux qui souhaitaient mettre en œuvre la Santé pour tous. Ainsi, de 1985 à 1990, le Bureau aida les États membres à créer des politiques et des programmes sanitaires conformes aux principes de la Santé pour tous. Les activités de consultation et de recherche menées à travers la Région montrèrent que ces États membres rencontraient un certain nombre de problèmes communs dans la mise en œuvre de la politique :

- importance insuffisante accordée par les autorités nationales au lien entre le comportement social et économique et la santé ;
- détérioration des indicateurs économiques au cours des années 1970, d'où des mesures d'austérité dans les systèmes de santé, malgré une augmentation rapide des coûts ; et
- généralisation du mécontentement des usagers des services concernant la disponibilité des soins, notamment du fait d'investissements importants produisant trop souvent des résultats minimes.

Au début du mandat du docteur Asvall, le défi qui se posait au Bureau régional était de trouver un compromis entre des demandes concurrentes et la nécessité de mettre en œuvre la Santé pour tous.

« La Santé pour tous ouvrit de nouvelles perspectives d'interventions par-delà les systèmes de santé et fit partie intégrante de différents secteurs de la société. Le principe était que la prestation de services de santé devait s'appliquer à tous, et non pas être réservée aux populations les plus privilégiées. C'était là un principe complètement nouveau et révolutionnaire pour l'époque. Il stimula l'ensemble des ressources de l'OMS, et le Bureau de l'Europe ne fit pas exception. »

Docteur Paul A. Lamarche, ancien membre du personnel du Bureau régional, 2008

Collaboration

De fait, la première étape eut lieu avant l'entrée en fonction du docteur Asvall comme directeur régional. Lorsqu'il était directeur de la gestion des programmes, il avait organisé entre 1982 et 1986 une série de réunions dites de « direction par la sensibilisation » afin d'expliquer et de promouvoir la stratégie et de montrer comment elle pouvait être mise en œuvre. Quatre réunions furent organisées, en Turquie (Antalya), en Norvège (Oslo), en Grèce (Corfou) et en Irlande (Shannon), auxquelles participèrent des responsables de la santé de toute la Région. Elles s'inspiraient des séminaires itinérants des années 1950 et 1960 et attirèrent également des représentants d'autres secteurs que le secteur médical, tels que des politologues et des experts en gestion. Elles s'avèrent extrêmement utiles pour créer dans l'ensemble de la Région de nouveaux réseaux de professionnels de santé qui savaient ce qu'était la Santé pour tous et étaient désireux de la mettre en œuvre.

La seconde étape consistait à soutenir les stratégies et les programmes d'action dans les États membres. Le Bureau régional et les États membres entamèrent d'importantes consultations et négociations dans l'objectif de créer des documents relatifs aux politiques de santé adaptés. À la fin de 1987, dix pays, dont la Bulgarie, la République démocratique allemande, la Hongrie, les Pays-Bas, l'Irlande et la Yougoslavie, s'étaient dotés de tels documents. À la fin de 1989, sept pays étaient venus s'ajouter à la liste. Au lendemain des changements politiques du début des années 1990, les pays de la moitié est de la Région devaient reconstruire leurs services de santé. La plupart étaient heureux de collaborer avec le

Bureau régional pour revoir leurs politiques nationales en s'inspirant de la Santé pour tous.

Tchernobyl

L'accident qui eut lieu à la centrale nucléaire de Tchernobyl le 26 avril 1986 fut une urgence sanitaire d'une ampleur inédite. Dès le lendemain, le Bureau régional constitua une équipe de membres du personnel et d'autres spécialistes chargés de recueillir et d'analyser des données afin de les diffuser aux États membres. Au début du mois de mai, il annonça des contre-mesures adaptées et, quatre jours plus tard, publia un rapport afin de calmer la panique et de permettre la tenue d'un débat mesuré s'appuyant sur les faits. Ses activités à long terme dans le domaine de l'hygiène de l'environnement, notamment sur les effets des rayonnements ionisants, constituèrent à cet égard une base très utile.

La catastrophe de Tchernobyl fut le premier des événements survenus dans la Région européenne qui eut véritablement des effets sur la santé à l'échelle transnationale. L'expérience vécue par le Bureau pendant la catastrophe s'avéra précieuse lorsqu'il fallut faire face à d'autres situations.

La Conférence internationale sur la promotion de la santé

En 1986, le Siège de l'OMS reconnut la réussite du Bureau régional de l'Europe dans la mise en œuvre de la Santé pour tous en lui demandant d'organiser la première Conférence internationale sur la promotion de la santé. Organisée à Ottawa (Canada), cette Conférence aboutit à la Charte d'Ottawa pour la

L'Europe contre le tabac

La Conférence européenne sur la politique antitabac eut lieu en 1988 à Madrid (Espagne). Des participants venus de 27 États membres européens et de 4 pays extérieurs à la Région se rencontrèrent pour discuter de la façon dont l'Europe pouvait ouvrir la voie à la réglementation sur le tabac et ses méfaits sur la santé. Leurs travaux aboutirent à une Charte contre le tabac qui déclarait que les citoyens avaient un droit inaliénable à être protégés contre les maladies imputables au tabac et contre la pollution causée par la fumée des autres.

Cette Conférence constitua une avancée essentielle de la politique antitabac européenne et influença les politiques nationales ultérieures en la matière. Depuis, la Région européenne n'a pas cessé de jouer un rôle de premier plan dans la lutte antitabac. En 2002, les États membres adoptèrent la Stratégie européenne pour la lutte antitabac, qui donne lieu chaque année à un bilan des progrès accomplis. Le processus prit en outre une dimension mondiale et déboucha sur l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac, premier traité de l'OMS dans le domaine de la santé publique ayant un caractère contraignant dans le monde entier.

promotion de la santé, qui définissait cette promotion comme un processus permettant aux citoyens de mieux contrôler leur santé et donc de l'améliorer. Elle concrétisa en outre la politique de la Santé pour tous dans cinq grands domaines : élaboration de politiques publiques favorisant la santé, mise en place d'environnements favorables à la santé, renforcement de l'action de proximité, amélioration des compétences personnelles et réorientation des services de santé.

Comme la campagne en faveur de la Santé pour tous représentait une tâche de plus en plus complexe pour le Bureau régional, celui-ci réorienta ses activités autour de cinq axes distincts bien qu'interdépendants :

1. la Santé pour tous, pour ce qui était des activités concernant l'équité en matière de santé et la santé d'une population vieillissante ;
2. les modes de vie sains, dans l'optique de la prévention du tabagisme, de l'amélioration de la nutrition, et de la prévention et du traitement du VIH/sida ;

3. les environnements sains, en prenant en compte le lien entre l'environnement et la santé ;
4. l'adéquation de l'offre de soins, sous l'angle de la santé maternelle et infantile, de la sexualité et de la planification familiale, de la qualité des soins et de la technologie ;
5. l'action en faveur de la recherche et du développement sanitaire, notamment la recherche, la gestion sanitaire et l'enseignement de la médecine.

Peu de temps après la Conférence d'Ottawa, le Bureau régional lança d'autres initiatives destinées à véhiculer le message de la promotion de la santé et de la Santé pour tous auprès de structures particulières, à savoir le projet des Villes-santé et le Réseau européen Écoles-santé. Par ailleurs, la promotion de la santé était au cœur du programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI), qui avait débuté au début des années 1980.



EUROSANTÉ

Les changements politiques survenus dans la moitié est de la Région multiplèrent quasiment par deux le nombre des États membres (qui passa de 31 à 50), mais ils changèrent également les méthodes de travail du Bureau. Ce nouveau contexte fit apparaître un immense fossé en matière de santé entre l'Est et l'Ouest de la Région.

En 1990, le Bureau régional redéploya des fonds pour les pays de la moitié est de la Région et mit en place EUROSANTÉ, un programme destiné à répondre aux besoins urgents et à moyen terme de ces pays. Ce programme adaptait la politique de la Santé pour tous, qui portait sur toute la Région, à l'échelle des pays. Il concernait au départ 26 États membres, dont 21 reçurent une aide de l'OMS dans quatre domaines : les services de santé, la prévention des maladies et la qualité des soins, les modes de vie sains, et l'environnement et la santé. En outre, le Bureau régional commença à créer des bureaux de liaison dans les pays afin d'assurer les contacts et l'échange d'information avec les gouvernements et de coordonner les activités de l'OMS et des autres organismes. Au milieu de l'année 1993, des bureaux de liaison étaient implantés dans 13 pays et d'autres furent créés par la suite. Ils étaient les prédécesseurs des bureaux de pays actuels.

En 1994, la première évaluation externe d'EUROSANTÉ permit de constater que le programme avait généralement réussi à élever les niveaux de santé, même si certains problèmes demeuraient, par exemple dans le domaine de la réforme des soins de santé, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies non transmissibles. On les attribua à un manque de volonté au niveau national et à un manque de soutien de la part du Bureau régional. Le rapport d'évaluation donna lieu à l'actualisation du programme et à l'ajout de six nouvelles priorités : la politique sanitaire, la réforme des soins de santé, la santé des femmes et des enfants, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la promotion de la santé, et l'hygiène de l'environnement. La révision du programme EUROSANTÉ aboutit également à une mise en œuvre plus orientée sur les pays, le Bureau régional s'efforçant davantage d'adapter son aide aux besoins et aux budgets des États membres.

Aujourd'hui, on peut constater la réussite du programme EUROSANTÉ (et donc de la Santé pour tous, sur laquelle il s'appuie) dans le fait qu'il s'est naturellement intégré dans les budgets, priorités et systèmes sanitaires de nombreux États membres.

Le Bureau régional et l'ex-Yougoslavie

Dans les années 1990, lors du conflit armé qui éclata suite à la dissolution de la Yougoslavie, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dut faire face à une crise humanitaire majeure. Il élaborait alors de nouvelles politiques qui visaient à régler les problèmes urgents liés aux combats (par exemple l'accès aux soins de santé et la santé des réfugiés) tout en mettant en place des programmes à plus long terme destinés à aider les nouveaux États membres à reconstruire leurs systèmes de santé.

Le premier chef des opérations de l'OMS dans ces pays fut Sir Donald Acheson, du Royaume-Uni, qui dirigeait un réseau de bureaux en Bosnie-Herzégovine, en Croatie et en République fédérale de Yougoslavie (Serbie-et-Monténégro), ainsi qu'un bureau local spécial dans l'ex-République yougoslave de Macédoine. Par le biais de ces bureaux, le personnel du Bureau régional se déployait dans toute la sous-région pour évaluer les urgences réclamant une action immédiate et les éventuels besoins sanitaires à moyen et à long terme des populations locales, et pour coordonner les interventions et y participer. Ces activités furent à l'origine du programme actuel de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours.

Quatre leçons

Le Bureau régional tira quatre leçons essentielles de cette expérience :

1. il devait toujours disposer de ses propres informations et statistiques pour fonder son action ;
2. il était responsable de la coordination de l'aide dans les régions déchirées par la guerre et constituait un cadre utile permettant à différents groupes de travailler ensemble ;
3. il devait favoriser la remise en état et la restauration des infrastructures locales de santé publique ; et
4. il devait recenser et combler les manques laissés par les autres organismes en matière d'intervention sanitaire.

SANTÉ 21

En 1998, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe révisa la politique-cadre de la Santé pour tous. Le fruit de ce travail, nommé SANTÉ 21, était le constat et le reflet des énormes changements que la Région avait connus depuis 1991. Cette politique-cadre définissait 21 buts permettant de mesurer les progrès accomplis sur le plan de l'amélioration, de la promotion et de la protection de la santé ainsi que de la réduction des risques. SANTÉ 21 considérait la santé comme une condition préalable au bien-être et à la qualité de vie, comme un point de repère permettant de mesurer le chemin parcouru sur la voie de la réduction de la

pauvreté, du renforcement de la cohésion sociale et de l'élimination des discriminations. Surtout, la politique-cadre SANTÉ 21 mentionnait le lien entre la santé et la croissance économique durable.

À l'aube du nouveau millénaire, le docteur Asvall quitta le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et fut nommé directeur régional émérite par le Comité régional. Il laissa une organisation profondément transformée par rapport à celle dont il avait hérité. La Région comptait une bonne vingtaine de nouveaux États membres et le Bureau régional avait changé sa méthode de travail avec les pays. Toutefois, il restait encore beaucoup à faire.





Le docteur Marc Danzon : cinquième directeur régional (2000-2010)

« L'importance du rôle joué par des systèmes de santé efficaces dans l'amélioration et la préservation de la santé des populations est d'une évidence telle qu'il faut parfois longtemps pour qu'elle s'impose à tous. Depuis 2005, le renforcement des systèmes de santé est plus que jamais au cœur des préoccupations du Bureau. »

Docteur Marc Danzon

Né en 1947 à Toulouse (France), Marc Danzon hésita jusqu'à la dernière minute entre une carrière de médecin et de journaliste. Toutefois, à 18 ans, il s'inscrivit à l'Université Paul Sabatier de sa ville, où il étudia pendant 7 ans et s'intéressa à la politique (pendant les événements de mai 1968 et lorsqu'il fit partie du conseil des étudiants). En 1974, deux ans après avoir obtenu son doctorat, il intégra le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), un organisme public chargé de définir et de mettre en œuvre les politiques et les programmes de promotion de la santé et d'éducation dans ce domaine. Parallèlement, il entama ses études de troisième cycle, qui s'achevèrent par un certificat d'études spéciales de médecine préventive, santé publique et hygiène, un diplôme d'études supérieures spécialisées en économie de la santé, et enfin, en 1984, une spécialisation en psychiatrie.

L'année suivante, le docteur Jo E. Asvall, alors directeur régional de l'OMS pour l'Europe, proposa le poste de responsable de l'information au public au docteur Danzon. Celui-ci ne put résister à la perspective de concilier son ancienne passion pour le journalisme et ses compétences médicales, et il partit s'installer à Copenhague. Il y resta jusqu'en 1989, puis retourna au CFES. Les bouleversements majeurs survenus à la suite des changements politiques dans la moitié est de la Région l'incitèrent à revenir au Bureau régional en 1992, en tant que directeur du tout nouveau département chargé du développement sanitaire au niveau des pays. À ce titre, il devint responsable

de la mise en œuvre du programme EUROSANTÉ. Par la suite, il fut nommé responsable d'un nouveau département chargé de la santé publique.

En 1997, le docteur Danzon repartit à nouveau pour son pays natal, cette fois pour diriger la Fédération nationale de la mutualité française, un organisme représentant les sociétés d'assurance santé à but non lucratif. Parallèlement, il préparait sa campagne pour l'élection du directeur régional de l'OMS pour l'Europe. Son projet était de rationaliser le Bureau régional afin de lui permettre de mieux servir les États membres. C'est sur cette base qu'il fut nommé directeur régional par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 1999.

Quand il prit ses fonctions en février 2000, le docteur Danzon se mit à œuvrer pour faire du Bureau régional un meilleur partenaire des pays, en adaptant ses services à leurs besoins. Cette démarche fut désignée sous l'expression de « Stratégie de pays » et, après la réélection du docteur Danzon en 2004, la mission du Bureau régional a été axée sur un renforcement des systèmes de santé de façon adaptée aux besoins spécifiques des pays.

Au moment de quitter le poste de directeur régional, le docteur Danzon laisse derrière lui un Bureau régional solide et à l'activité bien ciblée, qui se concentre sur les besoins des États membres et travaille de concert avec le Siège de l'OMS et les principales organisations internationales.

Donner la priorité aux pays : 2000-2010

Stratégie de pays

En septembre 2000, les États membres adoptèrent un document qui modifia profondément le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe et ses activités. La Stratégie de pays du Bureau régional, « Adapter les services aux nouveaux besoins », fut la première étape de l’instauration d’une méthode inédite qui constitua la base de nouvelles relations avec les États membres (désormais au nombre de 53).

Cette Stratégie de pays investissait le Bureau régional d’une nouvelle mission, qui était « d’aider les États membres à mettre au point leur politique de santé, à développer leur système de santé et à élaborer leurs programmes de santé publique ; à prévenir et à surmonter les menaces contre la santé ; à anticiper les problèmes futurs ; et à mener une action de sensibilisation en matière de santé publique ». Elle visait à faire du Bureau régional un prestataire de services qui réponde aux besoins propres à chaque pays :

- en tenant compte des caractéristiques et de la situation du pays ;
- en renforçant les partenariats internationaux en matière de santé ;
- en intégrant les activités du Bureau régional de l’OMS pour l’Europe dans la Stratégie de pays mondiale de l’OMS ; et
- en tirant parti de la longue expérience du Bureau régional.

La première étape de ce processus consistait à permettre aux bureaux de pays, alors installés dans 29 pays de

la Région, de fonctionner de façon plus efficace et plus indépendante. Il fallait pour cela développer les compétences de leur personnel. Le processus permit d’accroître l’expertise technique des bureaux et de renforcer leur position vis-à-vis des gouvernements des pays dans lesquels ils se trouvaient. Il améliora considérablement leur utilité et leur efficacité.

L’autre étape essentielle de la mise en œuvre de la Stratégie de pays consistait à revaloriser les accords de collaboration biennaux signés entre le Bureau régional et les gouvernements nationaux. Chacun de ces accords précisait les questions prioritaires pour le pays concerné et les activités que celui-ci allait mener avec le Bureau régional pour les traiter. Ils jouèrent un rôle essentiel dans le renforcement de la réputation de transparence, de responsabilité et de viabilité du Bureau régional. À l’origine, les accords de collaboration biennaux étaient principalement signés avec des pays d’Europe de l’Est, mais ils ont récemment fait aussi l’objet de négociations avec des pays d’Europe de l’Ouest. En 2008, 3 des 33 accords ont été passés avec des pays de la partie occidentale de la Région.

Les accords de collaboration biennaux ont permis aux bureaux de pays de travailler dans un plus grand esprit d’ouverture, ont clarifié leur mission et ont accru leur efficacité. Depuis 2000, ils ont évolué de façon à mieux rendre compte des priorités des États membres. En outre, ils ont contribué à l’amélioration des relations du Bureau régional avec les États membres, en lui conférant un statut de conseiller crédible en matière de santé publique dans toute la Région.

« Le programme établi pour le Pacte de stabilité est particulièrement important à mes yeux. En fait, il restera toujours l’un des moments de ma carrière dont je suis réellement fier. »

Docteur Marc Danzon

Santé et Pacte de stabilité

En juin 1999, alors que le conflit armé au Kosovo³ prenait fin, le Pacte de stabilité pour l'Europe du Sud-Est fut mis en place à Cologne (Allemagne), avec le soutien de l'Union européenne (UE), des États-Unis d'Amérique et du Groupe des huit (G8). Quarante pays acceptèrent de soutenir les pays d'Europe du Sud-Est « dans leur effort en faveur de la paix, de la démocratie, du respect des droits de l'homme et de la prospérité économique ainsi que de la stabilisation de la région dans son ensemble ». Ce Pacte fut officiellement lancé lors d'une réunion au sommet à Sarajevo (Bosnie-Herzégovine), en juillet 1999.

Au début de l'année 2001, Mme Gabriella Battaini-Dragoni, directrice des Affaires sociales et de la santé au Conseil de l'Europe, prit contact avec le docteur Danzon au cours d'une réunion à Strasbourg (France). « Son énergie et sa détermination m'impressionnèrent immédiatement », se souvient le docteur Danzon. « Elle me fit ensuite savoir que de son point de vue, il était scandaleux que la santé ne figure pas dans le programme du Pacte de stabilité. »

À la suite de cela, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe accepta de se pencher sur le problème de l'accès aux services de santé par les populations vulnérables et d'organiser une réunion de haut niveau dans le but de créer un réseau transnational de santé dans la sous-région. Le Bureau régional fit rapport sur ses propositions en mars 2001 et présenta notamment une évaluation détaillée du contexte politique et des problèmes des pays d'Europe du Sud-Est participant au Pacte de stabilité. Il recommanda de procéder à un essai-pilote d'une nouvelle Stratégie de pays dans la sous-région afin de faciliter et de stimuler le dialogue et la discussion entre les pays. En mai 2001, un plan d'action commun recensant 11 principes de coopération et destiné à favoriser le renforcement des services de santé fut accepté. Chaque pays devait se charger d'un projet relatif aux soins de santé et le mettre en place dans l'intérêt des autres pays participants. Près de dix ans après le début des hostilités entre certains pays du Pacte de stabilité, cette idée constituait un symbole fort et un moyen de faire avancer les choses dans la sous-région.

Ainsi, en septembre 2001, les ministres de la Santé d'Albanie, de Bosnie-Herzégovine, de Bulgarie, de Croatie, de l'ex-République yougoslave de Macédoine,

³ Voir la résolution 1244 du Conseil de sécurité (1999).

de Roumanie et de Yougoslavie se réunirent en Croatie pour signer un engagement (l'Engagement de Dubrovnik) dont l'objet est de répondre aux besoins sanitaires des populations vulnérables de l'Europe du Sud-Est. Le docteur Goran Cerkez, du ministère de la Santé de Bosnie-Herzégovine, décrit cet accord comme une « avancée très positive du processus de réintégration dans la région. Pour la première fois, sept ministres de la Santé ont accepté de travailler ensemble et d'élaborer un projet d'intérêt commun. »

« Le processus était extrêmement intéressant et centré sur le principe de donner à chaque pays la direction d'un projet sanitaire, qu'il devrait ensuite mettre en place pour tous les autres. D'une certaine façon, il me rappelait la façon dont avait débuté l'Union européenne juste après la Seconde Guerre mondiale, une organisation dont la vocation était de garantir la paix par le biais d'intérêts économiques et industriels communs, à la différence près que, dans notre cas, nos projets communs étaient des projets sanitaires. La réunion de Dubrovnik fut réellement un moment exceptionnel. »

Docteur Marc Danzon

L'Engagement de Dubrovnik était fondé sur trois objectifs en matière de santé :

- la restructuration des services de santé, d'une façon efficace sur le plan des coûts, dans le but de garantir à tous un accès à des soins de santé de qualité ;
- la restructuration et le renforcement des fonctions et des infrastructures de santé publique ; et
- le développement des capacités professionnelles destinées à la santé.

Sept stratégies de santé publique en faveur des groupes les plus vulnérables de la région furent mises en place avec, dans chaque cas, un pays dirigeant l'application de la stratégie :

- renforcement de la surveillance des maladies infectieuses et lutte contre ces maladies (Albanie) ;
- renforcement de la cohésion sociale grâce à la mise en place de services de santé mentale de proximité (Bosnie-Herzégovine) ;
- création d'un réseau d'information sanitaire et sociale (Bulgarie) ;
- renforcement des capacités afin de garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité (Croatie) ;
- sécurité transfusionnelle (Roumanie) ;

- soins de santé d'urgence (ex-République yougoslave de Macédoine) ; et
- alimentation et nutrition (Yougoslavie).

Trois projets sanitaires – sur la santé mentale, les maladies transmissibles et l'alimentation et la nutrition – avaient été financés et étaient en cours en janvier 2002 ; ce nombre passa à six au milieu de l'année 2005, et les projets qui n'avaient pas encore reçu de financement furent réorganisés. L'Engagement de Dubrovnik prévoyait également la création d'une organisation permanente chargée de coordonner et de concrétiser les engagements qui avaient été pris et d'évaluer les résultats. C'est ainsi que fut lancé en mai 2002 le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, composé de représentants de huit pays de cette région, de cinq pays donateurs voisins et de quatre organisations internationales.

En novembre 2005, les ministres de la Santé d'Albanie, de Bosnie-Herzégovine, de Bulgarie, de Croatie, de l'ex-



Ouverture d'un nouveau centre de santé mentale en Bosnie-Herzégovine, 2005

© OMS

République yougoslave de Macédoine, de la République de Moldova, de Roumanie et de Serbie-et-Monténégro signèrent l'Engagement de Skopje, deuxième accord politique sur le développement sanitaire transfrontalier dans la région. Cet engagement confirma que des investissements accrus dans la santé publique, associés à des efforts politiques et organisationnels plus soutenus, permettaient de réaliser de véritables progrès dans le domaine de la santé et contribuaient à réduire la pauvreté et à stimuler la croissance économique. Les signataires (de même que le Conseil de l'Europe, la Banque de développement du Conseil de l'Europe, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et le secrétariat du Pacte de stabilité) s'engagèrent également à réduire les disparités en matière de santé entre l'Europe du Sud-Est et l'UE.

Suite à l'amélioration de la situation politique, sociale et économique dans la région, le Pacte de stabilité a été remplacé en février 2008 par le Conseil de coopération régionale. Avec une direction impliquant moins les organisations internationales, mais plus les pays de la région, ce Conseil est la preuve qu'une stratégie axée sur les pays, loin de conduire à la dépendance vis-à-vis des donateurs, aide véritablement ces pays à agir à la fois de façon indépendante et dans le cadre d'un système interdépendant.

En 2009, les pays d'Europe du Sud-Est ont pris la direction du processus. Le secrétariat de l'initiative sera installé à Skopje, tandis que trois centres de développement sanitaire régionaux chargés des transplantations d'organes (Croatie), de la sécurité transfusionnelle (Roumanie) et des systèmes de santé et services de santé publique (ex-République yougoslave de Macédoine) seront créés. Le processus se poursuit, mais le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe n'aurait sans doute pas pu envisager de meilleur résultat.

La réforme des soins de santé mentale en Europe du Sud-Est

Le projet d'améliorer la cohésion sociale en renforçant les services de santé mentale de proximité en Europe du Sud-Est a vu le jour en juin 2002. Plus de sept ans après, les pays concernés ont adopté une législation en matière de santé mentale et commencé la transition vers des soins en milieu extrahospitalier grâce à la création de centres pilotes de santé mentale au niveau local.

Aujourd'hui, dix centres de ce type répartis dans toute la sous-région dispensent des services à plus d'un million de patients ainsi que des formations à des professionnels des soins de santé mentale et des soins primaires. Ils mènent également des activités de sensibilisation et de défense de la cause de la santé mentale. Les pays participants semblent aujourd'hui prêts à déployer le système pilote à plus grande échelle.

Sécurité sanitaire et action humanitaire

Face à une situation d'urgence sanitaire, on avait jusqu'à présent recours à une assistance technique verticale pour tenter de remédier aux difficultés propres à chaque crise. Malheureusement, cette méthode a toujours comporté un certain nombre d'inconvénients majeurs, notamment des coûts élevés et un chevauchement des activités. Le Bureau régional dispose des capacités pour apporter un soutien immédiat aux États membres dans des

périodes de crise, mais il a également pour principe de s'attaquer aux urgences sanitaires graves et de garantir la sécurité sanitaire en amont grâce au renforcement constant des systèmes de santé.

Les menaces et les situations d'urgence exigent que les systèmes de santé mettent en œuvre des stratégies complexes de prévention et de préparation ; cela nécessite une gouvernance et une gestion efficaces qui permettent de disposer d'informations aux fins de la prise de décisions opérationnelles et stratégiques.

« Avant le milieu des années 1980, l'OMS n'avait ni pour mission ni, en fait, les moyens d'intervenir dans les situations d'urgence sanitaire », ces catastrophes d'origine humaine ou naturelle, telles que les guerres, les inondations, les tremblements de terre et les épidémies, qui mettent à rude épreuve les pays de toute la Région. Depuis, cependant, ces interventions ont constitué une tâche essentielle de l'Organisation. Son rôle à cet égard est apparu de façon particulièrement évidente à l'occasion de la série de conflits qui a suivi le démantèlement de la Yougoslavie au début des années 1990. Concrètement, ce fut une étape décisive dans la mise en œuvre d'activités regroupées depuis sous le terme d'« aide humanitaire ». Dès lors, le Bureau s'est enrichi d'un nouveau programme, d'une nouvelle équipe, de nouvelles compétences et de nouvelles expériences ; d'un point de vue politique, il est devenu de plus en plus important pour le Bureau d'être présent dans ces situations d'urgence sanitaire afin de rassurer, de sensibiliser et, dans certains cas, d'aider à recueillir des fonds. »

Docteur Marc Danzon

Par exemple, un tremblement de terre fait moins de victimes lorsque les hôpitaux sont correctement équipés et préparés ; une épidémie est plus rapidement et plus efficacement maîtrisée lorsque des plans de préparation aux situations d'urgence sont déjà en place et que les systèmes de santé disposent de procédures permettant d'endiguer la propagation de la maladie.

Naturellement, d'un pays à l'autre, les systèmes de santé ne sont pas organisés et gérés de la même manière. La question n'est pas de savoir à quoi doit ressembler un système de santé, mais de savoir ce que chaque pays peut faire pour que son système soit en mesure de faire face aux différents types de crises sanitaires aiguës, qu'ils soient ou non déjà connus.

Un catalogue d'urgences sanitaires

Grippe aviaire en Turquie

Au début du mois de janvier 2006, la Turquie avertit le Bureau régional de la possibilité d'une épidémie de grippe aviaire à l'extrême est du pays. Trois enfants avaient été hospitalisés et testés positifs pour la grippe A (H5N1) après avoir été en contact avec des volailles dans une zone où le virus avait été signalé chez des poulets.

Le gouvernement turc demanda l'aide du Bureau régional, qui envoya immédiatement une équipe dirigée par un spécialiste de renommée mondiale, le docteur Guénaël Rodier, afin d'étudier le problème. Le docteur Danzon arriva quelques jours plus tard et fut mis au courant de la situation par l'équipe et par des représentants du gouvernement. L'une des tâches les plus importantes du Bureau régional en Turquie était de tenir les médias informés et de rassurer la population turque en lui expliquant qu'il n'y avait pas lieu de céder à la panique. On espérait ainsi faire cesser tous les appels à des mesures inutiles telles que l'interdiction des déplacements. L'épidémie fut endiguée, grâce à l'excellent travail réalisé par le gouvernement turc et par l'équipe de l'OMS en étroite coopération avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), l'UNICEF, la FAO et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE).

« Cet épisode fut important dans la mesure où il montra de quelle manière le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pouvait aider un gouvernement national coopératif à maîtriser une situation potentiellement désespérée, et en quoi nous pouvions avoir un rôle utile de conseiller auprès des autorités nationales sans outrepasser notre mission. »

Docteur Luigi Migliorini, chef du bureau de pays de l'OMS en Turquie, 2006

Conférence de presse en Turquie



Vague de froid au Tadjikistan

Pendant l'hiver 2007-2008, le Tadjikistan connut un épisode de froid anormalement rigoureux au cours duquel le thermomètre tomba à -15°C pendant la journée et à -25°C pendant la nuit.

Le Tadjikistan étant l'un des pays les plus pauvres de la Région européenne, cette situation entraîna quasiment l'effondrement du système de santé, à un moment où celui-ci était plus indispensable que jamais, et cela non seulement à cause du froid, mais aussi des coupures de courant, des problèmes d'approvisionnement en eau, de l'augmentation du nombre de brûlures dues aux appareils de chauffage et de l'élévation du nombre de cas de maladies infectieuses.

Le Bureau régional prit la direction des opérations en lançant un appel à une aide généreuse pour aider à consolider des services de santé en voie d'implosion pendant la vague de froid, et à poursuivre ensuite leur rénovation à long terme afin d'éviter qu'une situation

analogue ne se reproduise. Cette initiative amena la communauté internationale à donner 1,4 million de dollars des États-Unis pour parer aux besoins sanitaires urgents.

Intoxication par le plomb au Kosovo⁴

En 1999, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés installa des camps pour les personnes déplacées dans leur propre pays près de Mitrovicë (Kosovo). Conçus au départ à titre de solution provisoire, ces camps étaient toujours occupés, à la fin 2004, par des personnes déplacées d'origine rom, ashkali et égyptienne. Malheureusement, ils se trouvaient à proximité de bassins de résidus provenant de mines de plomb fermées par la Mission d'administration intérimaire des Nations Unies au Kosovo (MINUK) en 2000, et étaient fortement contaminés. Ce voisinage eut des conséquences dramatiques pour les personnes déplacées vivant dans ces camps, et en particulier

⁴ Voir la résolution 1244 du Conseil de sécurité (1999).



Un service d'hospitalisation au Tadjikistan

pour les enfants. Une évaluation du risque réalisée par l'OMS révéla que sur les 160 enfants, 100 souffraient d'un saturnisme aigu et chronique qui faisait d'eux des cas d'urgence médicale. La seule solution était de déplacer les familles le plus vite possible, avant que la situation n'empire.

Lors de la session de 2005 du Comité régional, le Bureau régional lança aux États membres un appel en faveur d'une intervention et d'une aide financière d'urgence afin d'assister la MINUK dans les opérations de relogement. Des organisations internationales, le gouvernement de la Serbie et

« Je connais bien le Tadjikistan pour avoir entretenu avec lui d'étroites relations de travail pendant de nombreuses années, et nous avons décidé d'accéder immédiatement à la demande de notre bureau local de nous rendre dans le pays pour quatre raisons : premièrement, pour relayer l'information selon laquelle le pays avait besoin de capitaux ; deuxièmement, pour replacer cet appel dans le cadre d'un programme à long terme d'amélioration du système de santé ; troisièmement, pour faire le point sur la collaboration de l'OMS avec le Tadjikistan et analyser le besoin réel de réformes sanitaires que la vague de froid avait mis en lumière ; et, quatrièmement, pour voir de nos propres yeux les effets du froid sur la population. Le spectacle qui nous attendait à notre arrivée fut un choc : des enfants souffrant de brûlures terribles sur des lits d'hôpital, leurs parents incapables de les réconforter ; des centres de soins et des hôpitaux où les patients dormaient à plusieurs dans un lit parce que seules certaines zones étaient chauffées ; des consultations médicales dans des pièces uniquement éclairées à la bougie. »

Docteur Marc Danzon

d'autres pays proposèrent leur aide, si bien qu'en mars 2006, la grande majorité des personnes déplacées avaient été transférées dans un ancien camp militaire français, loin de la zone contaminée, et par la suite, vers la partie sud de Mitrovicë, dont ils étaient originaires.

Le Bureau régional vit son travail considérablement facilité par les excellentes relations qu'il entretenait avec le ministre serbe de la Santé, le professeur Tomica Milosavljević. Cette initiative réussie eut également pour conséquence l'élaboration, en collaboration avec le ministère serbe de la Santé, d'un programme à long terme destiné à aider la population rom dans la Région européenne.

Vaccination de masse en Ukraine

Après en avoir été instamment prié par l'UNICEF et le Bureau régional, le gouvernement ukrainien organisa une campagne de vaccination de masse contre la rougeole et la rubéole, prévue pour le printemps 2008. Le vaccin présélectionné par l'OMS qui devait être utilisé fut choisi au terme d'une procédure d'appel d'offres ouverte, rigoureuse et transparente, et le contrat attribué à une société indienne. C'est ensuite que les ennuis commencèrent.

Juste avant que la campagne ciblée sur tous les jeunes de 15 à 29 ans ne commence véritablement, un jeune homme de 17 ans mourut 15 heures après avoir été vacciné. Son décès fut presque immédiatement attribué au vaccin, et la classe politique et les médias se mirent à traiter la situation avec sensationnalisme. Soumis à une énorme pression, le ministre ukrainien de la Santé décida de suspendre la campagne, malgré l'absence de preuve tendant à mettre en cause le vaccin.

Une semaine après le début de la crise, le directeur régional rencontra le docteur Margaret Chan, directeur général de l'OMS, et le ministre ukrainien de la Santé. Il fut décidé que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe devait envoyer le docteur Danzon en Ukraine afin qu'il aide le gouvernement à rassurer la presse et la population ukrainiennes. Le docteur Danzon et Mme Maria Calivis, directrice régionale de l'UNICEF pour l'Europe centrale et de l'Est, se rendirent dans le pays une semaine plus tard. Après avoir consulté le gouvernement ukrainien, ils tinrent une conférence de presse pour annoncer que le vaccin

n'était pas responsable du décès du jeune homme et recommandèrent la poursuite de la campagne de vaccination.

Malheureusement, cette campagne ne reprit jamais et, en raison du retard, l'objectif de l'élimination de la rougeole et de la rubéole de la Région à l'horizon 2010 ne sera pas atteint.

« Nos objectifs ne seront pas atteints d'ici 2010 et cela est navrant. Ce qui s'est passé en Ukraine nous rappelle que le travail de l'OMS est tout autant politique que médical. L'un ne va pas sans l'autre. Le dialogue technique ou politique n'est jamais aussi fructueux que lorsqu'il se déroule de façon claire et respectueuse, avec une véritable volonté de parvenir au meilleur résultat en termes de santé pour les deux parties. »

Docteur Marc Danzon

Systèmes de santé et programmes de santé publique

Un bon système de santé ne doit jamais être un luxe réservé aux pays riches, mais un élément fondamental de la prospérité de tous les pays. Selon la définition de l'OMS, un bon système de santé repose sur six composantes :

- des services de santé qui procurent des soins efficaces, sûrs et de bonne qualité à ceux qui en ont besoin en réduisant au maximum le gaspillage des ressources ;
- des personnels de santé attentifs, justes et efficaces envers les professionnels comme envers les patients ;
- un système d'information sanitaire qui assure la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations et de données fiables, actualisées et de qualité ;
- un accès équitable à des médicaments essentiels, à des vaccins et à des technologies garantis en termes de qualité, d'efficacité et de rentabilité ;
- un bon financement de la santé, à l'intérieur même du système comme pour ceux qui l'utilisent ; et
- une direction et une gouvernance performantes, qui garantissent, entre autres objectifs, un encadrement efficace, des réglementations et des mesures d'encouragement adaptées et la transparence.

En complétant ces six composantes par des politiques axées sur les pays, le Bureau régional s'efforce de

personnaliser l'assistance fournie en fonction du système de santé de chaque État membre.

La plus grande preuve des progrès réalisés fut donnée lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », qui s'est tenue en juin 2008 à Tallinn (Estonie). Cette Conférence, à laquelle ont assisté le directeur général de l'OMS, le docteur Margaret Chan ; la Commissaire à la Santé de l'UE, Mme Androulla Vassiliou ; le directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le professeur Michel Kazatchkine ; et des ministres de la Santé de l'ensemble de la Région, servit de cadre à un débat sur des questions sensibles et souvent très politiques, telles que l'équité de l'accès aux soins de santé, la transparence du financement de la santé et l'obligation de rendre compte des dépenses de santé publique. Les États membres et les partenaires actifs tirèrent également parti de la longue série de consultations organisées dans toute la Région en prévision de la Conférence, qui fut l'occasion de recueillir et de partager des informations et des données d'expérience.

La Conférence aboutit à l'adoption par les 53 États membres européens de la Charte de Tallinn : des

systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Cette Charte témoigne de l'engagement ferme des États membres d'améliorer la santé de leurs populations en renforçant leur système de santé. Cet objectif pourra être atteint grâce à une transparence et à une responsabilisation accrues des pays, qui permettront de mieux évaluer les succès et les échecs des politiques.

« Le rôle moteur de Marc Danzon pendant son mandat de directeur régional s'est traduit par un engagement beaucoup plus fort et cohérent de l'Europe en faveur de la santé publique, notamment grâce à une grande attention portée au rapprochement entre l'Est et l'Ouest. Son travail de sensibilisation et son engagement personnel au moment de la Conférence de Tallinn ont clairement montré que, en Europe et dans le monde entier, il est impossible de lutter efficacement contre les maladies sans, en même temps, soutenir les systèmes de santé, c'est-à-dire renforcer les laboratoires, former les professionnels de santé et permettre aux pays de mettre en place les systèmes de surveillance et de contrôle qui sont indispensables pour faire face aux menaces pesant sur la santé publique. »

Professeur Michel Kazatchkine, directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Signature de la Charte de Tallinn par le directeur régional et par Mme Maret Maripuu, ministre des Affaires sociales, Estonie



© OMS/Isy Vromans



© OMS/Erik Peinar

« Si la Conférence fut un succès, ce qui compte vraiment, comme toujours, c'est ce qui se passe après, c'est-à-dire si Tallinn peut contribuer à entraîner des changements positifs dans les États membres. Il sera encourageant de voir cette Conférence s'inscrire dans le cadre d'un processus à long terme qui crée des outils nécessaires à la modernisation, améliore l'efficacité et accroît la capacité des systèmes de santé. Naturellement, tout processus auquel participent les États membres implique par ailleurs que le Bureau régional a lui aussi des responsabilités, et qu'il doit par exemple offrir des compétences techniques, des informations utiles et de qualité, et un cadre d'échange d'informations entre les États membres. »

**Docteur Nata Menabde,
directrice régionale adjointe, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009**

Des étapes importantes : les conférences européennes de l'OMS

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe organise des conférences ministérielles à la demande des États membres. Un pays peut proposer un thème et les autres États membres votent pour ou contre l'organisation d'une conférence à ce sujet. Ces conférences amènent généralement les États membres à s'engager à entreprendre des actions conjointes sur le thème traité. Les principales réunions et conférences organisées au cours des dix dernières années, sans compter la Conférence ministérielle de 2008 sur les systèmes de santé, témoignent de certaines des préoccupations des États membres pendant cette période.

- La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les jeunes et l'alcool (Stockholm, Suède, février 2001) appela les États membres à définir des politiques qui s'inscrivent dans des mesures sociétales plus larges concernant le rapport qu'entretiennent les jeunes avec l'alcool.
 - La Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac (Varsovie, Pologne, février 2002) renforça l'action coordonnée contre le tabac en Europe.
 - La Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, Hongrie, juin 2004) adopta le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe afin d'aider les pays à créer des environnements plus favorables à la santé des enfants.
 - La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale : Relever les défis, trouver des solutions (Helsinki, Finlande, janvier 2005) élaborera une déclaration et un plan d'action qui inspirèrent la politique de la santé mentale dans la Région européenne de l'OMS.
 - La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (Istanbul, Turquie, novembre 2006) adopta une charte qui présentait des solutions efficaces au problème de l'épidémie d'obésité dans la Région.
 - Le Forum ministériel européen de l'OMS : « Tous contre la tuberculose » (Berlin, Allemagne, octobre 2007) adopta une déclaration par laquelle les pays s'engageaient à prendre des mesures immédiates pour arrêter la propagation de la tuberculose, y compris ses souches multirésistantes et ultrarésistantes d'origine humaine, en particulier dans les pays hautement prioritaires de la Région.
-

Une Europe indemne de poliomyélite

« Au cours de mon mandat, j'ai eu l'immense honneur de déclarer la Région européenne territoire indemne de poliomyélite. Moi qui me souvenais des problèmes terribles causés par cette maladie dans la population quand j'étais jeune, et de la peur qu'elle m'inspirait, j'ai vécu un moment émouvant lorsque, à Copenhague, le 21 juin 2002, devant les représentants des 53 États membres, j'ai pu annoncer que l'Europe était indemne de poliomyélite. »

Docteur Marc Danzon

En 1988, l'OMS s'associa au Rotary International, aux Centres de prévention et de contrôle des maladies des États-Unis et à l'UNICEF pour tenter de libérer le monde de la poliomyélite. Ensemble, ils poursuivirent cet objectif dans la Région européenne et dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS grâce à une série de campagnes de vaccination nationales ciblées, connue sous le nom « Opération MECACAR »

(du nom des zones géographiques visées, à savoir la Méditerranée orientale, le Caucase et les républiques d'Asie centrale), dans 18 pays et territoires où la poliomyélite était endémique.

Plus de 60 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans reçurent chaque année, de 1995 à 1998, deux doses supplémentaires de vaccin antipolio. Des campagnes de vaccination supplémentaires se poursuivirent dans les pays les plus exposés jusqu'en 2002, année où la Région européenne fut déclarée indemne de poliomyélite.

Depuis lors, le modèle européen de campagnes de vaccination nationales synchronisées est devenu un modèle aux fins de l'éradication mondiale. Rebaptisé « Opération MECACAR : nouveau millénaire », le projet centre ses efforts sur l'interruption de la transmission du poliovirus dans les pays endémiques, l'élimination de la rougeole et le renforcement des systèmes de surveillance des maladies et de vaccination.

Vaccination
contre la
poliomyélite
en Turquie



Partenariats internationaux

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a consacré du temps et de l'énergie à renforcer ses liens avec de nombreux partenaires, notamment l'UE, mais aussi la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe et d'autres institutions onusiennes, comme cela a été montré plus haut. L'objectif recherché était une meilleure coordination et une efficacité accrue des travaux dans les pays.

Si, à une certaine époque, les relations entre le Bureau régional et l'UE, en particulier avec la Commission européenne, ont pu être qualifiées de « concurrence

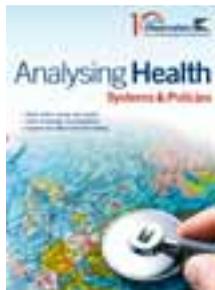
stimulante », elles sont aussi de plus en plus étroites. Pendant les années 1990, ces partenaires se sont employés à améliorer la coordination et la complémentarité des activités. Le Bureau régional n'a pas ménagé sa peine pour faire avancer le processus. Ainsi, le partenariat avec la Commission européenne a pris de nombreuses formes, telles que l'étroite collaboration au sujet du Pacte de stabilité pour l'Europe du Sud-Est et l'accroissement du rôle dévolu au Bureau régional dans les programmes de santé des pays se préparant à assumer la présidence de l'UE.

Dans la famille des Nations Unies, l'UNICEF est le partenaire le plus proche du Bureau régional

« Mon impression profonde – et j'espère que c'est aussi celle des États membres et de nos partenaires – est que nous avons réalisé d'importants progrès au cours des dix dernières années. C'est extrêmement important pour moi. À l'heure où les ressources destinées à la santé sont limitées – et, dans le climat actuel, nous allons tous connaître des compressions budgétaires – il est de notre devoir d'essayer de mettre en place des partenariats solides et efficaces, afin que pas un centime ne soit gaspillé. »

Docteur Marc Danzon

L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé



L'Observatoire, qui a été créé en 1998, est un projet phare de la Région européenne de l'OMS et un partenariat unique en son genre qui vise à réduire l'écart entre la théorie et la réalité des systèmes de santé. Il rassemble le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, des organisations internationales de premier plan (telles que la Commission européenne, la Banque mondiale et la Banque européenne d'investissement), des gouvernements nationaux et régionaux (dont ceux de la Belgique, de l'Espagne, de la Finlande, de la France, de la Suède et de la région italienne de la Vénétie) et des établissements universitaires (tels que la London School of Economics et la London School of Hygiene and Tropical Medicine).

L'Observatoire aide les gouvernements de toute la Région à élaborer des politiques sanitaires fondées sur des bases factuelles grâce à une observation de la situation des pays, à une analyse des politiques et des systèmes de santé ainsi qu'à la mise en commun de données scientifiques probantes.

dans le cadre des activités telles que celles visant à l'éradication de la rougeole et de la rubéole, mais d'autres partenaires, comme le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) collaborent régulièrement avec lui. Le Bureau régional travaille également avec la FAO au sujet de la grippe aviaire et de la grippe pandémique H1N1 2009. Il a commencé à collaborer plus étroitement avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, en aidant les États membres à proposer des projets, en négociant avec le Fonds et en se portant garant de la mise en œuvre des projets.

Le Bureau régional vu de l'intérieur

Dans le but de mieux traduire les changements d'orientation et de mieux les accompagner, les responsables décidèrent de renforcer, d'améliorer et de pérenniser la structure du Bureau régional afin qu'il puisse offrir les meilleurs services à ses États membres. Cela a signifié réorganiser, repenser et remanier toute l'institution. Trois de ces changements sont présentés ici.

La réorganisation du Bureau autour de l'objectif d'une prestation de services adaptée aux besoins des pays impliquait la nécessité d'une nouvelle structure rendant compte des différentes fonctions de ses programmes. Quatre fonctions furent donc définies (technique, pays, communication et administration) et les programmes dont les missions étaient analogues furent regroupés sous des structures communes.

Pour que le Bureau soit une organisation en apprentissage constant, l'accent fut mis sur le perfectionnement et la formation du personnel.

Le Processus participatif pour l'excellence (WOW) fut mis en place en 2001 afin d'aider les membres du personnel à travailler ensemble plus efficacement, d'instaurer un échange d'informations et de connaissances qui soit transparent, et de permettre la définition de solutions collectives aux problèmes communs. Le Processus instaura également des méthodes destinées à cerner les problèmes et les insuffisances, à en débattre et à les analyser, mais aussi à les porter à la connaissance du directeur régional et des autres responsables. Le Comité directeur du Processus fut dissous après le lancement de l'initiative relative au développement organisationnel, en

Formation
du personnel
à l'heure
actuelle



mai 2006. Son héritage transparaît dans le nouveau mode de fonctionnement du Bureau.

Les ressources augmentèrent considérablement entre 1999 et 2009, ce qui est sans doute un indicateur de la confiance des États membres dans le Bureau régional. Au cours de cette période, l'effectif total passa de 509 à 609 employés, et le budget, de 124 à 280 millions de dollars (soit une augmentation de 225 %).

Activités fondées sur des bases factuelles et informations motivant la prise de mesures

Les informations fiables et fondées sur des bases factuelles constituent un élément vital de la Stratégie de pays, et le Bureau régional a accompli d'importants progrès en veillant à ce qu'elles soient disponibles à tous ceux qui en ont besoin. Ainsi, la base de données de la Santé pour tous, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et le Réseau des bases factuelles en santé offrent aux responsables et aux professionnels de la santé publique de toutes catégories des données et des informations d'excellente qualité.

Le Bureau a élaboré une nouvelle politique afin d'accroître l'impact et l'accessibilité des informations.

À vrai dire, il ne suffit pas de produire des informations et des données de meilleure qualité ; encore faut-il que ceux qui en ont besoin puissent en bénéficier. Paradoxalement, cette démarche a donné lieu à une réduction du nombre de publications (de plus de la moitié entre 2002 et 2006) et à une amélioration de la qualité de chaque document publié. Une enquête a montré qu'aujourd'hui, 90 % des lecteurs étaient satisfaits ou très satisfaits des publications du Bureau. Plusieurs ouvrages réalisés par le Bureau régional ont remporté des prix au cours des dernières années.

Par ailleurs, le Bureau régional a renforcé sa présence sur Internet. Son site Web (<http://www.euro.who.int>) attire aujourd'hui quelque 10 000 visiteurs par jour et ce nombre a triplé au moment de l'apparition de la grippe pandémique H1N1 2009.

Le meilleur exemple de cette stratégie de communication payante fut peut-être donné au moment de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, en juin 2008. L'écho donné à cette Conférence par les principaux médias spécialisés dans la santé et la médecine fut excellent.

Quelques ouvrages ayant remporté un grand succès, 2009



Site Web du Bureau régional



Épilogue

Depuis février 2000, je dirige un Bureau composé de plus de 600 personnes ; 400 d'entre elles travaillent à Copenhague, alors que les autres représentent le Bureau dans les États membres ou occupent des fonctions dans les centres techniques répartis sur l'ensemble de la Région.

Ces personnes, qui forment l'équipe du Bureau régional, sont celles qui accomplissent le véritable travail ; en fait, ma tâche n'a consisté qu'à les aider en leur donnant des orientations et en leur apportant un soutien. Au terme de cette mission qui a duré presque dix ans, j'aimerais remercier toutes les personnes avec qui j'ai été amené à collaborer et qui ont contribué à faire du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe une organisation pleinement ancrée dans le XXI^e siècle.

Il reste encore beaucoup à faire, mais je passe le relais à celle qui va me succéder, avec la certitude qu'elle sera à la tête de plus de 600 personnes déterminées à faire tout ce qu'elles peuvent pour que la Région européenne de l'OMS ne cesse jamais de s'améliorer.

Marc Danzon
Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Sources d'information

La présente brochure s'appuie sur un certain nombre de sources, notamment celles répertoriées ci-après. S'agissant des activités menées pendant les dix dernières années, le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int>) présente des informations beaucoup plus détaillées sur les thématiques abordées. La liste qui suit ne contient que quelques-unes des principales ressources électroniques exploitées.

1949–2000

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Déclaration d'Alma-Ata, 1978. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Kaprio L. *Forty years of WHO in Europe.* Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 1991 (WHO Regional Publications, European Series, No. 40).

La Charte contre le tabac, 1988. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_9?language=French, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Les buts de la Santé pour tous : la politique de santé en Europe. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1993 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 4).

Report of the Regional Director, July 1968 to June 1969. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 1969 (document EUR/RC/19/2).

Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA30.43. In : *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée générale de la santé et du Conseil exécutif. Volume II : 1978-1984.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 1985:1.

SANTÉ 21 – La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS.

Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6 ; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38?language=French, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Targets for health for all. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985.

Time, 14 April 1947.

2000–2010

Bien se préparer : les enseignements de la flambée de grippe aviaire en Turquie.

Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060810_1?language=French, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (<http://www.who.int/fctc/fr/index.html>, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Déclarations de politique générale [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010825_2?language=French, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Grippe pandémique H1N1 2009 [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/influenza/ah1n1?language=French>, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Health development action for south-eastern Europe (SEE) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/stabilitypact>, accessed 1 November 2009).

Informations par pays [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/countryinformation?language=French>, consulté le 1^{er} décembre 2009).

L'activité de l'OMS dans la Région européenne, 2004-2005. Rapport biennal du directeur régional. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060817_1?language=French, consulté le 1^{er} décembre 2009).

L'activité de l'OMS dans la Région européenne, 2006-2007. Rapport biennal du directeur régional. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080731_1?language=French, consulté le 1^{er} décembre 2009).

La stratégie européenne pour la lutte antitabac. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (<http://www.who.int/document/e78125.pdf>, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe depuis 2000. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (EUR/RC53/10 + EUR/RC53/Conf.Doc./5 ; <http://www.euro.who.int/document/rc53/fdoc10.pdf>, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Renforcer la sécurité sanitaire : les problèmes qui se posent dans la Région européenne de l'OMS et l'action menée par le secteur sanitaire. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (document EUR/RC56/9 Rev.1 ; <http://www.euro.who.int/document/rc56/fdoc09rev1.pdf>, consulté le 1^{er} décembre 2009).

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

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

États membres

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

Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhague Ø

Danemark

Tél. : +45 39 17 17 17

Fax : +45 39 17 18 18

Courriel : postmaster@euro.who.int

Site Web : www.euro.who.int



9 789289 024174

