



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Cinquante-quatrième session**

Copenhague, 6–9 septembre 2004

Point 8 a) de l'ordre du jour

EUR/RC54/8
15 juin 2004
40210
ORIGINAL : ANGLAIS

La stratégie européenne sur les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles est l'élément principal de la charge de morbidité dans le monde, en Europe plus que dans toute autre région de l'OMS. Ces maladies contribuent de façon considérable aux inégalités de santé dans la Région. Leurs causes sont connues et des interventions efficaces existent et sont mises en œuvre dans de nombreux pays d'Europe. Le potentiel d'amélioration de la santé est énorme, mais jusqu'à présent les avantages retirés de ces interventions sont variables, tant dans les pays qu'entre pays. Un certain nombre d'initiatives importantes ont été prises ces dernières années, aussi bien en Europe que dans le reste du monde, afin de mener une action de sensibilisation, d'informer les décideurs et d'inciter les États membres à agir. La lutte contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles bénéficie d'un degré de priorité politique plus élevé depuis quelques années, mais on n'a pas encore adopté une démarche globale à l'égard des mesures visant à prévenir et à combattre ces maladies.

Le présent rapport examine la situation, en indiquant les réussites mais en soulignant qu'il importe d'agir. Il décrit les difficultés qui se posent et les problèmes de mieux en mieux compris, et présente les arguments en faveur d'une stratégie européenne spécifique concernant les maladies transmissibles, en vue de sa présentation au Comité régional en 2006.

Un projet de résolution est joint pour examen par le Comité régional.

Sommaire

	<i>Page</i>
Introduction	1
Importance du problème	1
Objet du présent document	1
Tendances récentes dans la Région européenne de l’OMS	2
Le problème actuel.....	2
Prévisions.....	3
Principales stratégies et axes d’action	5
Interventions.....	5
Principes d’action.....	6
Problèmes à résoudre.....	7
Systèmes de soins.....	7
Pauvreté et manque d’équité.....	7
Lacunes des connaissances	8
Politiques à mener.....	8
Les forces du marché	8
Réalisation d’un équilibre	9
Les fondements de l’action	9
Une stratégie européenne concernant les maladies non transmissibles.....	11
Références	12

Introduction

Importance du problème

1. Les maladies non transmissibles représentent une menace considérable pour la santé dans le monde, tant aujourd'hui que dans l'avenir. En 2002, elles ont été à l'origine de quelque 59 % des décès et de 47 % de la charge de morbidité mondiale¹ (1). Ces maladies constituent une charge de plus en plus lourde pour la santé des populations et les systèmes de santé, et elles menacent le développement économique et social. Parmi toutes les régions de l'OMS, c'est la Région européenne qui est la plus touchée.

2. Bien que l'on dispose de connaissances abondantes sur les causes des maladies non transmissibles et les interventions qui sont efficaces contre celles-ci, il reste beaucoup à faire pour que ces connaissances soient traduites dans la pratique, et que tous les groupes de la société et l'ensemble de la Région européenne en bénéficient. Il ne s'agit pas uniquement de favoriser des modes de vie sains et la responsabilité personnelle. Pour venir à bout de ce problème, il faut un engagement politique et des politiques claires à tous les niveaux des pouvoirs publics, en vue de mettre en place des environnements favorables.

Objet du présent document

3. À la suite d'une consultation d'experts de l'OMS qui a eu lieu en mai 2002, le directeur régional a proposé au Comité régional de l'OMS pour l'Europe, lors de sa session suivante, de renforcer le programme relatif aux maladies non transmissibles du Bureau régional de l'Europe, pour faire face à la charge de morbidité que représentent ces maladies, et d'élaborer une stratégie européenne en consultation avec les États membres. Cette initiative devait faire partie d'une stratégie mondiale visant à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles, et il a été proposé d'établir un rapport à ce sujet en 2004 au plus tard. Selon le calendrier convenu avec le Comité permanent du Comité régional (CPCR) en novembre 2003, un document conceptuel devait être examiné par le Comité régional en 2004, en vue de l'élaboration d'une proposition de stratégie européenne en 2006. Ce calendrier permettrait de procéder à des consultations approfondies avec les États membres au cours de la période 2004–2006, pour assurer la transparence et la durabilité de la stratégie, et de tenir dûment compte des résultats, obtenus dans l'intervalle, des conférences ministérielles et des plans d'action européens pertinents.

4. Le présent document examine la situation, met en évidence les problèmes qui subsistent, montre la nécessité d'une stratégie européenne sur les maladies non transmissibles et présente les grandes lignes de cette dernière. Il vise à stimuler un débat sur les principales questions et à demander aux États membres des orientations sur l'action future dans la Région européenne. Ce document est le résultat d'un processus qui a comporté trois réunions de fonctionnaires de l'ensemble du Bureau régional de l'Europe, des entretiens avec des responsables de 15 programmes pertinents de l'OMS, une réunion d'experts extérieurs avec la participation de membres du CPCR et de fonctionnaires de la Commission européenne et du Siège de l'OMS. Pour aller au-delà des résultats de la seule recherche scientifique, ce processus a fait participer des experts, des universitaires, des conseillers en matière de politiques et des décideurs. Le groupe de collaborateurs du Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) du Bureau régional avait établi une proposition destinée au directeur régional en novembre 2003, et celle-ci a servi de document de référence pour le processus. D'autres documents publiés ont été examinés en fonction des besoins.

5. Il convient de signaler d'emblée que, bien que les expressions « maladies non transmissibles » et « maladies chroniques » soient souvent utilisées indifféremment, il existe une différence de définition, de champ sémantique et de connotation de ces deux expressions. Les maladies chroniques sont des problèmes de santé qui exigent une prise en charge constante pendant un certain nombre d'années et de décennies. Outre les maladies non transmissibles, elles englobent des maladies d'origine infectieuse qui

¹ Mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité.

ont un caractère persistant. Certaines maladies non transmissibles peuvent avoir un caractère chronique et devenir des affections chroniques, mais ce n'est pas le cas de toutes. Cela dit, ce document porte principalement sur les maladies non transmissibles, étant donné que telle était la nature de la tâche confiée au secrétariat. Les décisions relatives à la terminologie et au domaine couvert par la stratégie dépendent de discussions lors de sessions du Comité régional et des orientations données par celui-ci. Cependant, le Siège de l'OMS a quant à lui choisi d'utiliser l'expression « maladies chroniques » et non « maladies non transmissibles ».

Tendances récentes dans la Région européenne de l'OMS

Le problème actuel

6. Pour 2002, il est estimé que 86 % des décès et 77 % de la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS étaient dus aux maladies non transmissibles et ces chiffres sont en augmentation. Sur le plan de la mortalité, les principales maladies non transmissibles² pour l'Europe en 2002 étaient les maladies cardiovasculaires, les cancers, les troubles respiratoires, les troubles digestifs et les troubles neuropsychiatriques. Il a été estimé que les contributions principales à la charge de morbidité, provenaient des maladies cardiovasculaires (23 %) et des troubles neuropsychiatriques (20 %), tandis que les cancers représentaient 11 %.

7. Les maladies cardiovasculaires (cardiopathies et accidents vasculaires cérébraux) ont causé plus de la moitié de l'ensemble des décès qui se sont produits en Europe en 2002. Au cours des 30 dernières années, la mortalité due aux maladies cardiovasculaires (tous âges confondus) a baissé régulièrement dans les pays développés d'Europe occidentale et certains nouveaux pays de l'Union européenne. En revanche, il s'est produit une augmentation générale de la mortalité dans les nouveaux États indépendants, avec un maximum vers 1994. En 2000, les chiffres moyens relatifs à la mortalité par maladies cardiovasculaires (tous âges confondus) pour les nouveaux États indépendants étaient trois fois supérieurs à ceux relatifs à l'Union européenne. Les cancers ont été à l'origine d'environ 20 % des décès en Europe en 2002, la cause principale de décès par cancer étant constituée par les cancers de la trachée, des bronches et des poumons.

8. La plupart des ressources des systèmes de santé sont affectées aux maladies chroniques. Dans la pratique des soins de santé en dehors des hôpitaux, environ 80 % des maladies traitées sont chroniques. Il est estimé qu'aux Pays-Bas, 23,2 % des dépenses de santé sont consacrées aux maladies mentales chaque année. En Suède, 6 % des dépenses de santé en 1998 ont été affectées aux soins relatifs au diabète de type 2 et, selon les prévisions relatives au Tadjikistan, 10,7 à 19,3 % des dépenses nationales de santé seront consacrées au diabète d'ici 2025. Au début des années 1990, le ministère fédéral allemand de la Santé estimait que les dépenses concernant les maladies liées au régime alimentaire dans le cadre du service de santé en Allemagne s'élevaient à environ 83,5 milliards de deutschemark, soit 30 % du total des dépenses de santé, la part la plus importante étant prise par les maladies cardiovasculaires (12 % du total des dépenses de soins de santé du pays).

9. Les effets économiques des maladies non transmissibles ne se limitent pas au coût des services de santé. Une proportion importante des dépenses de soins est prise en charge par les patients et leur famille. Les dépenses indirectes, liées à la perte de productivité sont presque aussi élevées et parfois plus élevées que les dépenses directes. En Suède, il a été estimé que les dépenses relatives au diabète sucré se répartissaient comme suit : 28 % pour les soins de santé, 31 % pour les municipalités et les parents et 41 % pour la perte de productivité. Au Royaume-Uni, le coût annuel total des maladies coronariennes en 1999 a été estimé à 7,06 milliards de livres, dont seulement 25 % concernaient le système de soins de santé, le reste correspondant à des dépenses de soins informels et à une perte de productivité. Environ trois quarts de la perte de productivité était due à la morbidité et non à la mortalité.

² En fonction de la proportion des décès causés par les différentes maladies.

10. Les maladies non transmissibles sont souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées. En Écosse et ailleurs, il a été constaté que l'hypertension n'était détectée que dans la moitié des cas ; parmi les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic d'hypertension, la moitié n'était pas traitée ; pour ceux qui étaient traités, l'hypertension n'était maîtrisée que dans la moitié des cas. Bien que la situation ait pu s'améliorer ces dernières années pour l'hypertension dans certains pays industrialisés, cette « règle des moitiés » est valable pour d'autres maladies chroniques, ce qui indique que le véritable fardeau économique pourrait être plus élevé encore que les chiffres mentionnés plus haut. Pour le Royaume-Uni, on estime que la mise en œuvre des meilleures pratiques dans quatre domaines (coronaropathie, maladies rénales, santé mentale et diabète) augmenterait les dépenses de traitement de ces maladies de 5 % à 9 % par an en termes réels.

Prévisions

11. Sur la base des tendances actuelles, on estime que les maladies non transmissibles seront à l'origine de 73 % des décès et de 60 % de la charge de morbidité d'ici 2020. Les facteurs de risque peuvent servir d'indicateurs de la situation sanitaire future et, si les données relatives aux maladies et à leur issue tendent à souligner la nécessité de services curatifs et palliatifs, les évaluations de la charge résultant des facteurs de risque permettent d'estimer le potentiel de prévention. Les facteurs de risque s'accumulent d'un bout à l'autre de la vie, du stade fœtal à l'âge adulte et la charge future de maladies chroniques correspond à l'accumulation sur la vie entière.

12. Un petit nombre de facteurs de risque sont à l'origine de la majeure partie de la charge de morbidité résultant des maladies non transmissibles. Dans les pays développés (qui englobent tous les pays européens), sept facteurs de risque seulement représentent la contribution principale à la charge résultant des maladies non transmissibles. Il s'agit du tabagisme, de l'abus d'alcool, de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie, du surpoids, de l'insuffisance de la consommation de fruits et de légumes, et du manque d'activité physique. Dans les pays développés, plus de la moitié de la charge de morbidité pour chacune des cinq affections principales (maladies cardiaques ischémiques, maladies cardiaques cérébrovasculaires, troubles dus à la consommation d'alcool, maladies pulmonaires obstructives chroniques et cancers de la trachée, des bronches et des poumons) est attribuable à seulement quatre facteurs de risque : le tabagisme, l'abus d'alcool, l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (tabagisme, mauvais régime alimentaire et manque d'activité physique, qui s'expriment par des hyperlipidémies, un indice de masse corporelle élevé et une hypertension) expliquent au moins 75 à 85 % des nouveaux cas de coronaropathie.

13. On estime que le tabagisme est à l'origine de 12,2 % de la charge de morbidité dans les pays développés. Environ 30 % de la population adulte fume en Europe, mais la prévalence varie selon le pays, le sexe et la catégorie socioéconomique. L'épidémie de tabagisme se développe parmi les femmes des pays à revenu élevé et augmente légèrement parmi les hommes des pays à faible revenu ; globalement, les hommes pauvres fument généralement plus que les hommes riches. Les taux de tabagisme des enfants d'âge scolaire augmentent dans certains pays européens et diminuent dans d'autres, et de grandes tendances géographiques émergent en ce qui concerne les différences d'un sexe à l'autre (2). Dans les États baltes et la République tchèque, par exemple, les taux de tabagisme quotidien parmi les garçons et les filles âgés de 15 ans ont augmenté dans une proportion pouvant aller jusqu'à 12 % au cours des quatre dernières années, tandis que le tabagisme quotidien parmi les enfants de 15 ans s'est stabilisé ou a baissé de moins de 5 % dans la plupart des pays d'Europe occidentale. La proportion de filles qui fument augmente et, parmi les adolescents de 15 ans, les taux de tabagisme sont maintenant plus élevés parmi les filles que parmi les garçons dans de nombreux pays d'Europe septentrionale et occidentale.

14. La consommation d'alcool a surtout des effets nocifs, bien que, selon certaines données disponibles, une consommation peu élevée en l'absence de saoulerie est liée à une réduction du risque de cardiopathie coronarienne parmi les personnes d'âge mûr et les personnes âgées. On estime que les produits contenant de l'alcool sont responsables de 9,2 % de la charge de morbidité dans les pays développés. Une consommation élevée d'alcool entraîne également une charge sociale. En Europe centrale, on estime que l'alcool joue un rôle dans 50 à 75 % des noyades, des traumatismes non

intentionnels, des homicides et des accidents impliquant un véhicule à moteur. Globalement, la Région européenne a la plus forte consommation d'alcool du monde, et la proportion de pays ayant des niveaux élevés de consommation (plus de 10 litres par personne par an) est en augmentation. De fortes hausses de la consommation d'alcool ont été enregistrées de 1988 à 1998 au Bélarus, dans la Fédération de Russie, en Irlande, en Lettonie et dans la République tchèque, bien que dans certains pays, tels que la France, la consommation par habitant ait baissé. Les chiffres concernant la morbidité et la mortalité dues à l'alcool sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes de tous les pays européens et, même parmi les enfants d'âge scolaire, les garçons ont une plus grande probabilité de boire régulièrement de l'alcool et d'avoir des taux élevés d'ivresse que les filles.

15. Le manque d'activité physique est, selon les estimations, à l'origine de 3,3 % de la charge de morbidité dans les pays développés. Parmi les enfants d'âge scolaire, le niveau d'activité physique varie considérablement selon le lieu, le sexe et le groupe d'âge. Dans tous les pays, les garçons sont plus actifs que les filles, mais la fréquence de l'activité physique baisse avec l'âge, ce qui est plus manifeste parmi les filles que parmi les garçons dans la plupart des pays. Les taux d'activité physique sont plus élevés en Angleterre, en Autriche, en Irlande et en Lituanie et plus faibles en Belgique (Communauté flamande), en France, en Italie et au Portugal, et la situation est analogue en ce qui concerne les adultes. Plus de 30 % des adultes d'Europe sont trop peu actifs dans leur vie quotidienne et les niveaux d'activité physique continuent de baisser.

16. Le régime alimentaire joue un rôle dans les maladies non transmissibles, et ce de plusieurs façons : consommation élevée de sel, de sucre et de graisses, et faible consommation de fruits et légumes. On estime que ce dernier facteur est responsable de 3,9 % de la charge de morbidité dans les pays développés. En raison de la croissance économique, qui modifie les revenus, les prix et la disponibilité des aliments, il s'est produit une évolution de la nutrition vers des régimes alimentaires comportant une proportion élevée de graisses saturées, de sucre et de sel. Aucun État membre de la Région n'a pleinement atteint les buts alimentaires recommandés par l'OMS, mais l'Espagne, la Grèce et le Portugal se rapprochent de ces buts en ce qui concerne la consommation de graisses. Une consommation élevée de friandises et de boissons non alcoolisées est fréquente parmi les adolescents, et environ un tiers des garçons et un quart des filles boivent quotidiennement des boissons non alcoolisées sucrées. Seulement 30 % des garçons et 37 % des filles signalent qu'ils mangent quotidiennement des fruits, la consommation étant la plus élevée en Israël et la plus faible en Estonie, et moins de 50 % d'entre eux mangent quotidiennement des légumes. Dans presque tous les pays, la proportion de jeunes qui mangent quotidiennement des fruits et des légumes baisse avec l'âge, cette diminution étant plus importante parmi les garçons.

17. L'obésité est en augmentation en Europe et devient un problème important chez les enfants. Dans la plupart des pays européens, plus de la moitié de la population est en surpoids, 20 à 30 % des adultes appartenant à la catégorie des personnes cliniquement obèses. En Allemagne, en Finlande et au Royaume-Uni, un adulte sur cinq est obèse, tandis que dans les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants, des niveaux encore plus élevés sont constatés. La prévalence de l'obésité chez l'enfant en Europe augmente rapidement, 27 % des enfants étant touchés dans certaines régions. Quarante pour cent de la prévalence du diabète peuvent être attribués à l'obésité.

18. Ces facteurs de risque ont des déterminants économiques, sociaux, liés au sexe, politiques, comportementaux et environnementaux. Il existe des interactions complexes entre les facteurs de risque et d'autres déterminants de la santé dans la distribution de la maladie (3). La consommation dangereuse d'alcool et le tabagisme sont liés étroitement à des marqueurs de situation défavorisée sur les plans social et économique. Les personnes à faible revenu sont le moins en mesure de s'alimenter sainement et de se procurer des aliments frais. La situation sociale et psychologique peut causer un stress à long terme, les personnes concernées devenant alors plus vulnérables à la dépression et aux maladies cardiovasculaires. L'isolement social et l'exclusion sont liés à des taux plus élevés de décès prématuré et à de moins bonnes chances de survie après une crise cardiaque. Le fait d'avoir peu d'influence sur son travail est fortement corrélé à un risque accru de lombalgie, d'absence pour maladie et de maladies cardiovasculaires. Les personnes appartenant à des catégories socioéconomiques inférieures ont un risque au moins double de

contracter des maladies graves et de décéder de façon prématurée que les personnes appartenant à des catégories socioéconomiques élevées. Les différences entre les catégories socioéconomiques sur les plans de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et des facteurs de risque pour ces maladies ont été signalées dans de nombreux pays. En Europe occidentale, il existe un gradient nord-sud, les inégalités relatives et absolues étant plus importantes au nord qu'au sud (4). L'élimination de l'écart entre les catégories socioéconomiques inférieures et supérieures peut réduire considérablement la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et à d'autres maladies non transmissibles.

Principales stratégies et axes d'action

Interventions

19. Il existe des interventions efficaces pour prévenir et traiter les maladies non transmissibles, et en réduire les effets et atténuer les handicaps qui en résultent. La mise en pratique des connaissances actuelles permettrait d'offrir à chacun, d'un bout à l'autre de l'existence, une prévention, un traitement et une prise en charge à long terme.

20. On dispose déjà de connaissances considérables sur les moyens de réduire efficacement les risques et il existe un large accord entre les spécialistes de la santé publique et la communauté scientifique internationale. Il est clair, par exemple, que le moyen le plus efficace de lutter contre le tabagisme consiste à augmenter les taxes sur tous les produits à base de tabac. Une augmentation de 10 % du prix d'un paquet de cigarettes devrait normalement réduire d'environ 4 % la consommation dans les pays à revenu élevé et d'environ 8 % dans les pays à revenus moyen et intermédiaire. L'Europe possède déjà une expérience considérable des interventions en matière de maladies non transmissibles et certains pays sont en pointe à cet égard. En Finlande, le projet de la Carélie du Nord a permis de réduire de 73 % la mortalité due aux cardiopathies coronaires en 25 ans, grâce à des activités de proximité encourageant un régime alimentaire sain, soutenues par des politiques nationales relatives aux facteurs de risque. En Pologne, une modification des graisses alimentaires a entraîné une baisse de 20 % de la mortalité due aux maladies cardiaques.

21. La prévention constitue une entreprise à long terme, mais les véritables avantages à court terme sont ceux qui résultent du traitement des personnes à risque, telles que celles qui sont atteintes de cardiopathie coronarienne ou les personnes asymptomatiques qui courent un risque élevé de développer une maladie. Des médicaments tels que les bêta-bloquants, l'aspirine et les hypolipémiants peuvent réduire très efficacement les risques de morbidité et de mortalité cardiovasculaires (5). En matière de prévention, les résultats les plus immédiats peuvent être obtenus grâce à une détection et un ciblage des personnes qui courent un risque élevé d'événement nouveau ou ultérieur.

22. On a défini des méthodes efficaces de prise en charge des maladies chroniques (6). Le recours à des outils fondés sur des données factuelles peut améliorer la qualité de la prise en charge d'une série de problèmes de santé chroniques. Les programmes de prise en charge des maladies peuvent améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes atteintes de maladies chroniques, comme l'indique des mesures reposant sur des indicateurs de performance. Il existe également des stratégies efficaces qui permettent de réduire l'importance de l'incapacité liée à un trouble ou à une maladie. Pour le cancer, par exemple, des mesures simples, dont le soulagement de la douleur, une communication pleine de tact et des soins bien coordonnés, permettent de soulager efficacement les symptômes et les souffrances (7).

23. Les interventions sont utiles à tous les stades de l'existence. Les fondements de la santé des adultes sont mis en place pendant la petite enfance et avant la naissance. Des conditions défavorables au cours de la grossesse peuvent engendrer un mauvais développement du fœtus, ce qui représente un risque pour la santé ultérieurement (un faible poids de naissance est lié à un risque accru de diabète, par exemple). C'est dès l'enfance qu'il faut adopter une bonne hygiène de vie. L'adoption de modes de vie sains par les personnes plus âgées peut prévenir des maladies et un déclin fonctionnel, accroître la longévité et

améliorer la qualité de la vie. Des études réalisées aux Pays-Bas ont montré que plus les hommes âgés sont physiquement actifs, moindre est leur taux de mortalité ultérieure, ce taux diminuant de moitié parmi le tiers des personnes âgées les plus actives.

24. Les interventions peuvent être plus efficaces lorsqu'elles sont combinées, tant pour les individus que pour les facteurs de risque communs. La mise en œuvre de politiques multiples concernant les facteurs de risque individuels d'une façon systématique s'est avérée le plus efficace pour lutter contre le tabagisme et l'abus d'alcool. Si l'on se rend compte qu'un petit nombre de facteurs de risque sont communs aux principales maladies non transmissibles, on en vient à adopter une approche globale de la prévention. La combinaison de stratégies de réduction du cholestérol au niveau de la population avec des interventions visant à réduire la consommation de sel au niveau de la population est un moyen très économique de réduire l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Une combinaison de mesures visant simultanément l'ensemble de la population et les personnes qui courent un risque important de développer des maladies est également économique. Il existe des évaluations positives, par exemple, d'interventions au niveau de la population qui visent à réduire la consommation de sel, à diminuer le taux de cholestérol et à faire baisser l'indice de masse corporelle, parallèlement à la mise en œuvre d'une démarche fondée sur le risque absolu pour la prise en charge du risque de maladies cardiovasculaires. Il existe déjà de nombreux exemples de mises en œuvre réussies d'une démarche globale dans divers pays d'Europe.

Principes d'action

25. Pour protéger et améliorer la santé, il faut accorder une plus grande importance à la prévention des causes effectives d'importantes maladies, en plus du traitement des maladies elles-mêmes. Il s'agit de mettre en place un service de santé de qualité élevée tout en prenant des mesures efficaces de santé publique. Une augmentation des investissements des pouvoirs publics dans la prévention des risques est nécessaire, afin de contribuer de façon appréciable à la prévention de la mortalité future. Il convient d'accorder la priorité à la lutte contre les risques qui sont bien connus, courants, importants et très répandus, et pour lesquels il existe des stratégies de réduction des risques qui soient efficaces et acceptables.

26. Les responsables politiques devraient examiner les interventions fondées sur des bases factuelles qui ont de bonnes chances d'engendrer les améliorations de la santé les plus importantes eu égard aux ressources disponibles, en déterminant celles qui sont réalisables compte tenu du contexte considéré. Il est possible d'obtenir d'importantes améliorations de la santé à l'aide de dépenses relativement peu importantes consacrées à des interventions et certaines interventions (augmentation des taxes sur le tabac et mesures visant à réduire la teneur en sel et d'autres éléments malsains des aliments, par exemple) devraient être à la portée des pays les plus pauvres. Une action soutenue et résolue entreprises aujourd'hui contre un nombre relativement peu élevé de risques majeurs pour la santé a de bonnes chances de se traduire par d'importantes améliorations de la santé dans les dix années à venir, les bénéfices potentiels pouvant être obtenus aussi bien par les pays pauvres que par les pays riches.

27. Pour toutes les interventions visant à prévenir et combattre les maladies non transmissibles, l'action doit reposer sur certains principes : il faut privilégier la réduction des inégalités de santé, porter son attention sur les personnes les plus vulnérables de la société, adopter une démarche prenant en considération l'ensemble de l'existence, faire participer les citoyens à la prise de décision, placer le patient au centre des soins, utiliser au mieux les services de soins primaires et de proximité, mobiliser tous les secteurs concernés de la société, faire participer tous les niveaux des pouvoirs publics, utiliser le potentiel des lieux où les individus apprennent, vivent, travaillent et se distraient, et intégrer une politique portant sur les maladies non transmissibles dans des actions de santé publique plus larges et globales.

Problèmes à résoudre

Systèmes de soins

28. De nombreuses maladies non transmissibles évoluent de façon chronique pendant toute l'existence, et les patients (et leur famille) ont besoin d'une aide pour la prise en charge d'affections complexes et multiples pendant de longues périodes. Il en résulte des exigences particulières pour les systèmes de prestation de soins de santé qui ont été conçus dans l'optique de soins épisodiques et de courte durée. D'importantes déficiences peuvent exister. De nombreuses maladies chroniques sont sous-diagnostiquées et sous-traitées, et les patients qui bénéficieraient d'une prévention secondaire ou d'un traitement médicamenteux souvent ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin. L'observance de thérapeutiques à long terme, notamment médicamenteuse, parmi les patients atteints d'affections chroniques s'élève en moyenne à seulement 50 % dans les pays développés (8). Dans certains pays, moins de 25 % des patients traités pour hypertension parviennent à une pression artérielle optimale et seulement 28 % des patients traités pour un diabète parviennent à un bon contrôle glycémique.

29. Des stratégies communes sont nécessaires pour les différentes affections chroniques. Les patients atteints de maladies chroniques sont en meilleure santé s'ils reçoivent un traitement efficace dans le cadre d'un système intégré, qui comporte des équipes pluridisciplinaires, un soutien de l'auto-prise en charge et un suivi régulier. Pour obtenir ces résultats, il faut modifier profondément le modèle médical et curatif des soins de santé pour parvenir à un système de soins coordonné et complet. Le patient devrait être le premier responsable de la prise en charge de la maladie chronique, tout en étant guidé par les professionnels de santé. Les équipes de soins doivent être organisées de telle façon à ce que les soins dispensés par l'ensemble des prestataires et dans tous les lieux de soins soient coordonnés. Les médecins, les infirmiers et les autres professionnels de santé doivent recevoir la formation nécessaire et posséder les compétences requises, et cet impératif doit être pris en compte dans la conception de la formation de base, de la formation des spécialistes et de la formation permanente.

Pauvreté et manque d'équité

30. La charge représentée par les maladies non transmissibles est répartie de façon inégale dans la société. Les pauvres sont touchés de façon disproportionnée : ils sont plus vulnérables à ces maladies, ce qui les enfonce encore davantage dans la pauvreté. Ils peuvent aussi avoir de plus grandes difficultés à avoir accès aux soins de santé (9). En outre, la charge correspondant aux maladies non transmissibles est répartie de façon inégale en Europe. Dans les pays d'Europe centrale et orientale, par exemple, la mortalité due à l'ensemble des maladies chroniques se produit à des âges beaucoup plus jeunes que dans les 15 pays de l'Union européenne avant le 1^{er} mai 2004. Le décès prématuré des principaux soutiens de famille et des travailleurs qualifiés et formés peut avoir des effets non seulement sur le revenu du ménage, mais également sur l'économie du pays.

31. Le niveau de dépenses de santé dans les pays à faible revenu ne permet pas de faire face aux problèmes de santé qu'ils connaissent. Dans la Région européenne de l'OMS, huit pays ont un produit national brut (PNB) par habitant inférieur à 750 dollars des États-Unis. Pour ces pays, les dépenses de santé totales par habitant sont comprises dans une fourchette de 11 à 54 dollars, et une partie importante de ces dépenses, qui va très probablement croissant, est prise en charge par les patients eux-mêmes. Dans ces pays, les systèmes de santé ne disposent pas des capacités suffisantes pour faire face aux maladies non transmissibles. En outre, il existe une « double charge de morbidité » dans certaines parties de l'Europe, dans la mesure où une charge croissante due aux maladies transmissibles va de pair avec la menace persistante provenant des maladies transmissibles. Il faut que le système de santé s'attaque de façon globale à l'ensemble des maladies courantes, quelle que soit leur origine. Il faut accroître les investissements pour permettre au système de faire face aux problèmes de santé.

Lacunes des connaissances

32. Il existe un certain nombre de mythes très répandus à propos des maladies non transmissibles : il s'agirait de « maladies de l'abondance » ; elles seraient difficiles à traiter ; elles seraient une conséquence naturelle du vieillissement et de processus de dégénérescence ; il faudrait beaucoup de temps pour que la prévention ait des effets ; il serait impossible de modifier les modes de vie et les comportements. De telles idées éronnées sont répandues parmi les citoyens, mais certains responsables politiques croient aussi en leur véracité. Une communication claire, des informations accessibles, une action d'éducation pour la santé et la transparence sont nécessaires, de façon à ce que tout le monde soit bien informé.

33. On connaît bien les causes des maladies et les interventions efficaces, mais il reste des lacunes dans nos connaissances concernant l'application de ces connaissances. Les conseils aux responsables politiques doivent tenir compte non seulement des meilleures données disponibles mais également de la possibilité de généraliser et d'adapter ces données à d'autres facteurs concernant une zone déterminée, qui dans certains cas ne sont pas connus. Il importe de détecter les lacunes, d'orienter la recherche et de s'efforcer de faire en sorte que les politiques reposent sur des bases factuelles solides. Il faut mettre en place des systèmes de surveillance efficaces s'étendant à l'Europe tout entière, notamment en ce qui concerne les facteurs de risque, pour permettre une évaluation de l'ampleur totale du problème pour la Région dans son ensemble, une analyse comparative dans les pays et entre les pays, un suivi des tendances, une évaluation des interventions et une modélisation des scénarios futurs.

Politiques à mener

34. En 2001, il a résulté d'une enquête de l'OMS que, si de nombreux ministères de la Santé étaient conscients que la prévention des maladies non transmissibles devait être une priorité de santé importante, ils n'avaient pas tous traduit cette préoccupation en politique d'ensemble (10). Des politiques concernant les maladies non transmissibles existaient dans 59 % des 41 pays d'Europe qui ont répondu au questionnaire, des plans spécifiques concernant les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer existants dans 50 %, 54 % et 62 % des États membres, respectivement. Moins de 46 % des États membres ont signalé qu'ils avaient ouvert des crédits destinés spécifiquement aux maladies non transmissibles. La démarche utilisée à l'égard de l'élaboration de politiques et de la prise en charge des maladies non transmissibles semblait fragmentaire et non coordonnée dans de nombreux cas et l'infrastructure du système de santé ne permettait pas de faire face aux maladies non transmissibles. On a décelé un besoin prioritaire d'expertise et d'assistance en matière d'élaboration de politiques nationales, d'amélioration des systèmes de surveillance de la qualité et de renforcement des compétences des professionnels et administrateurs de santé.

35. Cependant, il faut que les maladies non transmissibles figurent en bonne place parmi les préoccupations des autres secteurs au niveau national, et non uniquement dans le secteur de la santé. Des questions telles que l'alimentation et l'activité physique nécessitent des actions multisectorielles. Pour avoir des effets réels et créer un environnement favorable au changement, il faut que les maladies non transmissibles soient considérées comme une préoccupation des pouvoirs publics et non uniquement une préoccupation du système sanitaire.

Les forces du marché

36. Un grand nombre de sociétés et de systèmes de santé ne sont pas en mesure de faire face aux menaces qui résultent de l'ouverture des frontières, du jeu des forces du marché et de la mondialisation. Les sociétés transnationales recherchent de nouveaux marchés pour leur production et mènent donc des campagnes de marketing qui atteignent un public mondial. Des images, des produits et, par voie de conséquence, des facteurs de risque tel que le tabac et l'alcool se répandent dans l'économie mondiale. La diffusion du tabac est toujours négative, mais la diffusion des produits alimentaires peut avoir des conséquences aussi bien positives que négatives.

37. Des intérêts commerciaux peuvent porter atteinte à des stratégies de prescription rationnelle. Les entreprises pharmaceutiques peuvent utiliser des techniques de promotion pour influencer sur la prescription. On favorise le traitement médicamenteux par rapport à d'autres options de traitement. Dans les médias, on peut accorder une importance excessive à des « solutions » médicales ; par exemple, on privilégie les statines pour le traitement de l'hypercholestérolémie, plutôt que de recommander des changements de mode de vie. Il se peut que des fonds publics soient investis dans de nouveaux médicaments coûteux, alors qu'il existe d'autres options aussi efficaces et moins coûteuses.

Réalisation d'un équilibre

38. Pour lutter contre les maladies non transmissibles, il faut trouver un équilibre dans un certain nombre de domaines qui constituent ensemble un tout complexe. En premier lieu, il faut qu'existe un équilibre entre la responsabilité des individus et celle des pouvoirs publics. De nombreuses stratégies de réduction des risques comportent un élément de changement du comportement de santé mais, pour atteindre leur but, certains types de changement de comportement exigent une intervention active des pouvoirs publics.

39. Deuxièmement, il faut établir un équilibre dans tout l'éventail promotion de la santé, prévention des maladies et soins de santé. Il faut combiner les démarches : axées sur la population et orientées vers l'individu ; privilégiant la prévention et axées sur le traitement. Certains domaines sont relativement négligés et les ressources déjà disponibles au sein du système de santé ne sont pas utilisées de façon optimale. Il se peut que l'on n'utilise pas certaines possibilités en matière de prévention secondaire. Il faut réexaminer la place de la prévention des maladies, ainsi que le rôle du personnel de santé en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé.

40. Troisièmement, il faut créer un équilibre entre le rôle des systèmes de santé et celui d'autres secteurs et cadres. Les secteurs autres que celui de la santé maîtrisent mieux les déterminants de la santé que le secteur sanitaire et sont mieux en mesure de faciliter l'existence d'environnements favorables à la santé. Par exemple, la promotion de l'activité physique dans le cadre de la vie quotidienne bénéficie d'une participation des urbanistes et des responsables de la planification des transports.

Les fondements de l'action

41. Certains fondements de l'action existent déjà. Aux niveaux mondial et européen, les États membres se sont engagés à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles, bien que, ces dernières années, l'accent ait été mis sur la prévention primaire des principaux facteurs de risque.

42. Une stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2000. Axée de façon intégrée sur les facteurs de risque communs à la plupart des principales maladies non transmissibles, elle comporte trois éléments : la surveillance, la prévention et la gestion du secteur sanitaire. Il a été demandé instamment aux États membres d'élaborer des politiques et programmes nationaux pour prévenir et combattre les principales maladies non transmissibles.

43. Dans le même cadre, une stratégie mondiale concernant l'alimentation, l'exercice physique et la santé a été adoptée en mai 2004. Elle demande instamment aux États membres de promouvoir des régimes alimentaires sains et l'activité physique dans le cadre de leurs politiques et programmes d'ensemble, en mobilisant tous les groupes sociaux et économiques concernés, en faisant participer les secteurs pertinents et en favorisant un environnement qui incite à des changements de comportement.

44. Avant ces initiatives, mais également conformément au thème d'ensemble d'un régime alimentaire sain, on a adopté la stratégie mondiale pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (2002), qui prévoit des mesures précises pour réduire les risques liés à l'obésité, et le Premier Plan d'action européen pour la politique alimentaire et nutritionnelle (2000–2005). Un nouveau plan d'action régional

pour l'alimentation et la nutrition (2006–2010) devrait être adopté lors d'une conférence ministérielle sur l'alimentation et la nutrition qui aura lieu en 2006.

45. En Europe, l'importance de l'activité physique et des effets de l'environnement physique sur la santé humaine a été mise en évidence par l'initiative Environnement et santé du Bureau régional, dans le cadre de laquelle on a organisé le plus récemment des conférences à Londres (1999) et à Budapest (2004), ainsi que par le Programme paneuropéen sur les transports, l'environnement et la santé, qui favorise en particulier la pratique du cyclisme et de la marche à pied.

46. Les stratégies concernant le régime alimentaire et l'activité physique s'appuient sur les travaux considérables déjà accomplis en matière de tabac et d'alcool. Au niveau mondial, la Convention-cadre sur la lutte antitabac est le premier instrument juridique international visant à limiter les méfaits des produits à base de tabac. La Stratégie européenne pour la lutte antitabac (2002) constitue un cadre stratégique et un ensemble de conseils fondés sur des bases factuelles en vue d'une action nationale et d'une coopération internationale efficaces. La Déclaration de Stockholm sur les jeunes et l'alcool, adoptée par le Comité régional en 2001, et la deuxième phase du Plan d'action européen contre l'alcoolisme (2000–2005) constituent une base pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes contre l'alcool dans les États membres.

47. Les troubles mentaux constituent à la fois une maladie et une cause d'autres affections non transmissibles. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, approuvé lors de la Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, a sensibilisé à la charge réelle que représentent les troubles mentaux et a donné aux États membres des conseils utiles sur les actions fondées sur des bases factuelles qu'il convient de mener à cet égard. L'action relative à la politique de santé mentale en Europe est soutenue par la Déclaration d'Athènes sur la santé mentale et les catastrophes d'origine humaine, les comportements de rejet et les soins de proximité, et par les préparatifs en vue de la conférence ministérielle qui se tiendra en 2005 et sera placée sous le slogan « Relever les défis – trouver des solutions ». À part cela, ces dernières années, dans le domaine de la prise en charge des maladies chroniques, on a mis l'accent principalement sur les systèmes de soins plutôt que sur les maladies elles-mêmes. Le diabète sucré a bénéficié d'une attention particulière sur le plan mondial en 1989, grâce à la Déclaration de Saint-Vincent, par exemple.

48. Toujours d'actualité, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 a demandé au secteur sanitaire d'évoluer progressivement vers la promotion de la santé et au-delà des services cliniques et curatifs. Dix ans plus tard, en Europe, la Charte de Ljubljana a énoncé un ensemble de principes visant à améliorer les soins de santé, en particulier en soulignant que les systèmes de santé doivent être axés sur les individus et réorientés vers les soins primaires. Elle préconisait que la formation de base, la spécialisation et la formation continue du personnel de soins de santé aillent au-delà de la démarche curative traditionnelle et que la qualité des soins, la prévention des maladies et la promotion de la santé fassent partie intégrante de la formation. La Réunion mondiale sur les soins de santé primaires (Madrid, 2003) et un certain nombre de résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé ont maintenu l'orientation vers les soins de santé primaires lors du renforcement des systèmes de santé et vers des mesures permettant de dispenser des soins coordonnés axés sur le patient dans l'ensemble des activités de prévention et de soins. La stratégie de l'OMS concernant les médicaments de 2000 a guidé les travaux visant à assurer et à élargir l'accès aux médicaments essentiels et à promouvoir une utilisation rationnelle des médicaments.

49. Il existe également des stratégies destinées à des groupes d'âge donnés et à certaines catégories de la population. Elles prévoient des mesures visant à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles en tenant compte de l'ensemble de l'existence. La stratégie mondiale sur la santé reproductive, adoptée par tous les États membres en mai 2004, met l'accent sur la prévention du cancer ainsi que sur l'importance de bons soins prénatals, maternels et néonataux. La stratégie mondiale visant à améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents (2003) constitue le cadre de la stratégie européenne planifiée pour 2006. Elle met notamment l'accent sur une bonne nutrition et des comportements favorables à la santé, et souligne qu'un soutien au cours des premières années a des effets importants sur la vie ultérieure. En outre, l'Assemblée mondiale de la santé a soutenu le vieillissement actif et en bonne santé en 1999, idée qui a été reprise ultérieurement par la Deuxième Assemblée

mondiale sur le vieillissement, en 2002, grâce à l'adoption du Plan d'action international sur le vieillissement.

Une stratégie européenne concernant les maladies non transmissibles

50. En résumé, les maladies non transmissibles représentent une charge considérable en Europe ; si elles ne sont pas maîtrisées, la situation ne pourra qu'empirer, en particulier dans la partie orientale de la Région ; des facteurs de risque communs ont été identifiés ; des interventions efficaces existent et fonctionnent dans la pratique ; certains pays montrent la voie à suivre, et les avantages qu'ils ont obtenus peuvent être partagés avec tous les pays ; des principes clairs offrent une base d'action ; l'élimination de l'écart entre les groupes socioéconomiques inférieurs et supérieurs offrent un potentiel d'amélioration considérable ; les pays se trouvent devant des problèmes particuliers, dont la solution exige une assistance et une action internationale ; il existe déjà des fondations importantes, sur lesquelles il est possible de construire ; l'Europe est diverse et il n'existe pas une solution unique qui convienne à tous.

51. Certaines questions sont claires. Le domaine des maladies non transmissibles est complexe, sur les plans politique et de la santé publique. Des démarches intersectorielles globales sont nécessaires, mais les pays ne doivent pas se sentir à ce point dépassés que soit ils n'agissent pas, soit ils retiennent les options les plus faciles. Lorsque les décideurs politiques décident des mesures à prendre, ils doivent tenir compte soigneusement d'un certain nombre de facteurs, notamment les risques principaux auxquels il faut s'attaquer, l'équilibre entre la prévention primaire, secondaire et tertiaire, et la gestion de risques incertains et la faisabilité dans leurs propres contextes.

52. Une stratégie européenne sur les maladies non transmissibles doit inspirer et soutenir, mais non créer la confusion. Les États membres n'ont pas besoin de charge supplémentaire. La stratégie doit plutôt les aider à mettre en place et à appliquer des démarches qui sont déjà connues et à l'égard desquelles ils se sont déjà engagés. Elle doit définir ce qui n'est pas connu et les secteurs dans lesquels des travaux complémentaires sont nécessaires ; elle doit renforcer les domaines dans lesquels peu de mesures sont prises ; et elle doit viser à porter tous les États membres jusqu'à un niveau minimal de fonctionnement dans des domaines essentiels, avec des possibilités d'actions complémentaires lorsque les circonstances le permettent.

53. De nombreuses raisons militent en faveur de l'adoption d'une stratégie européenne en matière de maladies non transmissibles. Celle-ci mettrait en évidence l'importance de ce problème pour la Région européenne et l'engagement politique à prendre des mesures prioritaires. Elle tiendrait compte de la diversité de la Région et aiderait des pays se trouvant à différents stades de connaissance et d'expérience. Elle mettrait en place des infrastructures de soutien dont les États membres puissent bénéficier. Elle aiderait les pays à faire face à ce problème compte tenu des difficultés existantes. Elle ajouterait de la valeur à l'existant, en aidant les pays à tenir leurs engagements. Elle permettrait à la Région dans son ensemble de retirer des avantages, ce qui constitue une considération importante dans une Europe dont les frontières s'estompent progressivement. Elle offrirait un moyen d'établir des liens entre les fondements existants dans le cadre d'une démarche cohérente et synergique. Elle constituerait un instrument de renforcement des relations avec la Commission européenne, le Siège de l'OMS et d'autres organismes internationaux sur la base de buts communs, en s'intégrant harmonieusement dans des stratégies mondiales et d'autres stratégies régionales.

54. Au centre, se trouverait un cadre stratégique unique qui tiendrait compte de la diversité de la Région européenne. En conséquence, il viserait à définir des mesures efficaces et économiques que tous les pays (même ceux qui disposent de ressources peu importantes) pourraient prendre sans délai et dont la complexité pourrait être accrue de manière progressive, de façon à ce que les pays puissent prendre d'autres mesures lorsque le moment serait favorable et que les ressources le permettraient. L'accent sera mis sur la constitution d'un ensemble cohérent de politiques efficaces sur le plan des coûts et sur l'assistance aux États membres pour les aider à trouver la bonne combinaison de politiques eu égard à leur situation propre. Une intensification de l'action en matière de prévention primaire est essentielle, mais il faut également assurer une meilleure mise en œuvre, dans l'ensemble de la Région, de ce qui est

connu, et mettre l'accent sur les aspects qui n'ont pas été suffisamment pris en compte ces dernières années : la prévention secondaire et tertiaire, la prise en charge des maladies et la gestion des ressources du système de santé. Il faut axer cette stratégie sur l'action et la mise en œuvre, en équilibrant les rôles respectifs des pays et de l'OMS.

55. Le processus d'élaboration de cette stratégie revêt une grande importance. Il peut être aussi important que le document qui en sera le fruit. On prévoit un processus participatif, comprenant des consultations, auxquelles prendront part les États membres (qui représentent la diversité de la Région européenne) et les partenaires qui doivent jouer un rôle crucial dans la mise en œuvre : les organisations non gouvernementales, les associations de patients, les associations professionnelles, d'autres secteurs pertinents et des organismes internationaux importants pour la Région, tels que la Commission européenne. Pour soutenir le processus d'élaboration de la stratégie et son application ultérieure, il peut être nécessaire de concevoir des outils et des systèmes (en particulier, il faut peut-être renforcer la surveillance, par exemple).

56. En conclusion, le moment est venu d'élaborer une stratégie européenne relative aux maladies non transmissibles et il existe des arguments de poids en faveur d'une telle initiative. Il est proposé d'élaborer cette stratégie d'ici à la session de 2006 du Comité régional, ce qui donnera le temps nécessaire pour procéder à des consultations approfondies et à un large débat avec les États membres, rassembler des données d'expérience, mener une action de sensibilisation et accroître la collaboration avec les partenaires. Il est demandé aux États membres d'examiner le projet de résolution contenu dans le document EUR/RC54/Conf.Doc./3, de souscrire au calendrier établi et d'indiquer les actions, les messages et les lignes de force qui ont leur préférence pour la Région européenne.

Références

1. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques, promouvoir une vie saine.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (tableau page 174 et tableau 16 de l'annexe, page 246).
2. Currie, C. et al (sous la dir. de). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents series, no. 4).
3. Wilkinson, R, Marmot, M (sous la dir. de). *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003.
4. Mackenbach, JP et al, *Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: an international study. European Heart Journal, 21(14): 1141–51, (2000).*
5. *European guidelines on CVD prevention. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.* (10), Supplement 1 (2003).
6. *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.
7. Davies, E, Higginson, IJ, (sous la dir. de). *Palliative care – the solid facts.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004.
8. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003.
9. *Les systèmes de santé s'attaquent à la pauvreté.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003.
10. *Assessment of national capacity for noncommunicable disease prevention and control. The report of a global survey.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001 (document WHO/MNC/01.2).