

41
C. 1

L'OMS EN EUROPE 1991



DC EURO EURO-SERIAL
WAS 40
(HW 6
9104)
C. J. B. L.

SOMMAIRE

Préface	1
Comment se porte l'Europe?	2
L'action du Bureau régional	3
La Santé pour tous d'ici l'an 2000	8
Promotion de la santé	10
L'amélioration des soins pour tous	11
Qualité des soins	12
Partenariat en vue de la Santé pour tous	14
Comment l'Europe pourrait se porter ...	17
Un peu d'histoire	17

POUR VOTRE INFORMATION ...

Les ouvrages présentés dans ce rapport ne constituent qu'une petite partie des livres, périodiques et autres documents que le Bureau régional publie chaque année. Pour en savoir plus et recevoir nos catalogues les plus récents, veuillez écrire aux Services de documentation sanitaire, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8, Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark.

Rédaction: Pamela M. Charlton

Traduit de l'anglais par René Meertens

Mise en page et production: Sven Lund

Imprimé au Danemark par
Rosendahl · Esbjerg

LES ÉTATS MEMBRES EUROPÉENS

Pays	Abréviation	Population en milliers
Albanie	ALB	3 245
Allemagne	DEU	77 573
Autriche	AUT	7 538
Belgique	BEL	9 845
Bulgarie	BUL	9 010
Danemark	DEN	5 143
Espagne	SPA	39 187
Finlande	FIN	4 975
France	FRA	56 138
Grèce	GRE	10 047
Hongrie	HUN	10 552
Irlande	IRE	3 720
Islande	ICE	253
Israël	ISR	4 600
Italie	ITA	57 051
Luxembourg	LUX	373
Malte	MAL	353
Monaco	MON	28
Norvège	NOR	4 212
Pays-Bas	NET	14 951
Pologne	POL	38 423
Portugal	POR	10 285
Roumanie	ROM	23 272
Royaume-Uni	UNK	57 237
Saint-Marin	SMR	23
Suède	SWE	8 444
Suisse	SWI	6 609
Tchécoslovaquie	CZE	15 667
Turquie	TUR	55 868
URSS	SSR	288 595
Yougoslavie	YUG	23 807

© Organisation mondiale de la santé 1991

Les publications de l'Organisation mondiale de la santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole No2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les noms des pays ou zones employés dans cette publication sont ceux qui étaient les leurs au moment où a été préparée l'édition originale de l'ouvrage.

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

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

L'OMS en Europe 1991

(OMS publications régionales. Série européenne; N° 41)

1. Planification régionale santé 2. Santé pour tous
3. Organisation mondiale de la santé 4. Europe I. Série

ISBN 92 890 2304 X (Classification NLM: WA 541)
ISSN 0250-8575

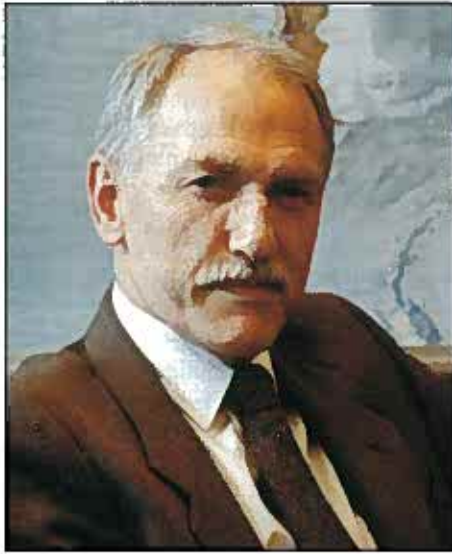
Je suis heureux de présenter la première édition de *L'OMS en Europe* et ne doute pas que le lecteur la trouvera instructive et stimulante.

L'objet de ce nouveau rapport annuel est de décrire les événements importants qui se produisent actuellement dans la Région européenne de l'OMS, plutôt que d'offrir un compte rendu sec et détaillé des activités de l'année dernière. Ces événements sont nombreux et divers, mais notre tâche la plus difficile en ce moment est de faire face à la situation sanitaire dans les pays d'Europe centrale et orientale (PECO), qui se sont récemment dotés d'institutions démocratiques. Alors que l'égalité devant la santé, tant entre les pays qu'à l'échelon national, est un principe essentiel de la Santé pour tous, les graves problèmes des PECO offrent un exemple frappant d'inégalité sous ces deux aspects.

La situation sanitaire dans les PECO est un thème qui reviendra tout au long de ce rapport. Après l'ouverture soudaine de ces pays, dans lesquels la situation sanitaire avait plus ou moins stagné ou s'était même détériorée au cours des dernières décennies, il a d'abord fallu remédier rapidement aux problèmes les plus urgents qui résultaient de tant d'années d'incurie. En Roumanie, le pays le plus mal en point à cet égard, l'OMS a pris sans tarder les mesures vitales nécessaires pour porter un coup d'arrêt à la propagation tragique du SIDA parmi de jeunes enfants et empêcher le décès de femmes à la suite d'avortements clandestins.

Néanmoins, l'OMS n'a pas pour vocation d'apporter des secours. Elle n'est pas équipée pour fournir des produits et du matériel afin de répondre aux besoins urgents de certains pays. La mission que les Etats Membres lui ont confiée est plutôt de se pencher sur des questions techniques et de politique sanitaire, afin de contribuer à résoudre les problèmes de santé plus fondamentaux qui se posent dans les pays. Les événements qui ont eu lieu dans les PECO ont donc présenté sous un jour nouveau la question du juste équilibre à trouver entre les mesures destinées à faire face aux graves problèmes immédiats et une action plus fondamentale dirigée contre les causes de la mauvaise santé. Je pense qu'un tel équilibre commence à se dessiner dans ces pays.

L'investissement dans la santé est un autre thème qui reviendra constamment dans ce rapport. Cette notion implique l'abandon de l'idée traditionnelle selon laquelle les services de santé se bornent à absorber des ressources. Une nouvelle conception commence à s'imposer : l'investissement de tous les secteurs, publics et



privés, dans la promotion et le maintien de la santé procure de riches dividendes. Ne dit-on pas du reste que la santé est le bien le plus précieux ?

L'investissement requis ne se limite évidemment pas à des ressources financières. Il faut aussi des femmes et des hommes, de la résolution, de l'enthousiasme, des compétences techniques et une volonté politique, pour ne citer que quelques éléments. Depuis que tous les Etats Membres d'Europe ont adopté la

politique et les buts de la Santé pour tous et qu'ils ont ensuite élaboré promptement des politiques allant dans ce sens à l'échelon national, il est manifeste que la volonté politique existe. Il nous faut donc en plus que les citoyens se mobilisent, fassent preuve d'enthousiasme et acquièrent des compétences techniques. Cela m'amène au troisième thème de ce rapport : le partenariat en vue de la Santé pour tous.

Les services de santé de nombreux pays européens figurent parmi les meilleurs du monde. Cependant, la santé n'est pas l'apanage des soignants. Chaque aspect de notre existence a dans une certaine mesure des effets sur notre santé ou sur celle d'autrui. C'est pourquoi nous devons nous adjoindre des partenaires provenant de tous les secteurs de la société, pour pouvoir traduire dans les faits l'idéal de la Santé pour tous.

L'OMS a récemment noué des liens solides avec des organismes influents, tels que les associations nationales de médecins en Europe. En outre, le vaste réseau de cités-santé lui permet d'obtenir la participation d'entités extrêmement diverses. Il ne s'agit là que de quelques exemples de nouveaux partenariats qui se constituent un peu partout dans la Région et contribuent à la vigueur d'un mouvement qui devra déboucher sur une nouvelle prise de conscience de la santé sous tous ses aspects dans la société.

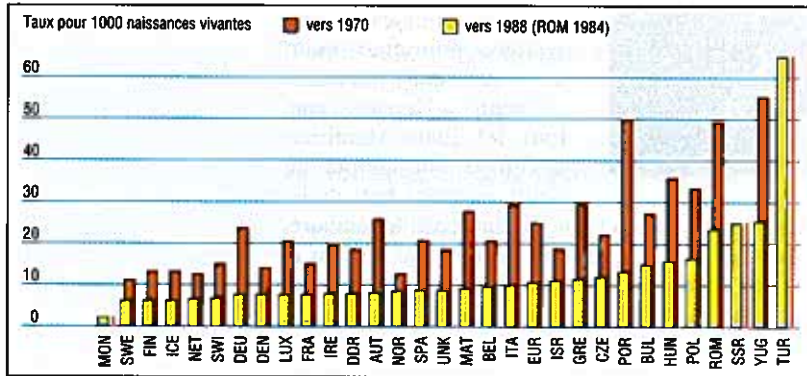
Il n'est plus concevable de gérer la santé de nos populations en agissant au coup par coup. Le mouvement inspiré par l'idée de la Santé pour tous a dépassé le point de non-retour. Nous lui devons l'équilibre, l'investissement et le partenariat, trois idées forces qui nous permettront d'atteindre notre but : de meilleures perspectives de santé pour les 850 millions d'habitants de l'Europe de demain.

Jo E. Asvall
Directeur régional

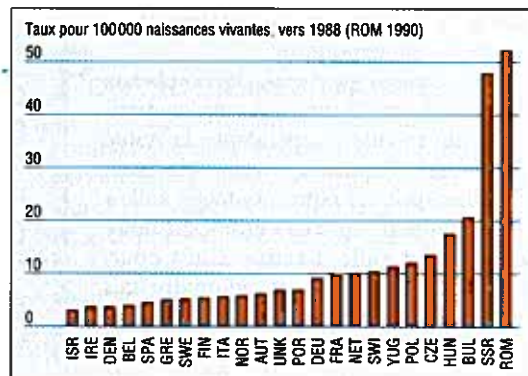
«L'investissement de tous les secteurs, publics et privés, dans la promotion et le maintien de la santé procure de riches dividendes»

Comment se porte l'Europe ?

La Région européenne compte 31 Etats Membres et quelque 850 millions d'habitants. Elle est la seule des régions de l'OMS à être composée presque uniquement de pays industrialisés. C'est précisément cette industrialisation qui a permis aux différents pays d'accomplir des progrès



Taux de mortalité infantile pour les deux sexes



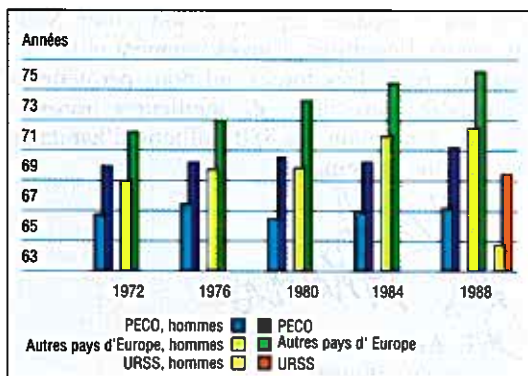
Mortalité maternelle

EUROPE CENTRALE ET ORIENTALE

Les pays d'Europe centrale et orientale (Albanie, Bulgarie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Tchécoslovaquie, URSS et Yougoslavie) ne constituent pas un ensemble homogène. Chacun d'entre eux a ses

propres problèmes de santé, qui appellent des solutions nationales. Il n'en reste pas moins que leur population de 415 millions d'habitants a un passé commun et connaît des transformations politiques et socio-économiques analogues. Il est donc commode de les regrouper.

Espérance de vie à la naissance



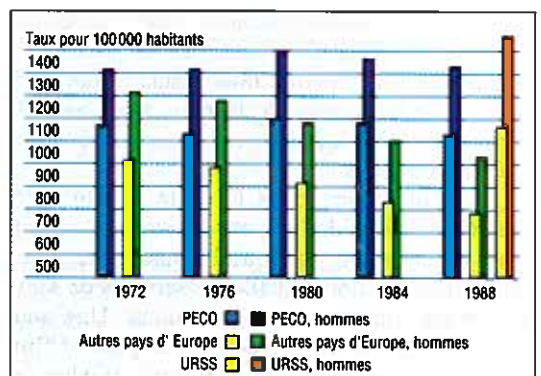
Mortalité par toutes causes

remarquables en matière de santé, principalement en luttant contre les maladies transmissibles et en réduisant la mortalité maternelle et infantile. En moyenne, les Européens vivent jusqu'à l'âge de 75 ans, soit une dizaine d'années de plus que dans le monde en développement.

Cependant, la prospérité a transformé le mode de vie et l'environnement, ce qui a engendré de nouveaux problèmes de santé : le tabagisme et la pollution atmosphérique d'origine industrielle provoquent un nombre élevé de cancers du poumon et de maladies cardio-vasculaires; face aux agressions de la vie moderne, trop de gens cherchent une issue dans la drogue, l'alcool ou le suicide; et un mal nouveau, le SIDA, a des effets dévastateurs sur ses victimes. Comme les individus vivent plus longtemps, ils souffrent d'un plus grand nombre d'affections chroniques, qui entraînent des souffrances, réduisent la qualité de la vie et représentent une lourde charge pour les services de santé.

L'espérance de vie augmente et la mortalité infantile et maternelle est en diminution, mais l'ampleur de ces évolutions n'est pas partout la même. La possibilité de bénéficier de services de santé varie tant d'un pays à l'autre qu'à l'échelon national, et la qualité de ces services est loin d'être uniforme.

Les événements politiques qui ont secoué les pays d'Europe centrale et orientale (PECO) ont mis en évidence de graves insuffisances aux niveaux de leurs systèmes de soins de santé et de la santé de leurs citoyens. Ces derniers, qui constituent environ la moitié de la population de la Région, ont une espérance de vie à la naissance plus basse de cinq à six années, et un taux de mortalité beaucoup plus élevé que les habitants du reste de l'Europe. La mauvaise qualité des services de santé n'est pas seule en cause; les autres facteurs sont une alimentation malsaine, l'alcoolisme, la toxicomanie, des modes de vie sédentaires, un tabagisme élevé et le stress. Ces phénomènes se retrouvent dans la partie occidentale de l'Europe mais, dans les PECO, ils sont exacerbés par la situation défavorable en matière de logement, le manque de produits de consommation de bonne qualité, une pollution élevée, de graves problèmes socio-économiques et une frustration générale devant le manque de choix et l'impossibilité de prendre en main son propre destin, notamment dans le domaine politique.



L'action du Bureau régional

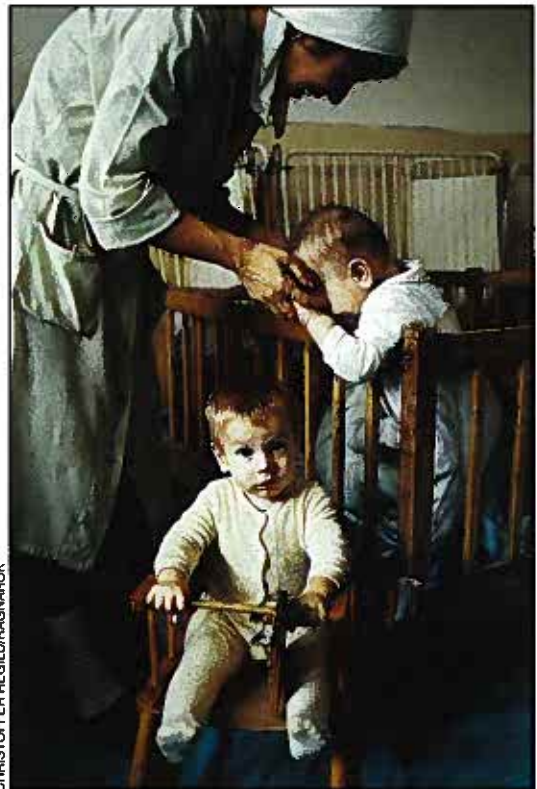
Pour l'OMS, la santé est l'affaire de tous, car chaque secteur de la société a une influence sur elle. En conséquence, il incombe au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe non seulement d'aider les pays à améliorer la façon dont les services de santé traitent les malades, mais également de promouvoir une meilleure santé pour tous, de contribuer à améliorer les conditions de vie de chacun et d'encourager l'adoption de modes de vie plus sains.

L'OMS est la seule organisation internationale qui ait adopté une politique élaborée en commun par et pour ses Etats Membres et assortie d'objectifs quantifiés. Appelée «La Santé pour tous», cette politique énonce des objectifs à court et à moyen terme : prise de mesures immédiates pour faire face à des crises, transformation graduelle de systèmes entiers de soins de santé, amélioration des conditions de vie, renonciation à des habitudes nocives, etc.

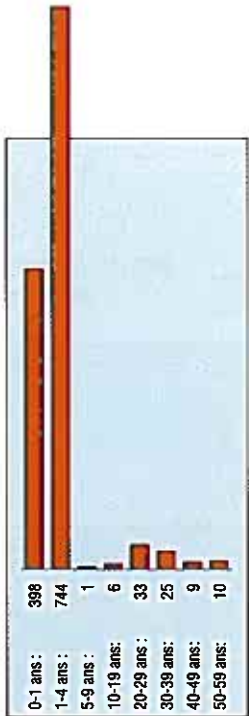
Depuis le début de 1990, les préoccupations les plus pressantes du Bureau régional découlent des changements politiques qui sont intervenus dans les PECO et ont permis d'entreprendre des actions dans le domaine de la santé, de l'environnement et des modes de vie. Nous aidons donc les PECO et les autres pays de la Région à trouver des moyens de résoudre les problèmes actuels, tout en élaborant des politiques et des programmes destinés à promouvoir la santé, à protéger l'environnement et à assurer de façon économique la mise en place de systèmes de soins de santé de haute qualité.

mortalité maternelle a baissé de deux tiers. Rares sont les programmes qui ont été lancés aussi rapidement ou ont permis d'obtenir des résultats à si bref délai.

Pour aider les pays à faire face plus efficacement à ses problèmes de santé, le Bureau



CHRISTOFFER REGILD/RAGNAROK



Les enfants de l'assistance publique ont été les principales victimes du SIDA en Roumanie

ROUMANIE

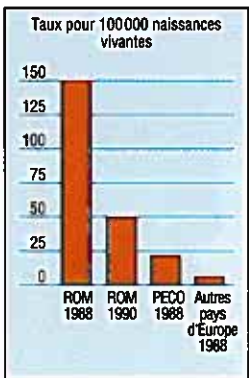
La Roumanie connaît des problèmes graves et urgents. En janvier 1990, des experts de l'OMS se sont rendus dans ce pays pour y évaluer la situation sanitaire. Ils ont aussitôt découvert que plus de 700 enfants vivant dans des institutions étaient infectés par le virus du SIDA. A la suite de cette mission, il a été mis un terme aux microtransfusions, et des kits pour l'analyse du sang et des produits sanguins ont été importés, ce qui a permis de stopper net la progression de l'épidémie. Plus tard, d'autres équipes de l'OMS ont organisé une formation aux techniques de laboratoire, au traitement clinique, aux mesures de prévention et aux activités de conseil, afin que le nombre de cas nouveaux soit limité autant que possible et que les meilleurs soins puissent être donnés aux sidéens.

Ensuite, en consultation avec le Fonds des Nations Unies pour la population, le Bureau régional a conseillé l'adoption d'une politique et d'un programme de planning familial. La mortalité liée à la maternité avait été particulièrement élevée – plus de 600 décès par an – en raison du nombre important des avortements illégaux. La Roumanie a légalisé la contraception et l'avortement et, en moins d'un an, la

régional a organisé sans tarder des cours de gestion destinés aux nouveaux responsables locaux de la santé, dont beaucoup étaient des médecins dépourvus de formation en santé publique. Nous avons aussi envoyé des experts chargés de donner des conseils dans des domaines prioritaires tels que les services de laboratoire, les soins infirmiers et la santé mentale.

Enfin, le Bureau régional a demandé à d'autres pays européens de verser des fonds pour aider la Roumanie à se procurer du matériel, des fournitures et des services d'experts. C'est le Royaume-Uni qui a réagi le premier, en offrant 900 000 dollars, qui ont été utilisés, notamment, pour mettre en place un important programme relatif à la santé maternelle et infantile. D'autres pays, dont la Belgique, l'Espagne et les Pays-Bas, n'ont pas tardé à offrir une aide.

Le Bureau régional a donc joué le rôle de fournisseur, de conseiller et d'intermédiaire et, avec le concours de divers partenaires, il a entrepris d'améliorer graduellement la vie de millions de Roumains.



Le programme de planification familiale a aidé à réduire la mortalité maternelle

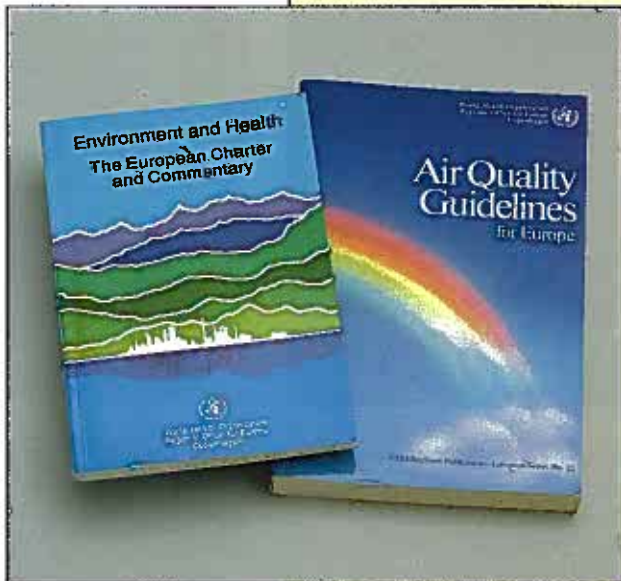
LES PAYS D'EUROPE CENTRALE ET ORIENTALE

Les difficultés des autres PECO n'ont pas fait la une des journaux, ce qui ne les empêche pas d'être très graves. Ces pays sont confrontés au dilemme du juste équilibre entre les solutions à court et à long terme. La rapide reconstruction des structures économiques et sociales et du système de santé oblige les nouveaux gouvernements à prendre sans tarder des décisions lourdes de conséquences. La principale tâche du Bureau régional est d'aider les nouveaux responsables à évaluer la situation sanitaire, à déterminer leurs priorités et à analyser leurs options au niveau de la politique.

La nature et la gravité des problèmes de santé varient considérablement d'un pays à l'autre, mais plusieurs d'entre eux sont particulièrement

préoccupants. En premier lieu, les services de santé présentent des insuffisances, qui vont de l'inefficacité à la désorganisation totale. Ce problème est inextricablement lié à d'autres, tels que les pénuries diverses, le manque de formation et d'information, et l'émigration de personnels clés. D'autre part, l'ouverture de la société au changement a également laissé le champ libre à des menaces pour la santé telles que la toxicomanie, la violence et le SIDA. Les jeunes sont particulièrement vulnérables à ces dangers, qui sont exacerbés par le chômage. Or leur bien-être revêt une importance cruciale pour l'avenir de ces pays.

INTERMÉDIAIRE ET LIEU DE CENTRALISATION DE L'INFORMATION



Eu égard à l'énormité des problèmes que le Bureau régional a constatés dans les PECO, il a dû affiner son rôle. Doté d'un effectif d'environ 250 personnes seulement et d'un budget ordinaire annuel inférieur à 20 millions de dollars, il a fort à faire pour répondre aux diverses sollicitations. Cela dit, le rôle principal du Bureau régional a toujours été de servir de catalyseur. Il est donc idéalement placé pour donner des conseils en matière de politique sanitaire, lancer des programmes novateurs, coordonner des réseaux rassemblant des

partenaires très divers, centraliser des informations et intervenir comme intermédiaire entre les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires. En 1990, nous avons mobilisé plus de 8 millions de dollars pour les PECO, grâce à des démarches auprès de gouvernements, d'organisations internationales, d'institutions diverses et d'entreprises privées. Nous espérons faire beaucoup mieux encore au cours des prochaines années.

Des fonds importants ont été obtenus de la Banque mondiale, qui se montre très active dans les PECO depuis la fin de 1989. Elle a envoyé des missions en Bulgarie, Hongrie, Pologne, Roumanie et Tchécoslovaquie et a établi des rapports très fouillés sur la situation sanitaire et les soins de santé dans ces pays. Des experts de l'OMS ont participé à un certain nombre de ces missions et le Bureau régional a coopéré très activement à des éléments de projets de la Banque mondiale qui avaient trait à la santé. L'OMS et la Banque mondiale se sont associées pour organiser des réunions en Bulgarie, en Pologne et en Roumanie, en vue de discuter des politiques sanitaires avec les ministères de la santé de ces pays.

Le Bureau régional coopère aussi avec la Communauté européenne dans de nombreux domaines liés à la santé. La Commission a fait

siennes les valeurs indicatives concernant la qualité de l'air, publiées en 1987, et la Charte de l'environnement et de la santé, signée en 1989; en outre, elle collabore étroitement au plan d'action européen contre le tabagisme. La Commission européenne a également coparrainé d'importantes réunions, au cours desquelles elle a souscrit à la philosophie adoptée par l'OMS au sujet de diverses questions de santé, notamment en ce qui concerne l'information en matière de santé, le diabète et le projet Santé à l'école.

L'OMS jouit d'un précieux capital de notoriété et de confiance dans tous les pays européens, comme en témoigne la demande d'assistance que la Bulgarie et la Turquie ont adressée au Bureau régional en 1989, à propos d'une situation particulièrement délicate. On se souviendra qu'un grand nombre de personnes appartenant à une minorité ethnique en Bulgarie s'étaient mises à quitter le pays pour la Turquie. Il en est résulté des problèmes d'ordre sanitaire pour les deux pays mais, en outre, les intéressés ont avancé des allégations graves quant à l'attitude des services de santé à leur égard. La commission d'experts constituée par le Bureau régional a établi un rapport, accepté par les deux pays, ce qui a contribué notablement à désenvenimer une situation très tendue.

LE PROGRAMME EUROSANTÉ

Tout au long de 1990, le Bureau régional a coopéré avec les différents PECO pour les aider à satisfaire leurs besoins immédiats. A cet effet, des accords de coopération prévoyant une assistance directe ont été conclus. Ces accords étaient aussi souples que possible pour permettre une adaptation à une évolution rapide de la situation. En septembre 1990, le Comité régional a chargé le Bureau régional d'élaborer un programme spécial d'intensification de la coopération avec les PECO, en vue de rationaliser ces activités. C'est ainsi qu'à la fin de 1990, nous avons créé le programme EUROSANTE avec le soutien de tous les pays européens, en réaffectant des fonds supplémentaires à cet effet (1 million de dollars pour 1990-1991 et 2 millions de dollars pour 1992-1993). Ce programme est coordonné par une équipe spéciale, mais chaque unité du Bureau régional participe à sa mise en œuvre.

Le budget ordinaire de l'OMS est trop modeste pour pouvoir répondre aux besoins énormes des PECO. C'est pourquoi nous nous efforçons d'obtenir des dons supplémentaires et nous concevons des moyens de coopérer avec des organismes d'assistance pour aider ces pays à s'attaquer aux problèmes gigantesques auxquels ils sont confrontés. Une partie importante du programme consistera à faire connaître les problèmes recensés aux donateurs potentiels.

SIDA

En 1990, l'incidence du SIDA s'est stabilisée parmi les homosexuels masculins en Europe, tandis que l'infection à VIH progressait nettement parmi les toxicomanes. Ce dernier phénomène augmente le risque de propagation de l'épidémie aux femmes, ce qui se répercutera à terme sur l'incidence parmi les enfants. Désormais, plus personne n'est à l'abri du SIDA, et l'ampleur du risque couru dépend dans une large mesure des attitudes, des conceptions et des pratiques de chacun. Le Bureau régional a demandé que la plus grande attention soit accordée à ces aspects dans le cadre des programmes de lutte contre le SIDA.

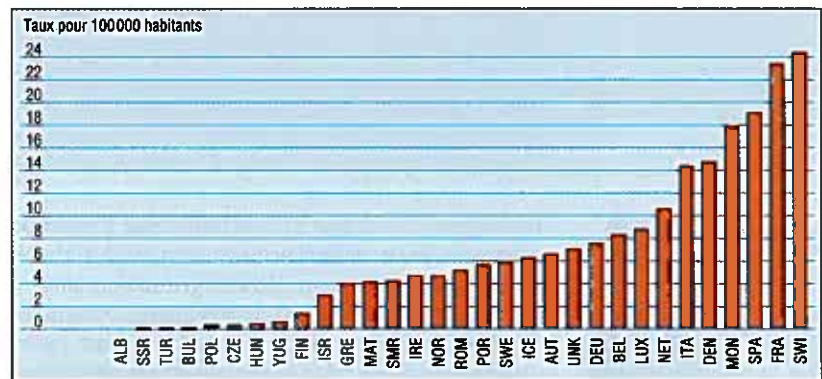
Quelle que soit l'utilité des programmes de prévention, il convient également de se préoccuper des quelque 500 000 Européens qui sont déjà infectés par le VIH. C'est pourquoi le Bureau régional préconise l'adoption de programmes globaux de soins prévoyant une coopération entre les services de santé et les diverses associations d'aide aux sidéens. Cette démarche assure la continuité des soins et établit un lien entre le soutien social, financier et psychologique et le traitement lui-même. De nombreux pays relèvent le défi; l'Italie, par exemple, a adopté une loi qui assure aux sidéens une prise en charge globale en collaboration avec les associations.

Le SIDA reste un phénomène mineur dans les PECO puisque, même compte tenu des enfants roumains, 1% seulement des cas européens se sont déclarés dans cette partie de la Région. Cependant, il est probable que l'ouverture des

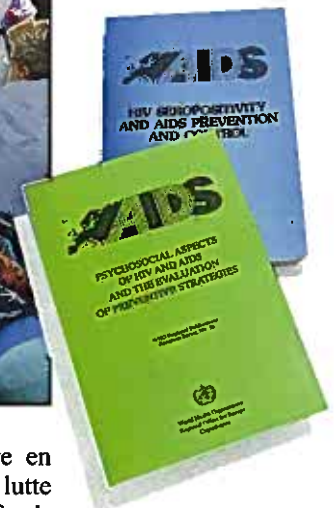
frontières et la transformation des modes de vie auront pour effet d'ajouter le SIDA à la liste des problèmes auxquels ces pays sont confrontés.

En février 1990, avec le concours du Siège de Genève, le Bureau régional a entrepris un examen de la situation en matière de SIDA dans les PECO et a lancé un programme d'urgence doté de 1,5 million de dollars, financé par le fonds fiduciaire pour le programme mondial de lutte contre le SIDA. Il s'agit ainsi de préparer les PECO aux risques accrus de propagation du SIDA qui résultent d'une multiplication des voyages internationaux, d'une évolution des mentalités parmi les jeunes et, dans certaines régions, d'un manque de fournitures et d'équipements aussi indispensables que des seringues jetables et du matériel d'examen du sang dans les hôpitaux. A la fin de 1990, le Bureau régional avait offert à tous les PECO des conseils

Cas totaux de SIDA en Europe



Le développement des voyages internationaux et l'évolution des mœurs accroissent le risque de propagation du SIDA

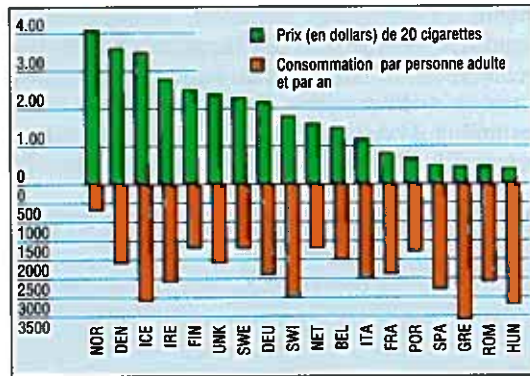


quant aux méthodes à utiliser pour mettre en place des programmes de prévention et de lutte contre le SIDA, et leur avait donné des fonds pour qu'ils puissent commencer à le faire. Ces programmes mettent particulièrement l'accent sur le risque de développement de la toxicomanie, qui va si souvent de pair avec les bouleversements sociaux et fait peser une menace de propagation du SIDA.

TABAC OU SANTÉ

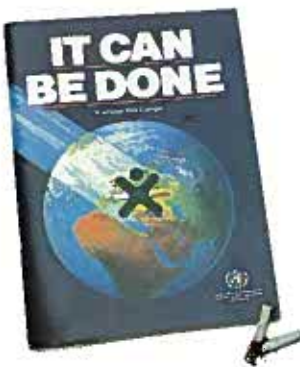
Le tabagisme est souvent qualifié de lent suicide. Il provoque la mort d'environ 1 million de personnes chaque année, soit autant que si, chaque jour de l'année, six avions gros porteurs étaient perdus corps et biens. Bien qu'il soit établi depuis longtemps que le tabac est l'une des principales causes des maladies cardio-vasculaires et du cancer, notamment, le public et les hommes politiques européens ont pendant des années fait preuve d'une grande insouciance à l'égard du

Relation entre le prix des cigarettes et la consommation



temps. Et cet appel a été entendu ! En 1990, une dizaine de pays européens avaient mis au point des programmes nationaux d'ensemble reposant sur ce principe; vingt pays avaient commencé à adopter une législation antitabac ou lancé de vastes programmes de sensibilisation; et vingt et un pays avaient promulgué des lois protégeant les non-fumeurs contre le tabagisme passif dans les lieux publics.

La Commission des Communautés européennes, qui a organisé avec le Bureau régional et le Ministère espagnol de la santé la conférence au cours de laquelle la Charte a été signée, a l'intention de proposer une directive réglementant la publicité sur le tabac. De nombreuses compagnies aériennes d'Europe offrent maintenant des vols sans fumée sur des routes intérieures notamment. Dans certains pays, néanmoins, la consommation de tabac est en augmentation. Les pays qui cultivent ou transforment le tabac, ou dans lesquels l'Etat intervient dans la commercialisation du tabac, sont dans une situation particulièrement difficile. Il n'en reste pas moins que le plan d'action régional a donné une impulsion politique à la lutte contre le tabagisme et un cadre de coopération pour la mener à bien.



tabagisme. Ce temps est enfin révolu. En 1990, plusieurs pays d'Europe ont démontré qu'une attaque concertée contre le tabagisme peut abaisser la consommation de tabac et même commencer à réduire la morbidité liée au tabagisme.

C'est en 1987 que les Etats Membres européens de l'OMS ont lancé un plan d'action pour une Europe sans tabac. Il s'agissait de l'expression d'une volonté politique au plus haut niveau, qui a débouché en 1988 sur l'adoption d'une Charte contre le tabac par des experts de l'Europe tout entière. En signant cette Charte lors d'une conférence tenue à Madrid, ils ont reconnu que toute personne a le droit de respirer un air exempt de fumée de tabac au travail et dans les lieux publics. Les jeunes ont le droit d'être protégés contre la promotion du tabac et

LA CHARTE EUROPÉENNE DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA SANTÉ

L'OMS œuvre depuis longtemps pour un environnement plus salubre. La situation dans les PECO montre bien que la santé des populations est inextricablement liée à l'environnement. Devant l'inquiétude croissante des professionnels et du public face à ces problèmes, le Bureau régional a organisé, à la fin de 1989, une conférence qui a rassemblé les ministres de la santé et de l'environnement de vingt-neuf pays européens, ainsi qu'un représentant de la Commission des Communautés européennes. Ils ont tous signé la Charte de l'environnement et de la santé, prenant ainsi une position uniforme sur les principes, les mécanismes et les priorités qui doivent être retenus pour l'élaboration de programmes d'hygiène de l'environnement et l'amélioration de la santé des Européens au cours des décennies à venir.

La Charte consacre notamment le principe de l'intervention en amont des problèmes : prévenir les atteintes à l'environnement plutôt que d'y porter remède, tester plus soigneusement les technologies nouvelles, subordonner les intérêts économiques et commerciaux aux considérations de santé et appliquer plus strictement le principe «pollueur payeur». Au-delà de l'énonciation d'idées provocantes (la santé passe avant le profit, par exemple), la Charte rassemble les éléments stratégiques de programmes d'hygiène de l'environnement existants pour constituer un ensemble cohérent. En outre, elle réaffirme l'importance que les administrations responsables de la santé et de l'environnement attachent à ces problèmes, et elle les aidera à unir leurs efforts pour agir efficacement tout en ménageant leurs ressources.

Dans les six mois qui ont suivi la signature de



Ces brochures sont imprimées en cinq langues

d'être aidés à résister à la tentation de se mettre à fumer. Chacun a le droit d'être informé sur les dangers du tabagisme et les fumeurs ont le droit de bénéficier d'une aide pour cesser de fumer.

La Charte demande instamment à chaque pays de prendre des mesures concertées pour donner force à ces droits, en adoptant une politique globale de lutte contre le tabagisme, pour attaquer le problème sur tous les fronts en même

la Charte, l'Italie et les Pays-Bas ont versé les montants nécessaires pour fonder le Centre européen de l'environnement et de la santé. La création de ce dernier, doté d'un personnel international comprenant 24 personnes et d'un budget annuel de 3 millions de dollars, représente une multiplication par trois des ressources humaines et financières dont l'OMS dispose pour ses activités dans le domaine de l'hygiène de l'environnement en Europe. Etabli à Copenhague, le Centre compte depuis 1991 deux unités opérationnelles, situées respectivement à Bilthoven (Pays-Bas) et à Rome. Leurs activités consisteront principalement à accroître le stock européen de données relatives à tous les aspects de l'hygiène de l'environnement, et à favoriser la coopération technique concernant l'évaluation de la pollution de l'air et de l'eau, l'hygiène des aliments et la protection contre les rayonnements.

Le Centre apportera une contribution très précieuse aux travaux consacrés par l'OMS à des phénomènes environnementaux d'évolution lente, mais se rendra également utile en cas de catastrophe. L'accident de Tchernobyl et la pollution du Rhin qui a résulté de l'incendie d'une usine chimique située à Bâle ont montré de façon frappante que, lorsque des problèmes d'environnement aussi graves surgissent, il est essentiel qu'un organisme tel que le Centre coordonne la coopération internationale et fournisse des informations exactes.

Des discussions ont lieu actuellement en vue de créer à Nancy un autre centre de l'OMS, dont les activités porteraient sur l'hygiène de l'environnement dans les villes.

SECOURS EN CAS DE CATASTROPHE

L'aide médicale urgente ne relève pas de notre mission, mais quand un Etat Membre est frappé par une catastrophe et ne parvient pas à y faire face seul, il peut faire appel au Bureau régional. Celui-ci a mis en place un système d'intervention en cas de catastrophe qui lui permet, avec le concours du Siège de Genève, d'envoyer aussitôt une équipe d'évaluateurs. Cette dernière est capable de dresser rapidement le bilan des dommages et d'aider à l'élaboration d'un plan d'assistance et de remise en état à court et à long terme. Le traitement des victimes ne met pas un point final aux catastrophes. Leurs séquelles peuvent subsister pendant des années si les habitations ou les infrastructures de soins de santé sont détruites. Après le séisme d'Arménie, par exemple, le Bureau régional a dû compléter son intervention immédiate par une action de plus longue haleine. Une équipe d'évaluateurs s'est promptement rendue sur place et, actuellement encore, le Bureau régional participe activement à la remise sur pied du système de soins de santé.

Nous nous efforçons d'exploiter l'expérience accumulée pour nous préparer à d'autres catastrophes, qu'elles soient naturelles ou aient un caractère technologique. Avant le déclenchement de la guerre du Golfe, par exemple, la Turquie a demandé au Bureau régional de la



7

Les nouveaux bureaux de Rome (à gauche) et de Bilthoven (ci-dessous)



conseiller sur la façon de réagir face à un afflux de réfugiés provenant d'Iraq et à d'autres conséquences d'hostilités éventuelles à la frontière turco-iraquienne. L'OMS a organisé un cours de formation sur la guerre chimique et la gestion de camps de réfugiés, et le Bureau régional a envoyé des trousseaux d'urgence, dont l'OMS garde un stock en prévision de telles catastrophes.

Par la suite, lorsque de très nombreux Irakiens ont fui vers la Turquie, en avril, le Bureau régional a immédiatement envoyé des équipes d'experts chargées d'évaluer la situation, de donner des conseils sur les mesures à prendre et de former du personnel de santé turc. L'OMS a également envoyé des vaccins et un plus grand nombre de trousseaux d'urgence.

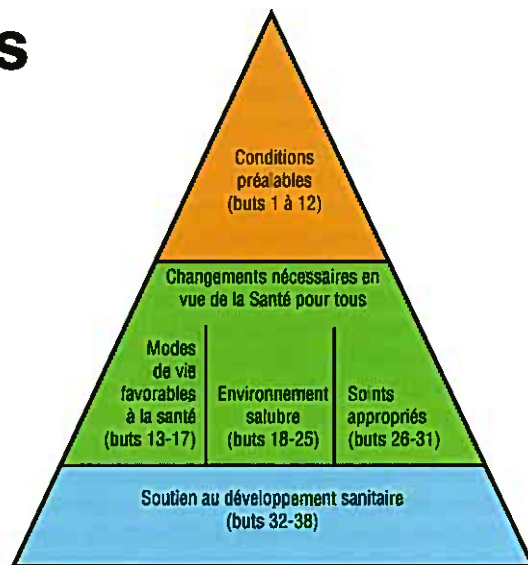


Les enfants ressentent intensément les catastrophes. Julja Adova, fillette de 10 ans d'URSS, exprime en peinture ses impressions sur «Tchernobyl»

La Santé pour tous d'ici l'an 2000

Certains croient pouvoir impunément maltraiter leur corps et polluer l'environnement

De plus en plus, les Européens sont responsables de leurs propres problèmes de santé. Devant les progrès de la médecine au vingtième siècle, beaucoup ont cru qu'ils pouvaient boire et manger immodérément, fumer, s'abstenir d'exercice physique, conduire trop rapidement et contaminer l'environnement. Après tout, en cas de malheur, les médecins ne manqueraient pas de les remettre sur pied. Cependant, comme les coûts des soins hospitaliers augmentaient plus rapidement que le PNB, les gouvernements de tous les pays de la Région se sont mis désespérément à la recherche de moyens de les



endiguer. Ils ont conclu qu'il fallait repenser fondamentalement le mode de vie des gens et la façon dont les gouvernements abordent les questions de santé : la philosophie de la Santé pour tous était née. Elle offrait aux pays la possibilité d'assurer la meilleure santé possible à l'ensemble de leur population. Les moyens à utiliser étaient la promotion de la santé, la prévention des maladies, la protection de l'environnement et des services de santé de qualité.

LA STRATÉGIE ET LES BUTS

En 1984, les pays européens ont adopté leur stratégie régionale de la Santé pour tous, qui prévoit la réalisation de 38 buts spécifiques. Ces derniers ne sont pas obligatoires mais indiquent ce qui peut être réalisé, à quel moment, et par quels moyens. Le but 16, par exemple, est l'adoption de comportements sains; pour l'atteindre, il faut notamment que, d'ici 1995, la population soit constituée à au moins 80% de non-fumeurs et que la consommation nationale de tabac soit divisée par deux. De tels objectifs n'ont rien d'utopique : ils reposent sur une extrapolation de tendances historiques et sur une connaissance des effets probables de certaines mesures. Encore faut-il que les gouvernements mettent toute leur détermination et l'ensemble de leurs connaissances, ressources et technologies au service de la réalisation de ces objectifs. A chaque but correspondent des suggestions pour la résolution du problème considéré et des indicateurs permettant de mesurer les résultats. En fonction de l'évolution de la situation sanitaire, les buts seront actualisés et une première mise à jour doit avoir lieu en 1991.

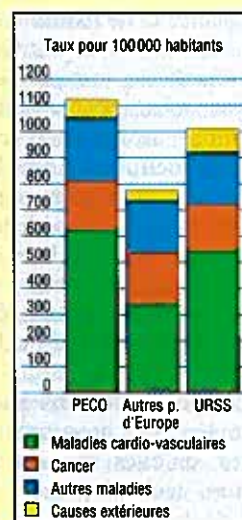
MESURER LES RÉSULTATS

Comme la stratégie de la Santé pour tous nécessite des changements concrets, on a conçu des indicateurs spécifiques pour les mesurer. Depuis 1984, année d'adoption des buts, deux évaluations des progrès accomplis ont eu lieu dans chaque Etat Membre et en Europe globalement. Grâce aux indicateurs, il est possible d'évaluer la situation sanitaire rapidement et avec exactitude. Dans la mesure

où les indicateurs sont axés sur des résultats et constituent un étalon commun pour mesurer ceux-ci, ils permettent de comparer non seulement les niveaux de santé dans différents pays, mais également leurs taux d'amélioration. Il est ainsi possible de déterminer quels pays utilisent les méthodes les plus efficaces pour améliorer la santé. Par exemple, les évaluations réalisées en 1987-1988 et 1990-1991 ont mis en évidence des différences considérables en matière de santé et de

mortalité entre les PECO et le reste de l'Europe.

Si les taux de mortalité due à des causes spécifiques baissent dans les PECO, les niveaux de départ y sont plus élevés que dans les autres pays d'Europe. Certains taux augmentent même, notamment en URSS, qui représente environ 34% de la population européenne.



Mortalité par cause

LA SANTÉ POUR TOUS DANS LES PAYS

Lorsque les gouvernements ont adopté la stratégie et les buts de la Santé pour tous, ils se sont engagés à concrétiser ces idées forces dans l'ensemble de la société. Depuis lors, la plupart des pays ont élaboré leurs propres politiques de Santé pour tous, en appliquant les principes généraux à leurs systèmes de santé. C'est ainsi que l'Angleterre, pour citer le cas le plus récent, a pris des mesures dans ce sens en juin 1991. Dans les pays où les collectivités territoriales jouissent d'une grande autonomie, les régions, les cantons et les municipalités ont également commencé à adopter de telles politiques de santé. Les autorités sanitaires ne sont du reste pas les seules à adhérer aux principes de la Santé pour tous : la validité de ces derniers a été largement reconnue par les associations médicales, les organismes d'assurance maladie et de sécurité sociale, et les écoles de soins infirmiers, de santé publique et de médecine, parmi beaucoup d'autres.

SIX IDÉES

● L'équité

Toute personne devrait pouvoir bénéficier d'un accès égal aux soins dont elle a besoin et avoir des chances égales de vivre en bonne santé.

● La promotion de la santé et la prévention des maladies

Les services de santé se doivent de privilégier la promotion de la santé et les mesures préventives, plutôt que d'attendre passivement que la maladie se déclare.

● La participation active de la population

Il faudrait permettre et favoriser la participation de tous aux décisions qui ont des incidences sur la santé.

● La coopération de nombreux secteurs

Chaque secteur de la société – éducation, agriculture, logement, entreprises privées et publiques – doit prendre conscience de son influence sur les questions de santé et assumer ses responsabilités à cet égard.

● Les soins de santé primaires

Il convient de s'attaquer aux problèmes de santé en intervenant aussi près que possible des lieux de travail et de résidence des intéressés.

● La coopération internationale

Enfin, il importe de partager les expériences internationales, afin d'en tirer le meilleur parti.

Nous nous laissons donc guider par cette philosophie large qui sous-tend la Santé pour tous, au lieu d'aborder les problèmes de santé au coup par coup, au fur et à mesure qu'ils surgissent.



L'EXAMEN DE LA POLITIQUE MENÉE EN FINLANDE

La Finlande a été l'un des premiers pays à adopter une politique nationale de Santé pour tous et a la plus longue expérience de l'application de ce concept dans la pratique. La politique de santé menée par ce pays au cours des années 70 suivait déjà de près les principes fondamentaux de la Santé pour tous : l'équité, la participation de la population et la place importante accordée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, grâce à une action intersectorielle et à une réorientation des services de santé privilégiant les soins primaires. Il était donc naturel que la Finlande accepte de servir de pays pilote pour la mise en œuvre de la Santé pour tous.

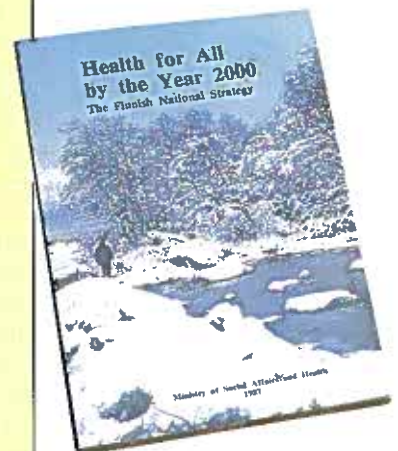
En mai 1985, la politique finlandaise de Santé pour tous a été débattue au Parlement. C'était la première fois

que la politique générale de santé faisait l'objet d'un tel examen. Les principaux partis politiques ont souscrit pour l'essentiel à ses principes. Au début, cette politique a été appliquée avec beaucoup de succès mais, petit à petit, elle a commencé à se heurter à des obstacles, dont certains auraient peut-être pu être prévus. Vers la fin de la décennie 1980, il s'est avéré nécessaire de réviser et de revigorer cette politique, ce qui a amené la Finlande, en 1988, à demander au Bureau régional de charger un groupe d'experts d'examiner sa politique.

Le rapport du groupe d'experts a conclu que les personnes qui participaient à l'élaboration de la politique auraient dû provenir d'horizons plus divers, ce qui aurait garanti une plus grande adhésion de la part des autorités sanitaires, des professions de santé, d'autres secteurs et du public. Le rapport montrait également que la

conception d'une vaste stratégie de santé nécessite une démarche différente de celle qui est traditionnellement utilisée pour planifier les prestations des services de santé; que même une politique à long terme ne peut se passer de priorités à court terme bien définies; et que les principes fondamentaux de l'équité, de la promotion de la santé et de la qualité des soins risquent d'être perdus de vue au cours de la réalisation des réformes.

Ce rapport a remis ce genre de questions à l'ordre du jour en Finlande et a lancé un débat et une recherche de solutions à l'échelle nationale. La Finlande a été le premier pays à élaborer une politique nationale de Santé pour tous et a fait à nouveau figure de pionnier lorsqu'elle a permis à la communauté internationale d'examiner cette politique, pour que d'autres puissent tirer les enseignements de ses succès et de ses échecs.



Promotion de la santé

La promotion de la santé occupe une place importante dans les travaux de l'OMS. A Ottawa, en 1986, les participants à une conférence mondiale organisée par le Bureau régional ont signé la Charte d'Ottawa, selon laquelle la promotion de la santé a pour but de permettre à chacun de mieux maîtriser sa santé et donc de l'améliorer. Cette Charte définit cinq domaines d'action :

- **L'élaboration de politiques publiques axées sur la santé**
Elaborer les diverses politiques publiques en tenant compte de leurs effets potentiels sur la santé.
- **La création de milieux favorables à la santé**
Aider les individus à vivre sainement et à opter pour la santé.
- **Le renforcement de l'action communautaire**
Encourager chacun à participer activement aux décisions et activités locales.
- **L'acquisition d'aptitudes personnelles**
Aider les gens à acquérir les aptitudes requises pour se prendre en charge eux-mêmes.
- **La réorientation des services de santé**
Redéfinir la mission des services de santé, en faisant passer la promotion et le maintien de la santé avant le traitement de la maladie.

MODES DE VIE SAINS

Aujourd'hui, de plus en plus d'Européens savent que le mode de vie peut avoir d'importantes répercussions positives ou négatives sur la santé. A première vue, il pourrait sembler que, dans les PECO, la promotion de la santé et l'adoption d'un mode de vie sain revêtent moins d'importance que les bouleversements économiques et politiques qu'ils traversent. En fait, ces bouleversements permettent aux sociétés de repenser toute leur philosophie, et la recherche de la santé grâce à des modes de vie sains va de pair avec les autres réformes. Le tabagisme et l'alcoolisme sévissent depuis longtemps dans ces pays et la toxicomanie risque de commencer prochainement à y faire des ravages.

En décembre 1990, une conférence sur les modes de vie sains a eu lieu à Leningrad. A cette occasion, le Bureau régional a présenté ses idées sur la promotion de la santé et les modes de vie sains à des participants provenant d'URSS et d'autres PECO. Cette conférence était organisée par l'Institut des études médicales supérieures de Leningrad, qui venait de créer la première section consacrée aux modes de vie sains en URSS et a maintenant un plan de travail commun avec le Bureau régional. Des sections analogues commencent à être créées dans tous les PECO.

Cette conférence a attiré un grand nombre de personnes qui jugent nécessaire d'accorder un degré élevé de priorité à la promotion de la santé dans les PECO. Les contacts établis entre les

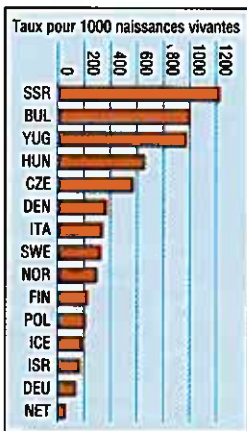
experts internationaux et leurs collègues soviétiques permettront de renforcer les activités de promotion de la santé en URSS. Depuis lors, des experts de l'OMS se sont rendus dans chacun des PECO pour discuter de leurs priorités en matière de mode de vie et de santé, et les aider à mettre en place les structures d'organisation et de formation nécessaires pour la promotion de la santé.

Il est manifeste qu'une place prioritaire doit être réservée au planning familial. Environ un quart de la mortalité maternelle en Europe est attribuable aux avortements. Les taux élevés d'avortement dans les PECO sont dus en grande partie à une pénurie critique de moyens sûrs de contraception. A la suite d'une réunion de l'OMS tenue en 1990 à Tbilissi (URSS), chacun des PECO a établi un plan d'action national pour la formation des personnels de santé aux techniques de planning familial. Ces derniers apprendront à communiquer des informations appropriées et à jour, et à accroître la disponibilité de contraceptifs.

INVESTISSEMENT ET NON DÉPENSE

La santé ne peut plus être considérée comme le domaine de compétence exclusive des autorités sanitaires, principe qu'exprime la notion de politiques publiques axées sur la santé. Qui plus est, il ne faut plus voir dans les activités relatives à la santé une charge lourde mais nécessaire, mais un investissement lucratif réalisé par tous les secteurs publics et privés et rémunéré en nature et en espèces : une population en bonne santé et des gains financiers.

Une conférence de l'OMS consacrée à l'investissement pour la santé, tenue à Bonn en décembre 1990, a montré que cette conception commence à faire son chemin. Des entités très diverses étaient représentées : organisations patronales, syndicats, caisses d'assurance maladie, groupes d'auto-assistance, services de santé, centres de formation, etc. Les participants ont discuté des moyens d'évaluer les effets des activités de promotion de la santé et de convaincre un plus grand nombre de personnes appartenant à ces secteurs qu'il est rentable d'investir dans la santé. A la suite de cette conférence, des experts de la promotion de la santé et des centres collaborateurs de l'OMS élaborent actuellement un plan de travail quinquennal qui portera sur l'organisation, l'infrastructure et le financement nécessaires pour favoriser et soutenir l'investissement dans la promotion de la santé. Leurs travaux pourront s'inspirer des conclusions de la conférence de l'OMS qui s'est tenue à Sundsvall (Suède) en juin 1991 et qui a examiné les moyens par lesquels les secteurs autres que celui de la santé peuvent apporter une contribution importante à l'amélioration de la santé.



Avortements pour 1000 naissances vivantes

L'amélioration des soins pour tous

11

L'emballlement des coûts des soins hospitaliers de pointe a contribué à la naissance du mouvement de la Santé pour tous. Il a en effet mis en évidence la nécessité d'utiliser plus rationnellement les ressources humaines et financières. L'OMS ne se borne pas à examiner les questions de santé traditionnelles, mais se préoccupe également de l'adaptation de la formation des soignants, de leurs méthodes de travail et des instruments qu'ils utilisent.

Il faut tourner le dos à la spécialisation aveugle des soins de santé et recentrer ceux-ci sur les cadres de vie et de travail. Pour cela, il est nécessaire d'accorder une importance nouvelle au personnel de santé qui se trouve en première ligne, c'est-à-dire aux responsables des soins de santé primaires que sont par exemple les infirmières et les généralistes. Dans toute l'Europe, les associations d'infirmières et de médecins ont souscrit à la politique et aux buts européens de la Santé pour tous, et un grand nombre d'entre elles s'emploient maintenant à déterminer quelles en sont les implications pratiques pour leurs professions.



PER FOLKVERINGEN/ADOK

aptitudes requises d'un généraliste. Lors d'une réunion tenue à Rome en 1990, les associations nationales de médecins d'Europe ont consolidé leurs relations avec le Bureau régional et se sont constituées en forum avec l'OMS. Ce dernier, dont le Bureau régional assurera le secrétariat, se réunira régulièrement pour des discussions, des échanges d'informations et la planification d'activités communes.

Le médecin de famille, spécialiste des relations humaines

LA NOUVELLE INFIRMIÈRE

En 1990, des écoles et des domaines pilotes ont été choisis, en vue d'élaborer et d'expérimenter de nouvelles idées relatives à un nouveau type d'infirmière, conformément aux recommandations adoptées lors de la conférence européenne de l'OMS sur les soins infirmiers, qui avait eu lieu à Vienne en 1989. Des associations nationales d'infirmières et d'autres organismes ayant des responsabilités en matière de soins infirmiers coopèrent avec le Bureau régional pour établir le profil de l'infirmière nouvelle, qui est capable d'être un partenaire à part entière dans l'équipe de soins primaires, tant à l'hôpital qu'en dehors de celui-ci. La nouvelle infirmière devra recevoir une formation spéciale et disposer d'une large autonomie, pour pouvoir intervenir en première ligne, au milieu de la population, et faire passer le message de la Santé pour tous auprès des individus et des familles, dans leurs foyers, écoles, lieux de travail, quartiers et localités.

LE MÉDECIN DE FAMILLE

Les associations nationales de médecins d'Europe coopèrent étroitement avec le Bureau régional depuis 1986, en vue de redéfinir le rôle du praticien. La formation et le travail des médecins ont de ce fait été modifiés, car ces associations ont une influence directe et puissante sur tous les médecins européens. Il est de plus en plus admis que la médecine générale est une spécialité au même titre que toutes les autres et non ce qui reste quand on ne se spécialise pas. Cette conception valorise considérablement les

L'ADMINISTRATEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

L'administrateur de santé publique est un autre élément vital du système de soins de santé. Pour mettre en place des systèmes de santé novateurs, il est essentiel de permettre aux responsables de la santé d'acquérir de nouvelles qualifications en matière de gestion et d'élargir leurs connaissances de façon à ce qu'ils puissent donner des impulsions motivantes. En 1986, l'Association des écoles de santé publique de la région européenne a décidé d'étudier les moyens d'intégrer les principes de la Santé pour tous dans les programmes d'enseignement et de recherche des écoles européennes de santé publique. A la suite de cette initiative, l'Association a entrepris de créer avec le concours de l'OMS une maîtrise européenne de santé publique.



Le symbole lancé par l'unité des soins infirmiers, des sages-femmes et du travail social

Qualité des soins

Les Européens n'ont en général pas de difficulté pour obtenir des prestations de santé. En revanche, la qualité de celles-ci laisse à désirer, si l'on se fie aux résultats obtenus et à l'opinion des utilisateurs. Le remède consiste non pas à accroître les budgets, mais à examiner la façon

dont les services sont gérés et à améliorer leur efficacité, ce qui permet souvent de réduire les coûts grâce à l'élimination des gaspillages.

Ces considérations s'appliquent en particulier aux PECO, où les systèmes de soins de santé fonctionnent mal pour diverses raisons : centralisation excessive, réglementation tatillonne, manque d'incitations ou incitations négatives, et obligation limitée de rendre des comptes. Les malades jugent la qualité des soins inacceptable, tandis que le personnel n'a pas de perspectives de carrière et ne voit pas ses mérites reconnus.



L'absence de communication et l'environnement anonyme : causes d'insatisfaction des patients

ANNE-LI ENGSTRÖM/RAGNAROK



ANNE-LI ENGSTRÖM/RAGNAROK



Le progiciel WHO CARE doit permettre de réduire la fréquence des infections postopératoires

Dans le cadre du programme EUROSANTE, le Bureau régional aide les nouveaux gouvernements à entreprendre des réformes qui prévoient la décentralisation, la recherche de nouvelles sources de financement des soins de santé, la mise en place de nouveaux régimes d'assurance maladie et l'adoption d'une attitude plus souple à l'égard de la privatisation des services.

INFECTIONS HOSPITALIÈRES

Actuellement, la fréquence des infections hospitalières varie considérablement dans la Région. Le Bureau régional a récemment mis au point un système informatisé permettant de suivre et de réduire le nombre d'infections résultant d'interventions chirurgicales. Plus de 200 hôpitaux d'Europe utiliseront prochainement ce système, qui permet aux chirurgiens d'évaluer et de comparer leurs taux d'infection. Des tests ont montré que ce système peut réduire les infections chirurgicales de 30 à 50%. Cela devrait permettre d'utiliser les ressources de façon plus efficace et d'améliorer la qualité des soins donnés aux malades. En outre, il est possible d'utiliser les informations ainsi obtenues pour améliorer également la qualité des prestations dans d'autres domaines des soins de santé.

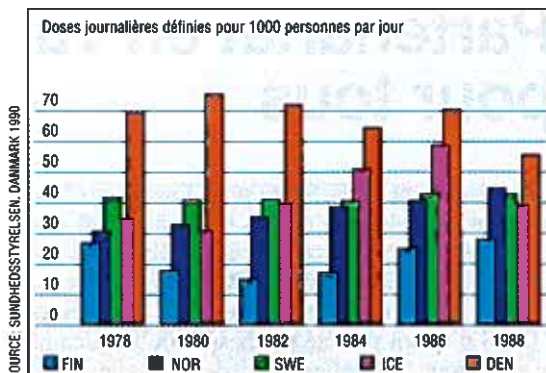
LES POLITIQUES EN MATIÈRE DE MÉDICAMENTS

Il existe dans la Région d'importantes disparités au niveau de la prescription et de la vente de

médicaments, ce qui ne peut s'expliquer par des différences concernant les types de maladies rencontrés dans les divers pays. Alors que de nombreux pays connaissent des pénuries graves de médicaments importants, d'autres se caractérisent par une prescription et une consommation excessives.

Dans les deux cas, le Bureau régional aide les pays à recenser les médicaments dont ils ont vraiment besoin. Nous aidons les pays où la consommation est excessive à repérer les cas de prescription injustifiée et nous aidons les pays souffrant de pénuries à obtenir, immédiatement et dans une perspective à plus long terme, des approvisionnements suffisants, de bonne qualité et à un prix raisonnable. En d'autres termes, le but de l'OMS est d'aider les Etats Membres à élaborer des politiques globales en matière de médicaments pour utiliser de façon rationnelle et économique un élément très coûteux des soins de santé.

En 1990, le Bureau régional a fourni des médicaments aux PECO lors de situations d'urgence, leur a donné des conseils pour l'adoption de politiques globales en matière de médicaments et a mis sur pied des discussions concernant le bon usage des médicaments. De plus, le Bureau régional et les principaux donateurs se sont mis à examiner des moyens de relancer l'industrie du médicament dans les PECO, qui sont depuis longtemps d'importants exportateurs de médicaments, afin de les aider à approvisionner à nouveau le marché intérieur.



Ventes de somnifères dans les pays nordiques. Quelle est la relation entre les différences de consommation et la qualité des soins ?



PETER DELVIG

ALLÉGER LE FARDEAU DU DIABÈTE

Bien qu'environ 30 millions d'Européens souffrent du diabète, l'ampleur réelle de ce problème est mal connue dans la plupart des pays. Depuis la découverte de l'insuline, le diabète n'entraîne plus un décès rapide, mais est devenu une affection chronique et insidieuse qui frappe dans toutes les couches de la société et dans tous les groupes d'âge. Les diabétiques vivent aujourd'hui plus longtemps qu'auparavant, mais ils restent à la merci d'un grand nombre de complications angoissantes, dont l'issue est souvent fatale : gangrène et amputation, cécité, insuffisance rénale, maladie du cœur et attaque cérébrale.

C'est pourquoi le Bureau régional et la Fédération internationale du diabète ont uni leurs efforts pour lancer une campagne européenne

contre ce fléau. Lors d'une conférence organisée à la fin de 1989, des représentants des ministères de la santé et des associations de malades de tous les pays européens se sont réunis et ont signé la Déclaration de Saint Vincent sur les soins aux diabétiques et la recherche sur le diabète en Europe.

La Déclaration constate que des mesures simples et de bon sens, prises maintenant, permettront de retirer des avantages considérables dans les années à venir. Il sera ainsi possible non seulement de réduire les souffrances résultant des complications du diabète, mais également de réaliser des économies spectaculaires de ressources humaines et matérielles. Le principal objectif est de donner aux diabétiques une vie plus longue et de meilleure qualité, et d'intensifier la recherche sur cette maladie pour que se rapproche le jour où le diabète pourra être prévenu et soigné.

Divers objectifs à atteindre d'ici 1995 ont été fixés. Le principal d'entre eux est de réduire d'au moins un tiers les cas de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation causés par le diabète; de réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies coronariennes chez les diabétiques; et de donner aux femmes diabétiques les mêmes chances que les autres femmes d'avoir des enfants en bonne santé. Il faut également aider les diabétiques à s'intégrer pleinement dans une société qui comprend leur état au lieu de le craindre. Plusieurs pays ont lancé des programmes pour atteindre ces objectifs; des groupes d'experts élaborent des orientations à l'intention des centres de traitement de diabétiques; et de nombreuses nouvelles associations locales de diabétiques ont été fondées, en particulier dans les PECO. Ces associations représentent pour les diabétiques une source inappréciable d'aide et de conseils.

Une politique nationale des médicaments doit aider à déterminer les surprescriptions injustifiées, tout en garantissant l'accès à des médicaments de bonne qualité et d'un coût raisonnable



Partenariat en vue de la Santé pour tous

Les habitants de Stockholm se baignent sans crainte, sachant que les eaux de la ville sont régulièrement contrôlées

Le mouvement de la Santé pour tous a pris une ampleur considérable depuis son lancement il y a dix ans. La clé de ce succès est l'idée que le Bureau régional doit avant tout jouer un rôle de catalyseur pour le changement. A elle seule, l'OMS n'aurait pas été en mesure de faire campagne pour l'amélioration des systèmes de soins de santé, d'aider les gens à choisir des modes de vie plus sains et de promouvoir un environnement salubre. De tels changements ne peuvent être imposés mais doivent reposer sur un consensus.

Il incombe donc au Bureau régional de mobiliser la plus précieuse ressource de l'Europe : ses hommes et ses femmes, et notamment les décideurs, les experts, les profanes et les représentants des médias. Le Bureau a besoin d'eux pour mettre en place des réseaux capables de faire passer le message de la Santé pour tous. Ces partenaires ont joué leur rôle en signant les chartes et déclarations dont il a déjà été question, en s'engageant à adopter, défendre et diffuser ce message, et en le traduisant dans les faits là où ils le peuvent.



Les trente Cités-santé de la Région européenne

A Copenhague, la boutique Cité-santé, avec son parc à vélos



Le Bureau régional a également conçu des projets porteurs du message de la Santé pour tous : le projet Cités-santé et le programme CINDI, pour n'en citer que deux.

LE PROJET CITÉS-SANTÉ

En 1986, le Bureau régional a entrepris de mobiliser les villes pour qu'elles diffusent le message de la Santé pour tous au niveau local, là où la population vit, travaille et se détend. En effet, pour œuvrer en faveur de la santé dans un cadre particulier, il faut s'assurer le concours de toutes les personnes qui ont des liens avec ce cadre dans leur existence quotidienne et leur vie professionnelle. Le projet Cités-santé de l'OMS regroupait initialement quelques villes qui souhaitaient améliorer le bien-être physique, mental, social et environnemental de leurs habitants. Pour cela, il fallait veiller à ce que les municipalités accordent à la santé une place importante dans leurs préoccupations politiques, prendre des mesures concrètes en vue d'une amélioration de la santé, et concevoir et mettre en œuvre des programmes multisectoriels précis.

En 1990, le Bureau régional avait décerné le label Cité-santé à trente villes de divers pays

d'Europe, et dix-sept réseaux nationaux de villes s'étaient constitués autour d'elles. En avril 1990, les maires de ces villes ont signé la Déclaration de Milan, par laquelle ils s'engageaient à soutenir le projet Cités-santé et à appliquer la politique de Santé pour tous dans leurs villes. Les maires ont ainsi reconnu que le maintien de la santé constituait un important investissement social et ont exhorté d'autres villes à suivre le mouvement.

Par définition, une cité-santé est une ville qui se préoccupe de la santé et s'efforce de l'améliorer. Le niveau sanitaire initial importe peu; ce qui compte, c'est d'attacher une grande importance à la santé et d'être disposé à prendre des mesures concrètes. Dans l'esprit du projet, la santé est l'affaire de tous et chaque personne a un rôle à jouer dans la promotion de la santé : le responsable politique, l'urbaniste, le professionnel de la santé, l'assistante sociale, le responsable de la circulation, le directeur des services du logement, le dirigeant d'association, l'agent des services de l'environnement, l'homme d'affaires, l'administrateur de santé publique et bien d'autres.

Ceux qui participent au mouvement des Cités-santé peuvent entrer en relation, par l'intermédiaire du bureau du projet situé à Copenhague, avec des personnes d'autres villes qui ont les mêmes préoccupations. Le projet a ainsi donné naissance au Plan d'action multicités, qui regroupè des villes ayant des activités axées sur des thèmes tels que l'égalité devant la santé, le tabac, la circulation automobile, le logement, les jeunes, les personnes âgées, le SIDA, la nutrition, la santé mentale et l'hôpital en tant que lieu de promotion de la santé.

Il convient de citer une autre importante retombée du projet Cités-santé, à savoir le lancement du projet Santé à l'école, qui repose sur les mêmes principes et bénéficie du soutien de la Commission des Communautés européennes et des Pays-Bas.

Quelque 400 villes du monde entier sont maintenant associées au projet et le nombre de villes des PECO augmente rapidement. Le projet revêt une importance particulière pour ces derniers pays, non seulement parce qu'il permet d'améliorer la santé, mais également parce qu'il représente une occasion unique d'assurer la formation à la prise de décision, à la gestion et au travail d'équipe qu'exigent les nouveaux processus démocratiques et systèmes pluralistes qui apparaissent dans ces pays. Dans cette optique, le Bureau régional et le Conseil de l'Europe ont décidé d'unir leurs efforts en établissant un lien entre le projet du Conseil visant à faciliter la constitution d'autorités locales plus démocratiques, et le projet Cités-santé de l'OMS. Ce dernier offrira un moyen très concret et particulièrement motivant de rassembler les nombreuses ressources d'une société démocratique et de les mettre au service d'une action pratique menée au niveau local. En conséquence, l'établissement de réseaux nationaux de Cités-santé dans les PECO représente une priorité très importante pour 1991.

LA SANTÉ EST L'AFFAIRE DE TOUS

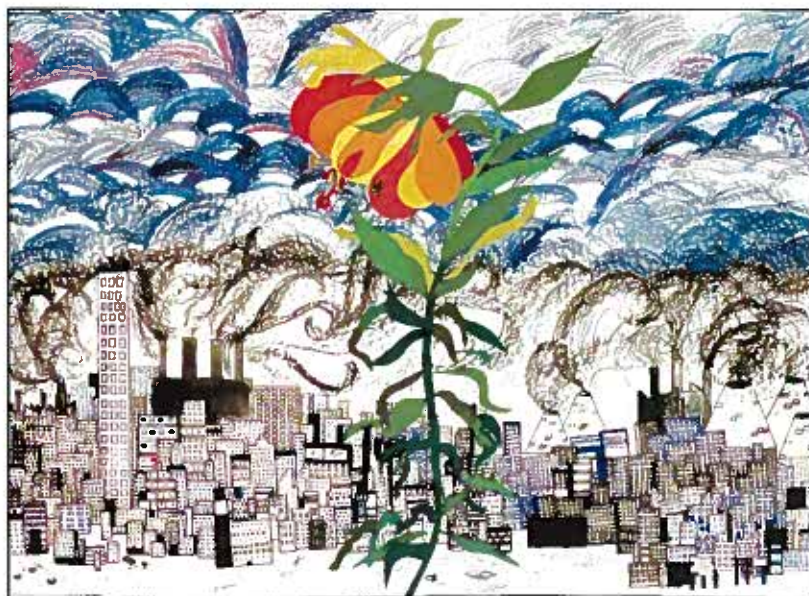
Le projet Cités-santé et le programme CINDI mettent en évidence l'importance de la démarche multisectorielle. En d'autres termes, loin d'être l'apanage d'un secteur spécialisé, la santé intéresse tous les secteurs. Conformément à la stratégie de la

Santé pour tous, les autorités sanitaires doivent non seulement voir plus loin que la maladie et promouvoir la santé, mais également étendre leur action au-delà du système de santé et faire participer la société tout entière. En effet, les messages concernant la santé perdent beaucoup de leur force quand les politiques et les mesures adoptées dans d'autres secteurs de la société les contredisent.



La ville de Rennes annonce fièrement sa participation au projet Cités-santé

L'une des peintures soumises par les enfants hongrois de 6 à 14 ans lors d'un concours sur le thème «Ma ville et la santé»



PROGRAMME CINDI

Malgré les progrès considérables de la médecine, les maladies cardio-vasculaires restent la principale cause de décès en Europe et altèrent la santé d'un grand nombre de personnes. Il s'agit d'un groupe de maladies liées au mode de vie : régime alimentaire, tabagisme, consommation d'alcool, manque d'exercice, etc. En raison de la gravité de ces maladies et de la complexité de leurs causes, le Bureau régional consacré depuis des années beaucoup de temps et d'énergie à l'élaboration de programmes destinés à lutter contre elles. Encouragé par le succès d'une vaste action menée en Finlande dans les années 70, le Bureau régional a lancé un programme d'ensemble pour lutter contre ces maladies au niveau de la population. Cette action est elle-même à l'origine de la création, au début des années 80, d'un programme appliquant ces principes à l'ensemble des maladies non transmissibles : le Programme d'intervention intégrée à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI).

Près de la moitié des pays d'Europe participent maintenant au programme CINDI, qui repose sur l'idée que, une fois que les facteurs de risque d'une maladie donnée sont établis, il est possible de mener contre elle une action efficace. Néanmoins, le succès dépend de la participation active du groupe cible et d'une connaissance précise des facteurs de risque auxquels il est exposé. Le programme CINDI a pris une telle



Faire du choix de l'aliment le plus sain le choix le plus facile



ampleur qu'une grande partie des activités a été déléguée à des centres spécialisés situés dans l'ensemble de l'Europe et au-delà, qui agissent en collaboration étroite avec l'OMS. Cela n'aurait pas été possible si la philosophie de la Santé pour tous n'avait pas déjà été bien comprise et largement adoptée dans la Région.

LES POLITIQUES NUTRITIONNELLES

L'évolution récente des habitudes alimentaires s'est traduite par une progression des maladies liées au régime alimentaire. Pour lutter contre cette tendance, il convient d'élaborer des politiques alimentaires et nutritionnelles intégrées. Lors d'une conférence sur la nutrition qui s'est tenue à Budapest en octobre 1990, les pays européens ont préparé l'adoption de politiques alimentaires et nutritionnelles reposant sur une collaboration entre tous les secteurs responsables de la production, de la transformation et de la distribution des aliments.

Cette conférence, organisée par l'OMS et la FAO, a réuni des spécialistes de la santé, de l'hygiène des aliments, de l'agriculture, de l'industrie alimentaire, de la restauration, des questions de consommation et de l'éducation pour la santé. Ces experts ont élaboré un document intitulé *Cadre et options d'action pour des politiques alimentaires et nutritionnelles dans les pays européens*. Son objet est de lancer un débat sur les diverses options des responsables politiques dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. Le document suggère plusieurs façons d'obtenir la participation des différentes parties prenantes : la consultation, l'éducation et l'information, ainsi que des incitations et des mesures contraignantes.

L'expérience montre que des campagnes bien ciblées peuvent modifier certains éléments du régime alimentaire. Cependant, pour changer à long terme les habitudes alimentaires, il faut que tous les secteurs agissent pour que le choix de l'aliment le plus sain soit le choix le plus facile. Une bonne politique alimentaire et nutritionnelle doit permettre à chacun de se procurer à un prix raisonnable des aliments sains et de bonne qualité. Il faut également que le public dispose d'informations faciles à comprendre sur ce qu'est un régime alimentaire sain et, à cet effet, il convient notamment que les informations figurant sur les emballages soient claires et exactes.





Un peu d'histoire

A l'instar du phénix renaissant de ses cendres, l'Organisation mondiale de la santé est née en 1948 au milieu des ruines laissées par la seconde guerre mondiale. Son objectif était d'amener tous les peuples au meilleur niveau de santé possible.

L'OMS est chargée de diriger et de coordonner les travaux internationaux en matière de santé. Institution spécialisée des Nations Unies, elle est dotée d'une constitution, d'organes directeurs et d'un budget propres. En vertu de sa Constitution, les Etats sont responsables de la santé de leurs peuples et il incombe à l'OMS de les aider à s'acquitter de leurs obligations. La Constitution de l'OMS désigne en outre une troisième partie prenante : la population. L'information et la participation active du public sont essentielles.

Ces trois partenaires – l'OMS, ses Etats Membres et leurs peuples – ont remporté de nombreux succès depuis 1948. Le plus éclatant est peut-être l'éradication de la variole, proclamée en 1979; des millions de vies humaines ont ainsi été sauvées.

L'OMS est une organisation publique qui compte plus de 165 Etats Membres. Ceux-ci alimentent le budget ordinaire et fournissent une grande partie des contributions volontaires qui permettent le fonctionnement de l'Organisation. Lors de l'Assemblée mondiale de la santé, réunion annuelle des ministres de la santé, tous les Etats Membres de l'OMS adoptent le programme de travail et le budget, et débattent des grandes questions de politique sanitaire. Comme l'OMS est une organisation décentralisée, son budget est réparti entre son Siège de Genève et ses six Bureaux régionaux. Chaque bureau régional a son propre organe directeur, qui décide de l'affectation des fonds. Actuellement, la Région européenne reçoit environ 6% du budget total de l'OMS, mais les contributions volontaires représentent une source de fonds de plus en plus importante. Les pays de la Région européenne financent près de la moitié du budget ordinaire de l'OMS et lui apportent une proportion plus élevée encore des fonds volontaires.

C'est en principe la situation géographique qui détermine l'appartenance à l'une des six régions. Aujourd'hui, la Région européenne s'étend du Groenland au nord-ouest, à la côte pacifique de l'URSS, à l'est, en passant par Malte, la Turquie et Israël au sud.

Comment l'Europe pourrait se porter ...

Les travaux du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, tels qu'ils ont été décrits dans ce rapport, visent délibérément à changer l'orientation de l'action menée en matière de santé en Europe. Comme le montre bien la politique européenne de Santé pour tous, ce sont la santé et le bien-être des enfants et des générations futures qui sont en jeu. Si le mouvement de la Santé pour tous aboutit, tous les enfants de la Région auront une bien meilleure chance :

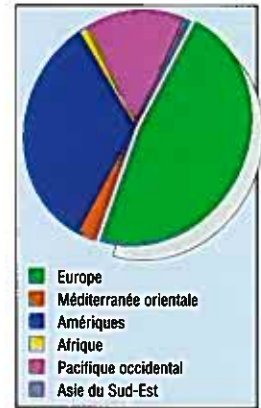
- de naître en bonne santé à l'issue d'une grossesse désirée et d'avoir des parents qui ont le temps, les moyens et les aptitudes nécessaires pour les élever et s'occuper d'eux comme il convient;
- d'être éduqués dans des sociétés qui souscrivent aux valeurs fondamentales d'une vie saine et encouragent les choix individuels librement exercés;
- de bénéficier des conditions essentielles à la santé, d'être protégés efficacement contre la maladie et l'invalidité, et d'être soignés s'ils en sont néanmoins victimes.

En outre, tous les individus auront une chance égale :

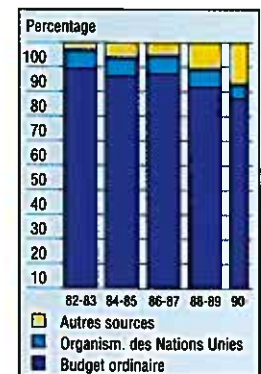
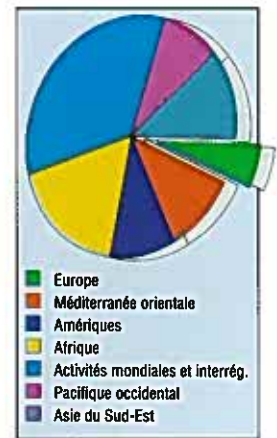
- de vivre dans un cadre social stimulant, à l'abri du risque de guerre, et d'avoir la possibilité de jouer un rôle économique et social actif au sein de la collectivité;
- de vieillir dans une société qui les aidera à conserver leurs capacités physiques, mentales et sociales, leur assurera une retraite sûre au cours de laquelle la vie conservera son sens, leur prodiguera des soins en cas de besoin et, enfin, leur permettra de mourir dans la dignité.

Il s'agit là d'un défi qui touche au plus profond des aspirations humaines. En progressant ensemble vers la Santé pour tous, les Etats Membres ne se borneront pas à assurer une santé et une vie meilleures pour tous les Européens. Ils contribueront en outre à créer une solidarité et une entraide dans la santé qui transcenderont les divisions politiques, culturelles et ethniques et conduiront l'Europe à une paix et à une stabilité durables.

17



Proportion du budget ordinaire affectée à chaque région (ci-dessous) et payée par chaque région (ci-dessus), en 1990



Répartition du budget du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe par source de fonds



Organisation mondiale de la santé
Bureau régionale de l'Europe
Copenhague

OMS, Publications régionales
Série européenne N° 41

ISBN 92 890 2304 X

Fr.s. 12.-

**METEOSAT image supplied
by the European Space Agency**

