

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

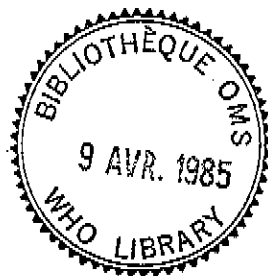
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Conseil consultatif régional sur le
développement sanitaire



ICP/GPD 003
EUR/EXM/80.1
Diffusion restreinte
2 mars 1980

Rapport sur une réunion de planification

Copenhague
28-29 février 1980

Le présent rapport est destiné à rendre compte des principales conclusions de la réunion de planification. Il s'agit d'un rapport destiné au seul Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et plus précisément à l'information du Directeur régional et de ses collaborateurs sur les stratégies régionales possibles pour réaliser l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Accessoirement, le rapport servira d'aide-mémoire au Secrétariat de l'OMS, lorsqu'il exposera au Conseil consultatif régional sur le développement sanitaire les grandes lignes du mandat envisagé.

SOMMAIRE

	Page
1. Introduction.....	1
2. Portée et objectifs	1
3. Les soins de santé en Europe - problèmes présents et futurs	2
4. Répercussions de ces problèmes	6
5. Stratégies nationales en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000	6
6. Stratégies régionales en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000	8
7. Principales incidences sur le programme du Bureau régional.....	9
Annexe - Liste des participants.....	13

1. Introduction

Le Dr Leo A. Kaprio, Directeur régional, souhaitant la bienvenue aux participants, a fait état de l'ampleur de l'initiative de l'OMS, qui se propose de réaliser la santé pour tous les habitants de la terre d'ici l'an 2000. Il a attiré l'attention sur la nécessité pour les États européens d'élaborer des stratégies valables, de les mettre en oeuvre et de tirer parti de cette initiative, qui constitue une occasion exceptionnelle à maints égards non seulement dans la mesure où elle aura un effet notable sur la santé dans la Région, mais en ce sens qu'elle influencera aussi l'activité d'autres secteurs. La réunion a été délibérément peu formaliste, afin de multiplier les possibilités de réflexion en commun et de susciter des idées; elle n'avait d'ailleurs aucune prétention à constituer un examen exhaustif de tous les problèmes.

Le Dr Asvall a été porté à la présidence et le Dr Pendreigh désigné comme rapporteur. On trouvera en Annexe une liste complète des participants.

2. Portée et objectifs

L'un des buts à long terme de l'Organisation mondiale de la Santé consiste dans l'instauration de la santé pour tous, considérée comme l'un des droits de l'homme et un objectif social mondial; il est admis que la santé est essentielle à la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme et au maintien de la qualité de vie. Les États Membres ont maintes fois confirmé les engagements en ce sens. En mai 1977, l'Assemblée mondiale de la Santé affirmait que "le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies doit être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive". En septembre 1978, la conférence internationale OMS/FISE sur les soins de santé primaires a adopté la Déclaration d'Alma-Ata qui souligne le rôle moteur des soins de santé primaires dans l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et invite tous les gouvernements à formuler des orientations, des stratégies et des plans d'action nationaux afin de promouvoir ces soins dans le cadre d'un système de santé national, et à les coordonner avec les autres secteurs. En mai 1979, l'Assemblée mondiale de la Santé adoptait la résolution WHA32.30, décidant que l'élaboration des programmes de l'Organisation et l'affectation de ses ressources aux niveaux mondial, régional et national doivent refléter l'engagement de l'OMS au regard de la priorité dominante, qui est l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. On a jugé que les propositions du Conseil exécutif, rapportées dans le document intitulé "Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000" constituent une base rationnelle pour l'élaboration et la mise au point de ces stratégies, qui devraient être formulées en premier lieu par les pays eux-mêmes.

Pour promouvoir la santé d'ici l'an 2000 dans tous les États Membres, il importe de formuler des stratégies régionales. Parmi les activités préliminaires dans la Région européenne, on citera l'adoption par le Comité régional, à sa vingt-neuvième session (Helsinki, septembre 1979), de la résolution EUR/RC29/R6 priant instamment les États Membres de revoir leur politique de développement sanitaire dans l'optique de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, tel qu'il s'applique aux problèmes de la Région européenne, et de promouvoir une approche intersectorielle des activités mises en oeuvre pour atteindre cet objectif. Le Directeur régional a été invité à poursuivre l'étude au niveau régional, en prévision des débats de la trentième session du Comité régional, qui se tiendra à Fès (Maroc), en octobre 1980, au cours de laquelle on pourra évaluer les progrès et formuler des stratégies régionales.

Compte tenu de ce qui précède, le Directeur régional a décidé de créer un Conseil consultatif régional pour le développement sanitaire (CCRDS), chargé de le conseiller quant aux aspects pratiques du programme de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Le Conseil étudiera les problèmes de santé prioritaires dans la Région et formulera des stratégies destinées à promouvoir la santé pour tous d'ici l'an 2000; à cette fin, il conviendra de mettre en place des programmes nationaux de développement sanitaire dans les divers États Membres et de définir l'orientation voulue pour le programme du Bureau régional.

Un questionnaire sur ces problèmes a été envoyé à tous les pays. Se fondant sur les avis du Conseil et sur l'analyse des réponses reçues à ce questionnaire, le Directeur régional soumettra à la trentième session du Comité régional - qui se tiendra à Fès en octobre 1980 - un rapport sur les stratégies régionales proposées. Un rapport sera soumis après la session à la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.

3. Les soins de santé en Europe - problèmes présents et futurs

3.1 Généralités

Le groupe a dès l'abord formulé les observations générales suivantes.

Bien que plus homogènes, en règle générale, que dans les autres Régions de l'OMS, les situations, dans la Région européenne, sont très variables.

Les buts et les objectifs doivent être fonction de l'échelle des valeurs et de l'attitude des sociétés en cause; ce secteur est actuellement très débattu. De nombreuses valeurs anciennes tendent à disparaître sans avoir encore été remplacées par d'autres. La société se trouve maintenant confrontée à des choix essentiels : notre technologie sanitaire et médiale, déjà complexe, doit-elle être encore développée ? Mourir dignement doit-il constituer un objectif ? L'opération devrait-elle se proposer pour but véritable d'apprendre à chacun à résoudre ses propres problèmes de santé ?

Le groupe a constaté que les problèmes actuels sont, dans une large mesure, évoqués dans le rapport du Directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région européenne en 1978, qui fournit une documentation excellente sur bien des points. Il traite des questions les plus diverses : recherche sur la santé de la famille, aspect économique des soins de santé, risques de maladies professionnelles, accidents de la route, éducation pour la santé, maladies de civilisation, etc.

3.2 Tendances démographiques

Les participants ont ensuite examiné un groupe majeur de secteurs qu'ils ont jugés critiques, en ce sens qu'ils sont tributaires de variables d'ordre démographique; les informations sur cette question ont été, pour une vaste part, présentées par le Professeur Cliquet. Le tableau ci-après fait état des rapports constatés par le groupe entre dynamique des populations, problèmes de santé et mesures possibles.

Tableau 1

Rapports existant entre la dynamique des populations,
les problèmes de santé et l'activité de l'OMS

Variables démographiques	Variables de santé	Secteurs d'activités possibles (pays et OMS)
<u>I. Facteurs d'exposition à la fertilité</u>		
- accroissement du nombre de rapports avant le mariage, à un âge de plus en plus précoce	- grossesses non désirées - très jeunes mères	- progrès de l'éducation - soins de santé disponibles
- accroissement du nombre d'unions librement consenties		
- mariages et remariages de plus en plus en fonction de la volonté individuelle plutôt que des pressions sociales	- problèmes de santé mentale	- développement des conseils en éducation

Tableau 1 (suite) Rapports existant entre la dynamique des populations,
les problèmes de santé et l'activité de l'OMS

Variables démographiques	Variables de santé	Secteurs d'activités possibles (pays et OMS)
II. Fertilité		
- fertilité effective : baisse de la moyenne et de la variance, d'où uniformité croissante de la taille des familles	- nombre d'enfants inférieur à 5 : effets favorables sur la santé maternelle et infantile	- progrès de l'éducation en faveur des familles de moins de 5 enfants
	- niveau de renouvellement des générations non atteintes	
	- modifications à long terme de la composition génétique (diminution des possibilités de sélection)	- incidences d'une éventuelle insuffisance des mélanges génétiques
	- une petite minorité de grandes familles tend à se constituer en groupes critiques, en raison du faible niveau et d'aptitudes, d'éducation, de problèmes d'emploi et d'une situation sociale médiocre	
- régulation de la fertilité (moyens contraceptifs)	- grossesses non sédirées; avortements	- éducation - services - conseils
- fécondité insuffisante (certaines thérapies de remplacement entraînent un accroissement de la fertilité)	- modification à long terme de la composition génétique de la population par suite d'un relâchement de la sélectivité	- éducation
III. Mortalité et morbidité		
- la baisse de la mortalité entraîne une longévité croissante	- dépendance croissante, notamment chez les plus de 80 ans	- constitution d'un cache-valeurs et de normes de services différents
- prolongation du processus de mort	- accroissement des souffrances	- éducation
- morbidité et mortalité croissantes, sous l'effet de la culture moderne (environnement et comportement)	- accroissement des problèmes de santé spécifiques des civilisations modernes	- processus de soins de santé

Tableau 1 (suite) Rapports existant entre la dynamique des populations, les problèmes de santé et l'activité de l'OMS

Variables démographiques	Variables de santé	Secteurs d'activités possibles (pays et OMS)
IV. <u>Migrations et mobilité</u>		
à l'intérieur des frontières :		
- accroissement	- risque accru de contamination	
- fréquentations	- problèmes de santé différenciés sur le plan social ou géographique	- éducation
voyages internationaux :		
- augmentation	- risques accrus de contamination	- services
- fréquentations	- problèmes de santé différenciés sur le plan social ou géographique	- organisation sociale
V. <u>Accroissement démographique et densité de la population</u>		
- augmentation, dans certaines circonstances, du surpeuplement	- développement de la pathologie sociale	- organisation sociale

3.3 Tendances épidémiologiques

L'information la plus fiable sur ces tendances reste fondée sur les données de morbidité. Celle-ci est très difficile à quantifier, malgré l'existence de renseignements sur la morbidité assez exacts concernant les patients hospitalisés; pour les soins de santé primaires, ils sont beaucoup moins nombreux. Il reste beaucoup à faire pour développer les données compte tenu des enquêtes réalisées sur les expériences des patients et sur leur perception de la morbidité. Les handicaps (locomoteurs et sensoriels) constituent évidemment aussi des paramètres biomédicaux qu'il conviendrait de mesurer.

Il a semblé que les principales tendances en Europe au cours des deux prochaines décennies seraient les suivantes :

a) On prévoit une augmentation continue du nombre de personnes âgées, notamment de plus de 75 ans. La charge pour les services que représente une telle tendance importe essentiellement. Cependant, en dépit du processus général de vieillissement de la population, il paraît peu probable que l'on assiste, sur le plan individuel, à une augmentation parallèle de la dépendance, car de nombreuses personnes âgées sont beaucoup plus à même de se suffire que leurs homologues des générations antérieures. La charge sociale totale sera néanmoins très lourde.

b) Il semble que l'on assiste d'ores et déjà à une légère diminution des maladies cardiovasculaires dans les pays où le taux de mortalité du fait de ces maladies était élevé; par contre, dans les pays où ce taux était précédemment faible, l'augmentation devrait se poursuivre pendant quelque temps.

c) Si l'on en croit le schéma qui commence à émerger au Royaume-Uni, le nombre de cancers du poumon pourrait diminuer dans d'autres pays de la Région.

d) Les accidents de la route pourraient être amenés à plafonner en un premier temps, puis commencer à décroître pour un certain nombre de raisons.

e) En règle générale, le taux de mortalité des enfants en bas âge tombera en deçà de 10 pour 1000 pour la plus grande partie de la Région. On devrait pouvoir mieux déceler à l'avenir les déficiences congénitales avant la naissance. Il conviendrait de tenir compte des effets de l'accroissement du nombre de maladies de caractère génétique lorsque des malades qui pourront être sauvés seront à même d'engendrer.

f) Le recours aux services de santé en général ne devrait guère décroître, mais l'utilisation des hôpitaux devrait baisser si les malades sont amenés à préférer les soins de santé primaires; on commence à observer cette tendance aux Pays-Bas.

g) L'absentéisme ostensiblement imputé à des maladies pourrait augmenter de façon notable, finissant par atteindre 50%.

3.4 Risques pour la santé dus à l'environnement

Le groupe considère qu'il s'agit là d'un secteur important, susceptible de provoquer de nombreux problèmes tant dans l'immédiat qu'à l'avenir. Les principaux risques inhérents au milieu ont pendant le dix-neuvième siècle dans l'ensemble été résolus; il faudrait cependant tenir compte que des étendues géographiques notables ont encore à lutter contre des problèmes fondamentaux (pureté de l'eau et hygiène des produits alimentaires). Dans l'ensemble, les Européens attachent une importance considérable à un bon environnement physique.

La situation actuelle et vraisemblablement future peut en gros s'énoncer comme suit.

a) Pollution atmosphérique : elle aurait tendance à décroître; il reste cependant des points noirs (exemple : Ankara).

b) Pollution industrielle : la pollution massive diminue mais des risques beaucoup plus subtils commencent à émerger. L'industrie adopte de 200 à 1000 produits chimiques nouveaux chaque année. L'accent est mis sur l'importance du milieu de travail, notamment dans le nord de l'Europe.

c) Pollution de l'eau : là encore les types grossiers de pollution diminuent, mais on reconnaît de plus en plus le danger des contaminants microchimiques, notamment du point de vue de leurs effets cancérogènes et mutagènes éventuels.

d) Pollution sonore : les risques liés au bruit sont en augmentation et le public se montre de plus en plus sensible au bruit et demandera sans doute des normes de contrôle plus strictes.

e) Radiations : on prête une attention croissante aux radiations non ionisantes.

f) Environnement physique général : on aura de plus en plus besoin de logements et d'un milieu de vie mieux conçu, compte tenu de la densité démographique et des facilités de transport.

g) Evolution des techniques : l'implantation des nouvelles industries et le réemploi des matériaux - en particulier ceux qui sont fondamentaux, comme l'eau - devront répondre à des critères plus rationnels. Le débat sur l'énergie est permanent, notamment pour ce qui est de l'utilisation croissante de l'énergie nucléaire. Il ne faut jamais perdre de vue la micro-électronique et ses incidences sur l'emploi et sur l'environnement en général. Quels sont les dangers inhérents aux méthodes de production biochimique (recours aux enzymes, etc.) ? L'évolution de la production alimentaire, de plus en plus propice à l'emploi d'aliments pré-cuisinés et/ou préemballés doit également faire l'objet d'une évaluation attentive.

h) Zones rurales : l'utilisation accrue de pesticides accroîtra sans doute les problèmes liés à la toxicité de l'environnement.

i) Aspects généraux de l'écologie humaine : il faut à cet égard débattre les choix individuels et collectifs en matière de schémas de comportement, de loisirs et de chômage. Le public devra aussi être amené à prendre conscience des nouvelles technologies de la santé et notamment de l'important facteur qui émerge dans ce secteur, à savoir la nature internationale de nombreux problèmes (pollution des fleuves comme le Rhin, acheminement des produits alimentaires, hygiène des transports aériens, migrations et tourisme).

Les échanges de vues ont fait apparaître clairement que la santé et l'environnement doivent être considérés en parallèle et par rapport aux autres facteurs socio-économiques (l'énergie, par exemple). Il semble indispensable d'adopter une approche et une formation multidisciplinaires et d'identifier les pénuries aiguës de main-d'oeuvre qui risquent de faire obstacle à l'évolution des stratégies valables. Ainsi, les toxicologues sont extrêmement rares. L'évaluation des risques dans le contexte global des dangers inhérents à l'environnement devra aller bien davantage au fond

des choses. Ainsi, est-il réaliste de considérer la saccharine comme un facteur significatif de cancer ? Les priorités des politiques officielles : isolation des habitations, prévention des accidents, diminutions du nombre de bâtiments très élevés, etc., devront être prises en considération.

4. Répercussions de ces problèmes

On trouvera ci-après une récapitulation des principales incidences que le groupe a considéré comme étant liées aux problèmes et questions évoqués : il faudrait évidemment se doter de meilleures méthodes d'évaluation préalable des risques et il conviendrait donc de les mettre au point.

Autre aspect des choses, lié aux précédents, encore qu'un peu différent : on devrait se donner les moyens de réaliser une évaluation préalable de l'impact des facteurs qui émergent jour après jour, notamment dans le contexte de l'environnement et du comportement.

L'épidémiologie, dans "l'environnement de loisirs" distingué de "l'environnement de travail", ne semble pas encore être en mesure d'identifier assez rapidement les tendances indicatrices de facteurs négatifs pour la santé. Dans ce domaine aussi, la technologie devrait être mieux développée. Il conviendrait d'adopter une approche plus globale et moins fragmentaire à l'étude de nombreux problèmes nouveaux. Un effort multidisciplinaire notable s'impose. La plupart de ces problèmes sont d'une certaine manière liés à l'écologie et au style de vie; ces facteurs peuvent presque certainement être traités comme un tout, sans égard aux limites sectorielles.

Les problèmes sont devenus si complexes et si multifactoriels que l'on devrait s'efforcer de les résoudre par la méthode des modèles.

Il semble que les structures gouvernementales sont fréquemment peu à même de résoudre les problèmes intersectoriels ou d'inciter à la collaboration avec d'autres gouvernements sur des questions d'intérêt commun.

De nombreux problèmes, étant internationaux, doivent être résolus par des groupes d'Etats.

On a sans doute sous-estimé les effets de l'évolution rapide de l'environnement, de la société et des comportements et le stress qu'elle entraîne, et il conviendrait de les évaluer.

Il semble que les valeurs conventionnelles tendent à se modifier; tant qu'elles n'auront pas été remplacées par d'autres, il sera sans doute malaisé d'élaborer un cadre conceptuel dans lequel les problèmes pourront être envisagés.

La façon dont les attitudes et les rapports familiaux affectent les concepts en matière de santé n'est pas clairement établie.

Un nouveau phénomène se dégage sans ambiguïté, à savoir que les tendances du comportement et autres risquent de se trouver subitement biaisées dès lors qu'elles ont été identifiées et relatées par les grands moyens de communication. Pour utiliser à bon escient les moyens de communication de masse en faveur de l'éducation pour la santé et de la composition d'un style de vie, il faut procéder à une sérieuse mise au point.

La santé est de plus en plus considérée comme une ressource précieuse en soi. Le capital santé de nombreux individus est entamé moins par les maladies classiques que par les pressions sociales. L'émergence de différents types d'insatisfaction participe aussi à une perception altérée du concept de santé. Il semble qu'à tout cela soit lié un abaissement général des seuils, aussi le niveau auquel les individus tombent malades ou sont plus insatisfaits est plus bas que dans le passé.

En matière de services de santé, la complexité des rapports entre utilisation des ressources, comportement du patient et comportement des professionnels de la santé est mal définie et appréciée.

5. Stratégies nationales en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le groupe a identifié les grands thèmes suivants.

La planification et la gestion des services de santé tendent à revêtir une forme bureaucratique et technocratique. Il est tout à fait légitime de souligner la nécessité d'une approche rationnelle et scientifique, mais on est forcé à s'interroger au préalable sur ce qu'est le raisonnement scientifique. Est-il tributaire des sciences médicales, biologiques, sociologiques ou politiques ? En effet, chacun de ses éléments y contribue, mais il n'est que trop fréquent de constater

que c'est le modèle biomédical ou "directoral" qui l'emporte. Des efforts considérables seront peut-être nécessaires pour bien comprendre les modalités effectives de la prise de décision et il faudra vraisemblablement entreprendre d'abord des recherches et puis une éducation. Il n'est pas douteux, d'autre part, que la planification de la santé est un processus politique et social et non pas simplement une affaire technocratique.

Les plans et stratégies nationaux se justifient essentiellement dans la mesure où ils constituent un moyen de structurer les décisions politiques et d'amener les responsables à en prendre à intervalles réguliers.

On ne sait pas bien de quelles ressources un individu doit disposer en une période particulière, et dans une société nationale donnée, pour conserver son bien-être, ni la façon dont la société exerce des influences sur lui. Comment la société devrait-elle s'adapter aux besoins changeants des individus en matière de santé et de bien-être ? Les stratégies nationales devraient se donner comme l'un de leurs objectifs majeurs la réponse à cette question.

Toute stratégie nationale devrait sans doute se doter d'un élément important, consistant à guider les individus vers la participation et l'auto-assistance en matière de santé, plutôt que de leur assurer des services de masse.

Des exemples de stratégies nationales de la santé ont été examinés. Tous étaient orientés sur les services et mettaient essentiellement l'accent sur le secteur sanitaire proprement dit :

- a) amélioration des soins aux personnes âgées, notamment de plus de 75 ans, y compris par la prestation des services psychogériatriques; passage aux soins collectifs; amélioration des soins fortuits aux vieillards hospitalisés pour une maladie grave;
- b) amélioration des programmes destinés aux malades mentaux, notamment en accroissant le soutien et les soins assurés par la collectivité;
- c) amélioration des programmes destinés aux groupes mal desservis (invalidités de longue durée, etc.);
- d) législation sans cesse plus rigoureuse pour lutter contre le développement des risques liés à l'environnement;
- e) identification dans les collectivités nationales des groupes défavorisés en termes socio-économiques, pédagogiques, sanitaires et d'emploi, et réorientation des services, en vue de mieux répondre à leurs besoins;
- f) l'accent doit être mis bien davantage sur les soins collectifs et primaires distingués des soins institutionnels et spécialisés;
- g) décélération de la croissance du service hospitalier d'urgence et spécialisé.

A ces stratégies sont invariablement sous-jacents les principes de l'égalité de chances pour chacun dans le domaine de la santé et de la disponibilité des services en dépit de l'implantation géographique ou de la situation socio-économique de l'individu. Compte tenu de ces principes, on a été amené à envisager des formes plus équitables de répartition des ressources, fondées sur la structure démographique, de l'utilisation des services et sur les données de morbidité, ou parfois de mortalité. En outre, dans un souci d'efficacité, on s'est efforcé de répartir les différentes fonctions de planification entre plusieurs niveaux, à partir du niveau national et en précisant les rapports existant entre les différents plans et en mettant au point des procédures de planification cycliques et répétitives. A cette fin, il a fallu bien évidemment renforcer la recherche essentiellement sur les services de santé eux-mêmes, faire appel de plus en plus à la participation des prestataires aussi bien que des utilisateurs de soins de santé et améliorer les méthodes de gestion. Ces notions de stratégie sont incontestablement à encourager; du reste, on peut se donner des fondations beaucoup plus larges, qui tiennent compte des principales tendances sociales et reposent sur une coopération intersectorielle effective.

Il a semblé prudent de se demander s'il est réaliste pour l'Europe de se donner pour objectif la santé pour tous d'ici l'an 2000, compte tenu de son niveau de vie et de santé généralement élevé. En pratique, on pourrait viser à maintenir les normes de santé actuelles, ce qui pourrait n'être réalisable qu'à condition d'identifier rapidement les problèmes futurs, puis d'adopter des stratégies permettant à la société de lutter contre eux.

6. Stratégies régionales en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Le groupe a considéré que la plupart des pays de la Région européenne présentent les caractéristiques suivantes :

- a) bon niveau de vie;
- b) diminution de la gravité des maladies infectieuses;
- c) sociétés fondées sur des concepts clairs de démocratie et d'équité;
- d) sociétés créatives sur le plan culturel.

Toutefois, l'Europe doit rapidement choisir si elle souhaite se doter d'une technologie sanitaire et médicale de plus en plus complexe ou d'un ensemble plus rationnel et plus approprié de stratégies mettant l'accent sur la prévention, sur une meilleure éducation pour la santé et la vie au sens le plus large, ou si elle préfère adopter, en matière de santé, une approche plus indépendante et plus autonome de la part de l'individu. La société doit, de manière plus fondamentale que dans le passé, se colliétrer avec les maladies induites par son comportement : alcoolisme, tabagisme, abus des drogues et stress en général, enfin, aspects de plus en plus complexes de la pollution de l'environnement.

Parmi les secteurs susceptibles de progresser en vertu d'une approche régionale, nombreux sont ceux qui reflètent tout naturellement la philosophie actuelle en matière de stratégies nationales :

- a) les soins aux personnes âgées, notamment de plus de 75 ans;
- b) la santé mentale;
- c) la législation du contrôle de l'environnement;
- d) la planification familiale et l'avortement;
- e) les invalidités de longue durée;
- f) l'assistance aux sous-privilegiés (habitants des bidonvilles, etc.) et plus particulièrement tous les aspects des soins de santé primaires.

Il semblerait toutefois que l'on doive doter tous ces secteurs d'un nouveau cadre de valeurs sociales. Des politiques pourront alors être formulées, des objectifs identifiés et quantifiés et enfin des approches qui permettront sûrement de réaliser ces objectifs pourront être conçues.

Point important à considérer : le cadre temporel lié à toute proposition ou stratégie. De nombreuses stratégies pourraient évidemment ne pas être mises en oeuvre entièrement d'ici l'an 2000 par suite d'une insuffisance fondamentale de connaissances et de qualifications, concernant la dynamique véritable des problèmes et leurs solutions possibles. Ainsi, l'évolution des schémas de comportement social pourrait demander plus longtemps, mais certaines applications peuvent être mises en oeuvre à plus bref délai : soins aux personnes âgées, amélioration des soins de santé primaires, par exemple. La réalisation de différents types d'objectifs supposera donc l'adoption de différents calendriers d'activités.

En examinant comment des stratégies régionales réalistes et utiles pourraient être mises en oeuvre, le groupe a décelé les principaux secteurs ci-après.

a) Identification de domaines critiques en matière de recherche. De telles activités sont évidemment nécessaires dans les secteurs suivants :

- validité et fiabilité des indicateurs de l'état de santé;
- efficacité des soins de santé;
- rapports de la santé avec d'autres secteurs et moyens d'améliorer la coordination et la liaison entre ces différents secteurs;
- analyse des politiques et moyens de l'affiner;
- résolution de conflits entre l'individu, les concepts et les orientations;
- attitudes et échelles de valeurs chez les populations, mais aussi parmi les professionnels de la santé et autres, qui les desservent.

b) Promotion d'échanges de vues, d'informations et d'activités. Il est apparu que, pour ce faire, on pourrait procéder à la fois par les moyens classiques d'échange d'informations (réunions, séminaires et distribution de documentation, etc.) et par la création de réseaux de centres de collaboration.

Les débats ont montré à l'évidence que l'on pourrait bien être fondé à raisonner en termes de stratégies pour l'ensemble de la région ou pour certaines sous-régions particulières, certains problèmes n'affectant pas toute la Région. Ainsi, les pays d'une sous-région pourraient souhaiter collaborer pour des questions telles que la pollution des fleuves. Les différents sous-groupes politiques en Europe pourraient aussi, le cas échéant, être aménagés de manière à servir de cadres à une collaboration éventuelle en matière de santé. Il faut admettre les facteurs de divergences, tels que les différences de culture, de systèmes politico-administratifs, de structures économiques et d'organisation des services de santé et non pas les considérer comme des obstacles insurmontables.

Ayant examiné les problèmes de "contenu" propres à la Région, le groupe s'est chargé de déterminer comment ils se traduisent sur le plan fonctionnel et méthodologique, car il a semblé en effet que cette stratégie est plus rentable, pour le Bureau régional, du point de vue de l'identification de mesures utiles et pratiques. Les catégories suivantes de problèmes sont ainsi apparues :

- a) compréhension insuffisante des facteurs économiques, de planification et de gestion, ainsi que des incidences sociales de services de santé, voire des rapports exacts existant entre les activités sanitaires et connexes et leurs résultats;
- b) connaissance insuffisante des bon usages et de l'expérience acquise; de nombreux événements utiles et pertinents se produisent sans que tous en aient connaissance;
- c) pénurie évidente d'effectifs dans certains secteurs, exemples : toxicologues et planificateurs;
- d) problèmes communs à plusieurs Etats : ils sont de plusieurs sortes :
 - physiques : pollution des fleuves, etc.;
 - culturels : lorsque la circulation de drogue, d'alcool, de voitures, voire d'idées, a engendré des problèmes;
 - démographiques : les importantes migrations de travailleurs et de touristes ont créé toute une nouvelle gamme de problèmes;
- e) l'inaptitude du secteur de la santé a influencé les activités d'autres secteurs;
- f) absence d'une base juridique commune destinée à l'exercice du contrôle des divers aspects de l'environnement (encore que certains groupes sous-régionaux disposent d'ores et déjà d'une panoplie de mesures communes);
- g) procédures d'évaluation technique mal adaptées à l'évolution des questions de santé et connexes.

Le groupe de planification a jugé que, au cours de ses brèves délibérations (deux jours), il a identifié les principaux problèmes auxquels se trouve confrontée la Région européenne de l'OMS et qu'il a déterminé s'il s'agit de problèmes de nature fonctionnelle ou méthodologique, afin de permettre au Bureau régional de percevoir plus clairement comment les affronter. La prochaine étape consiste à examiner dans quelle mesure le dispositif actuel de l'OMS est à même de les traiter et à suggérer d'autres mécanismes applicables. Avant de formuler la moindre suggestion, il conviendrait de supposer que des analyses détaillées seront à l'avenir réalisées pour l'ensemble de la Région par des groupes techniques d'experts.

7. Principales répercussions sur le programme du Bureau régional

Compte tenu de ce qui précède, le groupe de planification a été d'avis que l'on devrait prévoir des répercussions sur les activités du Bureau régional dans les grands domaines suivants.

7.1 Développement de la base d'informations

Le fait que l'information recueillie est ou non complète constitue l'un des problèmes particuliers. Tous les pays devraient être encouragés à recueillir des informations plus exhaustives sur la santé et les domaines connexes. La base des activités de planification et d'évaluation s'en trouverait améliorée et tiendrait compte de paramètres dont on pense maintenant qu'ils ont leur importance quant à l'assise des stratégies de développement de la santé. Il pourrait également se

révéler utile de se servir de pays "antennes" ou "indicateurs" pour identifier les tendances, etc. Le Bureau régional pourrait se donner comme objectif de participer à l'élaboration d'un système national type d'informations sur la santé.

Le groupe de planification s'est penché d'abord sur la structure d'un tel modèle informatique. Selon lui, il conviendrait d'y inclure des éléments des divers ordres suivants :

- a) démographique;
- b) culturel : attitudes, échelle des valeurs, style de vie, etc.;
- c) socio-économique : classes sociales, éducation, emploi, budget familial, logement, etc.;
- d) sanitaire : mortalité, morbidité, infirmités, etc. (il faut cependant élaborer d'autres indicateurs de l'état de santé qui ne seraient pas nécessairement axés sur les facteurs purement biomédicaux);
- e) financier (et autres catégories de ressources) : finances, hôpitaux et lits, personnel, utilisation, organisation, etc.;
- f) environnemental : identification de différents facteurs de risque;
- g) de technologie sanitaire;
- h) politique.

Le modèle informatique présente la caractéristique de fournir à la collectivité dans son ensemble, et plus spécifiquement à ses différents sous-groupements, ainsi qu'aux professionnels de la santé et autres, une rétro-information, laquelle se propose pour principaux objectifs notamment de stimuler le dialogue.

Il importe d'établir une liste des centres qui examinent les aspects nationaux de l'information sur la santé en général, mais éventuellement aussi de ceux qui se spécialisent dans certaines fonctions individuelles de rassemblement et d'analyse de l'information sur la santé.

L'utilisation, dans les conditions actuelles, de l'information disponible comporte un important problème. En effet, il conviendrait de faire bien davantage, semble-t-il, tant sur le plan national que régional, pour obtenir une analyse de la situation actuelle, des tendances passées et des développements futurs probables. Le Bureau régional pourrait inciter les pays à remettre en question leur politique sanitaire et à réexaminer leurs stratégies, pour mettre davantage l'accent sur la prévention, en produisant occasionnellement des documents exhaustifs contenant des études prospectives sur les tendances européennes pour les décennies à venir dans les domaines de l'accroissement démographique, de la situation sanitaire, des facteurs de risque pathologiques, de la technologie de soins de santé, de la consommation de ces soins, de la production de ressources et autres facteurs similaires. Parmi ces prévisions, il conviendrait d'accorder une place de choix à l'analyse des "scénarios" schématisant les options possibles en matière de soins de santé et montrant sous une forme imagée différentes méthodes pour éviter d'éventuels problèmes futurs en matière de santé et de soins de santé.

7.2 Incidences sur la recherche

On trouvera ci-après une analyse des principales incidences sur la recherche, pour ce qui concerne le Bureau régional :

a) Le Bureau régional devrait inciter à une évaluation technologique, selon des critères plus appropriés, du matériel que ne cessent d'adopter les services de santé. Cette fonction devrait s'exercer essentiellement sur le plan national; il n'est cependant pas douteux que le Bureau a un rôle de coordination et, si l'on avait recours à différents centres, ceux-ci pourraient se spécialiser dans différentes formes d'évaluation de l'équipement. Au titre des applications importantes de ce concept, on citera la mise en place des procédures initiales, l'élaboration d'un système de détection précoce des déficiences en train de s'installer lorsqu'un type de matériel donné aura été adopté dans les services de santé.

b) L'OMS pourrait en outre encourager et favoriser la création de centres spécifiques d'évaluation technologique des nouvelles méthodes médicales et chirurgicales.

c) Il conviendrait d'explorer la rentabilité globale des systèmes de santé.

d) Le secteur des problèmes périnataux constitue un domaine où des recherches s'imposent. Ces recherches pourraient suivre le schéma de celles qui sont d'ores et déjà réalisées au Royaume-Uni. Les recherches sur la morbidité chez les jeunes enfants pourraient également se révéler fructueuses.

e) On pourrait enfin faire oeuvre utile en étudiant les différents types et combinaisons de services auxquels on pourrait faire appel pour assurer des soins optimaux aux personnes âgées.

Il faudrait se proposer comme l'un des principaux objectifs de déplacer l'accent de la recherche du domaine biomédical vers celui des services de santé et s'assurer que l'on procède également à des recherches sociologiques poussées sur les attitudes et les comportements. Les centres engagés dans différents aspects de ces recherches pourraient constituer les divers maillons d'un réseau. La formation appropriée des chercheurs est un corollaire important de ce concept. L'OMS a de toute évidence un rôle à jouer dans l'identification des centres de recherche et des individus appropriés et se doit de stimuler l'activité dans ce domaine. Elle pourrait même être amenée à entreprendre de son côté certaines recherches sur les services de santé.

Il conviendrait d'impartir aux généralistes, administrateurs et gestionnaires des notions sur les différents types de recherche applicables aux services de santé; il serait d'autre part indispensable de former un corps d'élite de chercheurs à plein temps. Les difficultés inhérentes aux rapports entre d'une part chercheurs et universités en général et d'autre part prestataires de services ont été examinées et l'on a évoqué les avantages et les inconvénients d'une recherche indépendante par rapport à une recherche dans le cadre des services de santé. Il est apparu que la recherche dans son ensemble devrait présenter les caractéristiques suivantes :

- a) elle devrait être de qualité exceptionnelle;
- b) elle devrait être indépendante;
- c) elle devrait porter sur des problèmes concrets;
- d) elle devrait accéder librement aux systèmes et institutions composant les services de santé.

Le Bureau régional devrait attirer l'attention des gouvernements sur le fait qu'il est souhaitable que chaque ministère de la santé se dote d'un dispositif susceptible de recenser les conclusions des recherches réalisées et de garantir que ces informations seront mises à la disposition des organes délibérants, aux fins d'analyse. Les ministères, mais aussi l'OMS, devraient améliorer la liaison avec chaque service de recherche. Gouvernements et ministères devraient en outre exploiter dans une plus large mesure les données internationales de recherche. En fait, le Bureau régional devrait envisager de traduire dans les langues de travail du Bureau les travaux parus dans les langues "minoritaires" et les publications de l'OMS devraient à l'occasion être traduites dans ces langues "minoritaires".

Le groupe s'est dit intéressé par l'étude élaborée conjointement par la Belgique et la Pologne, pour explorer les modalités de la mise en oeuvre de la Déclaration d'Alma-Ata. Les travaux en cours sur les soins de santé primaires dans les pays de la CEE pourraient peut-être être répétés pour les pays ressortissant du CAEM et l'auto-assistance pratiquée par les patients eux-mêmes devrait être étudiée. Compte tenu de ce qui précède, le Bureau régional pourrait être amené à s'assurer les services d'un groupe de sociologues, et plus précisément de médecins sociologues, pour le conseiller.

7.3 Structures et initiatives possibles de l'OMS

On ne manquera pas de noter que l'on s'est particulièrement attaché aux domaines de l'information, de la recherche et de la formation; c'est d'ailleurs dans ces secteurs que l'OMS devrait promouvoir et stimuler l'activité, tout en se consacrant aussi à la motivation et à la promotion. A cette fin, l'OMS devrait peut-être viser à produire une charte européenne de la santé, reposant sur une assise très large, à laquelle la plupart des Etats de la Région se sentiraient capables de souscrire. Les ministres de la santé seraient vraisemblablement chargés d'examiner ce point et de se mettre d'accord.

Le Conseil consultatif régional pour le développement sanitaire est considéré comme le principal organisme chargé de conseiller le Directeur régional quant à l'orientation à donner à l'une ou l'autre de ces activités. Cependant, un groupe directeur de spécialistes et d'experts techniciens devrait être mis en place, pour identifier et coordonner les études et activités que l'OMS devrait entreprendre. Ce groupe directeur serait guidé par une série de groupes de techniciens chargés de domaines spécifiques : recherche, information, etc.

L'organisation, par le Bureau régional, de séminaires des directeurs généraux de la santé ou médecins-chefs des États Membres pour les intéresser à ces activités a, de son côté, été examinée et l'on a conclu que ces séminaires devraient présenter un caractère officieux et peu contraignant, l'accent étant mis sur la créativité et l'exposition d'idées et donner la priorité aux problèmes et stratégies liés à l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

LISTE DES PARTICIPANTS

CONSEILLERS TEMPORAIRES

Professeur R.L. Cliquet
Centre d'études de la Population et de la Famille, Manhattan Center, Bruxelles, Belgique

Dr D.M. Pendreigh
Department of Community Medicine, Usher Institute, Edimbourg, Ecosse

Professeur Tapani Purola
Department of Social Policy, University of Helsinki, Helsinki, Finlande

Professeur Magdalena Sokolowska
Université catholique de Louvain, Département de Sociologie, Louvain, Belgique

ORGANISATON MONDIALE DE LA SANTE

Bureau régional de l'Europe

Dr J.E. Asvall
Directeur de la Gestion des programmes

Dr Z. Brzezinski
Fonctionnaire régional pour l'Epidémiologie

Dr H. Vuori
Fonctionnaire régional pour les Soins de santé primaires

M. J.T. Waddington
Directeur de la Promotion de la salubrité de l'environnement