



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC  
BUREAU REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITE REGIONAL

WPR/RC57/11

Cinquante-septième session  
Auckland (Nouvelle-Zélande)  
18–22 septembre 2006

24 juillet 2006

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 16 de l'ordre du jour provisoire

**ETAT D'AVANCEMENT DE CERTAINS PROGRAMMES**

**Elimination de la rougeole, lutte contre l'hépatite B et éradication de la poliomyélite**

La Région du Pacifique occidental s'est engagée à réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination en élargissant la couverture en vaccins existants et nouveaux, ceci en accord avec les objectifs régionaux du Programme élargi de vaccination (PEV) et de « La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015 » de l'OMS. La Région a également pris des mesures concrètes destinées à atteindre le double objectif régional d'élimination de la rougeole et de lutte contre l'hépatite B d'ici à 2012, approuvé par les Etats Membres lors de la cinquante-sixième session du Comité régional pour le Pacifique occidental. Les Etats Membres ont poursuivi les efforts soutenus engagés pour maintenir la Région indemne de poliomyélite en améliorant la couverture vaccinale et la surveillance de la maladie.

**Lutte antitabac**

Le tabac constitue l'une des plus importantes causes de mortalité à l'échelle mondiale, et l'une de celles connaissant la croissance la plus rapide. Si la consommation reste à son niveau actuel, environ un milliard de personnes mourront de leur accoutumance au tabac au cours du 21<sup>e</sup> siècle, 300 millions de victimes revenant à la seule Région du Pacifique occidental. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac constitue le premier traité mondial de lutte antitabac. Elle a été ratifiée par 26 des 27 Etats Membres de la Région du Pacifique occidental. Nombreux sont les Etats Membres à réaliser des progrès considérables dans la mise en oeuvre des mesures contenues dans cette Convention.

### **Santé mentale, y compris l'Initiative pour des soins centrés sur le patient**

Le programme régional de l'OMS pour la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies est axé sur trois objectifs énoncés dans la Stratégie régionale en faveur de la santé mentale dans le Pacifique occidental :

(1) réduire la charge humaine, sociale et économique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances toxiques ; (2) promouvoir la santé mentale ; (3) accorder une attention adéquate aux aspects psychosociaux dans la prestation des soins de santé. Le présent point sur le programme se concentre sur trois initiatives : le Réseau de santé mentale dans les îles du Pacifique, la prévention du suicide et l'Initiative pour des soins centrés sur le patient.

### **Salubrité de l'environnement**

Des progrès rapides et encourageants ont été réalisés en matière de renforcement de la capacité à répondre aux risques sanitaires liés à l'environnement dans la Région du Pacifique occidental. En coopération avec l'OMS, un certain nombre d'Etats Membres sont parvenus à renforcer leurs capacités nationales d'évaluation des risques sanitaires et de gestion de différents problèmes sanitaires liés à l'environnement, dont la qualité de l'eau et l'assainissement, la qualité de l'air à l'intérieur des habitations et à l'extérieur, les déchets d'hôpitaux, les substances chimiques toxiques et les changements climatiques. Le Bureau régional pour le Pacifique occidental a travaillé sur toute une série de questions sanitaires liées à l'environnement en coopération étroite avec d'autres bureaux de l'OMS, des Etats Membres et des organismes partenaires.

Des points détaillés sur les quatre programmes susmentionnés sont joints. Il est demandé au Comité régional d'évaluer les progrès réalisés dans ces domaines et de prendre note du rapport.

## **ELIMINATION DE LA ROUGEOLE, LUTTE CONTRE L'HEPATITE B ET ERADICATION DE LA POLIOMYELITE**

### **1. SITUATION ET ENJEUX**

Lors de sa cinquante-sixième session en septembre 2005, le Comité régional s'est fixé 2012 comme date butoir régionale pour l'élimination de la rougeole et le passage du taux de séroprévalence de l'Ag HBs en dessous de 2 % chez les enfants de cinq ans.<sup>1</sup> Le Comité a également enjoint les Etats Membres à garder la région indemne de poliomyélite en maintenant une surveillance de grande qualité de la paralysie flasque aiguë et une couverture vaccinale élevée. La résolution prise par le Comité régional a fourni des objectifs tangibles en vue de relancer les efforts de maintien, de renforcement et de surveillance des services de vaccination.

La performance des services de vaccination de la Région continue de s'améliorer, certains Etats et Territoires étant vraisemblablement parvenus à interrompre la transmission endémique de la rougeole et à faire passer les taux d'infection chronique par l'hépatite B en dessous de 2 %. Mais la bataille n'est pas totalement gagnée.

Premièrement, certains Etats Membres tels que le Cambodge, la République démocratique populaire lao et la Papouasie-Nouvelle-Guinée ont encore du mal à atteindre un niveau élevé de couverture vaccinale et à le maintenir, condition essentielle pour parvenir à éliminer la rougeole, pour lutter contre l'hépatite B et pour mettre la Région à l'abri d'un risque de flambée de la poliomyélite. La mauvaise couverture vaccinale systématique en termes de vaccination antipoliomyélitique dans plusieurs zones a été la principale cause de la circulation récente de poliovirus dérivés de la souche vaccinale dans certains Etats Membres en 2005-2006.

Deuxièmement, les Etats et Territoires ayant interrompu la transmission de la rougeole restent sous la menace de nouvelles flambées suite à une importation du virus, elle-même due au fait qu'ils n'ont pas maintenu une couverture vaccinale élevée contre la rougeole, comme l'atteste la flambée de rougeole qui s'est produite aux Fidji en mars 2006. En outre, les contraintes humaines et financières empêchent de nombreux Etats Membres de mettre en place une surveillance des cas avec confirmation du diagnostic par le laboratoire, essentielle dans la phase d'élimination de la rougeole.

---

<sup>1</sup> Résolution WPR/RC56.R8.

Si, à l'échelle mondiale, quatre pays seulement entrent dans la catégorie des pays d'endémie pour la poliomyélite, d'autres Etats et Territoires ne sont pas à l'abri d'une flambée de cette maladie, qu'elle soit due à un poliovirus sauvage importé ou à l'émergence de poliovirus dérivés de la souche vaccinale. Ceci étant, il est de plus en plus difficile de maintenir la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Il serait bon d'intégrer la surveillance de la poliomyélite à la surveillance d'autres maladies transmissibles.

Troisièmement, nombreux sont les Etats Membres à ne pas avoir mis en place des plans d'action viables destinés à réduire la transmission mère-enfant de l'hépatite B, indispensable pour obtenir des taux d'infection chronique inférieurs à 2 %. Bien que le prix du vaccin contre l'hépatite B ait beaucoup chuté, certains Etats Membres ne débloquent pas régulièrement des fonds destinés à financer la vaccination contre l'hépatite B dans le cadre du programme de vaccination systématique.

Des efforts soutenus, ainsi qu'un financement suivi et un engagement politique, sont nécessaires pour faire face aux faibles taux de vaccination systématique et aux lacunes de surveillance dans certains Etats et Territoires.

## **2. MESURES PRISES**

Tous les Etats Membres restent très conscients de la nécessité d'éliminer la rougeole et de lutter contre l'hépatite B, ces objectifs étant partie intégrante des plans nationaux de vaccination sur plusieurs années et des plans couvrant tout le secteur de la santé. Vingt-deux Etats et Territoires font état depuis plus de cinq ans d'une couverture de plus de 80 % pour la première dose de vaccin antirougeoleux. Vingt-et-un Etats l'ont fait pour trois doses de vaccin contre l'hépatite B. La Chine et le Viet Nam, qui regroupent 76 % du total des naissances de la région, ont fait de grands progrès dans leurs activités de lutte contre l'hépatite B en améliorant considérablement la couverture vaccinale des nourrissons pour réduire la transmission mère-enfant. La province de Guizhou, en Chine, est parvenue, avec l'aide technique et financière de l'OMS, à passer du taux d'incidence de la rougeole le plus élevé de Chine en 2002 au taux d'incidence le plus bas en 2005. Des interventions spéciales ont été centrées sur une campagne de vaccination contre la rougeole à l'échelle de toute la province, puis suivies d'un programme scolaire de contrôle des vaccinations couronné de succès.

Un atelier bi-régional a été organisé en septembre 2005, et suivi de visites régulières à des Etats Membres prioritaires, en vue d'élaborer des plans d'action, globaux et sur plusieurs années,

d'élimination de la rougeole et de lutte contre l'hépatite B, avec estimation des coûts d'ensemble. A l'heure actuelle, les Etats Membres ont presque tous des plans visant à fournir une seconde occasion de vaccination antirougeoleuse, par l'introduction d'une seconde dose systématique ou par des activités supplémentaires périodiques. Le Bureau régional du Pacifique occidental a élaboré deux guides, *Field Guidelines for Measles Elimination* renfermant des directives de terrain pour l'élimination de la rougeole et *Operational Guidelines for Prevention of Mother-to-Child-Transmission of Hepatitis B* contenant des directives opérationnelles pour la prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B, afin d'aider les Etats Membres à mettre au point des stratégies adéquates pour leurs programmes. Pour améliorer la surveillance, une assistance technique régulière est fournie afin de renforcer les capacités des laboratoires dans les pays. En outre, l'OMS met au point, en coopération avec les Etats Membres, des plans de préparation aux situations d'urgence pour l'éventualité de l'importation d'un poliovirus sauvage. L'OMS a contribué à mobiliser des fonds pour aider le Cambodge à réagir à une flambée récente due à un poliovirus vaccinal.

Les services de vaccination systématique jouant un rôle central pour atteindre les objectifs présents, mais aussi pour tirer profit des possibilités offertes par la disponibilité de nouveaux vaccins, une assistance importante a été fournie pour faire un point global sur le PEV au Cambodge, en Chine et aux Philippines ainsi que pour renforcer les systèmes de données en République démocratique populaire lao. A la demande du Comité régional, des efforts soutenus sont entrepris aux niveaux national, régional et mondial en vue de mobiliser des ressources supplémentaires par le renforcement des partenariats régionaux et subrégionaux en matière de vaccination. Les efforts en vue de l'élimination de la rougeole dans la Région du Pacifique occidental seront grandement facilités par les obligations de la deuxième phase de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, destinée à soutenir l'introduction d'une seconde dose de vaccin antirougeoleux ainsi que des activités supplémentaires périodiques dans les régions ayant un revenu par habitant inférieur à 1000 dollars.

### 3. MESURES PROPOSEES

Les actions suivantes, à réaliser par les Etats Membres, sont proposées pour examen par le Comité régional :

- (1) maintenir les engagements pris lors de la cinquante-sixième session du Comité régional en vue de renforcer, d'établir et de mettre en oeuvre des plans d'action nationaux destinés à permettre

la réalisation du double objectif, à savoir l'élimination de la rougeole et la lutte contre l'hépatite B, d'ici à 2012, et à maintenir la région indemne de poliomyélite ;

- (2) engager tous les efforts nécessaires pour améliorer les services de vaccination systématique afin d'atteindre toutes les personnes concernées par la vaccination et d'introduire rapidement de nouveaux vaccins, ceci afin d'atteindre les objectifs actuels et de réduire encore la morbidité et la mortalité évitables par la vaccination. Les progrès réalisés en matière d'amélioration des services de vaccination des Etats Membres seront suivis par les progrès réalisés en vue d'éliminer la rougeole et de lutter contre l'hépatite B ainsi que de maintenir la Région indemne de poliomyélite ;
- (3) mobiliser des fonds internes et externes suffisants pour les services de vaccination afin de faciliter la mise en oeuvre de plans nationaux sur plusieurs années pour le PEV.

Il est demandé au Comité régional de prendre note de ce rapport.

## **LUTTE ANTITABAC**

### **1. SITUATION ET ENJEUX**

L'usage du tabac constitue un poids de plus en plus lourd pour la santé publique, un fardeau qui pourrait être évité si les mesures de lutte antitabac reposant sur des bases factuelles, telles qu'elles ont été demandées dans la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, étaient mises en oeuvre dans les pays à revenu faible et moyen, notamment dans la Région du Pacifique occidental. Certains pays continuent de croire que les mesures de lutte antitabac vont porter préjudice à leur économie sans comprendre que les coûts pour la santé publique liés au tabagisme sont bien supérieurs aux profits du secteur du tabac et au produit de la taxation perçu par les gouvernements. Ce déficit en termes de prise de conscience et d'action reste le principal enjeu dans le Pacifique occidental, et constitue peut-être même un problème plus important encore que le fait que la Région compte le plus grand nombre de fumeurs, le taux le plus élevé de prévalence du tabagisme chez les hommes et la plus forte augmentation de la progression de la consommation de tabac chez les femmes et les jeunes.

Face à ces enjeux, Le Comité régional, lors de sa cinquante-sixième session, a encouragé les Etats Membres à ratifier la Convention avant le 1<sup>er</sup> novembre 2005 afin de participer à la première

session de la Conférence des Parties et de maintenir les engagements pris lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional, dont la mise en oeuvre de mesures de lutte antitabac allant au-delà de celles prescrites par la Convention et ses protocoles, et à se servir de la Convention et du *Plan d'action régional – Initiative pour un monde sans tabac – 2005-2009* pour guider les politiques et les programmes nationaux de lutte antitabac.

## 2. MESURES PRISES

### 2.1 Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

La Convention a maintenant été ratifiée par 131 pays dans le monde et par 26 des 27 Etats Membres de la Région du Pacifique occidental. Vingt-cinq Etats Membres de la Région du Pacifique occidental ont participé, en qualité de Partie à la Convention, à la première session de la Conférence des Parties (COP1) qui s'est tenue en février 2006 à Genève. La Conférence a adopté des Règlements intérieurs et des Règles de Gestion financière pour la Conférence des parties. Elle a établi des calendriers d'exécution et des plans de travail pour l'élaboration de directives pour certains Articles de la Convention, la priorité étant accordée à la protection contre l'exposition à la fumée du tabac (Article 8) et à la réglementation de la composition des produits du tabac (Article 9). Elle a commencé à élaborer des protocoles dans les domaines de la publicité transfrontalière, de la promotion et du parrainage (Article 13.8) ainsi que du commerce illicite des produits du tabac (Article 15). La Conférence a par ailleurs décidé que le Secrétariat permanent de la Convention serait établi dans le cadre de l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève, et qu'il serait responsable et comptable envers la Conférence des Parties quant aux activités techniques et liées au traité et envers le Directeur général de l'OMS pour les questions de gestion administrative et de gestion des ressources humaines. Elle a fixé le budget du Secrétariat de la Convention à 8 010 000 dollars pour 2006-2007, budget devant être financé à travers des contributions volontaires fixes.

De surcroît, en vertu de l'*Article 21 – Notification et échange d'informations*, les Etats Membres sont tenus d'établir un rapport sur les progrès accomplis dans les deux ans suivant l'entrée en vigueur de la Convention pour eux. Au cours de la COP1, un instrument de notification a été élaboré et fournit des informations sur les progrès accomplis par les Parties à la Convention en matière de mise en oeuvre de la Convention. Des lignes directrices sur l'utilisation de l'instrument de notification ont également été mises au point. La compréhension de l'instrument de notification et les consultations sont importantes car de nombreuses Parties de la Région du Pacifique occidental devront présenter leur rapport initial en février 2007.

## **2. Mesures nationales**

De nombreux Etats Membres de la Région du Pacifique occidental font des progrès considérables dans la mise en oeuvre des dispositions de la Convention, et certains d'entre eux voient la prévalence du tabagisme diminuer suite à la mise en place de mesures de lutte antitabac reposant sur des bases factuelles. Malheureusement, dans certains pays, les mesures se sont ralenties ou en sont au point mort.

En augmentant à plusieurs reprises les taxes sur les cigarettes, en lançant des campagnes de communication sur la santé efficaces et en améliorant l'accès aux services de sevrage, la République de Corée est parvenue presque immédiatement à réduire le tabagisme chez les hommes. Ainsi, la prévalence du tabagisme chez les hommes est passée de 57,8 % en septembre 2004 à 52,3 % en 2005, puis à 49,2 % début 2006. Le taux de tabagisme chez les femmes, bien que faible, semble progresser.

L'Australie a introduit de nouvelles mises en garde sanitaires, très parlantes, sur tous les produits de tabac importés et fabriqués pour la vente au détail dans le pays. La nouvelle législation prévoyant une interdiction de fumer dans certains périmètres des bars, restaurants et boîtes de nuit, flanquée de vastes campagnes de communication, s'est soldée par une baisse rapide, importante et inattendue du tabagisme chez les jeunes femmes et par une réduction de la prévalence totale du tabagisme qui a été ramenée à tout juste 20,1 %.

Guam, Hong Kong (Chine), la Nouvelle-Zélande et Singapour ont les politiques les plus strictes en matière de lutte contre le tabagisme, et fournissent de bons modèles régionaux ainsi que des leçons très utiles. Guam met actuellement en vigueur une nouvelle loi bannissant le tabac des restaurants et de la plupart des lieux publics fermés. Hong Kong (Chine) prépare une nouvelle législation interdisant de fumer dans tous les lieux publics. La Nouvelle-Zélande, l'un des premiers pays sans tabac au monde, a fait preuve d'une grande activité dans la mise en oeuvre de sa législation sans tabac et s'est trouvé confrontée à une augmentation massive du nombre de personnes demandant une assistance au sevrage. A Singapour, il est maintenant interdit de fumer dans les écoles, les tribunaux, tous les transports publics, les piscines, les stades en plein air et les lieux publics climatisés.

D'autres pays dont le Cambodge, Nioué, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Viet Nam élaborent actuellement une nouvelle législation et de nouveaux programmes destinés à répondre à des dispositions de la Convention.



### 3. Soutien à l'Initiative pour un monde sans tabac

Forte du soutien du gouvernement japonais et des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des Etats-Unis d'Amérique, l'unité TFI (Initiative pour un monde sans tabac) du Bureau régional concentre ses ressources sur une assistance et un soutien technique aux pays qui soient de grande qualité et permettent une action rapide, ainsi que sur des projets de recherche et de surveillance critique. Ce travail a été facilité par des administrateurs techniques dans les bureaux de pays de l'OMS.

En novembre 2005, l'OMS a organisé des ateliers sous-régionaux pour aider les Etats Membres à se préparer à une application efficace de la Convention, à se préparer pour la première session de la Conférence des Parties en février 2006, à renforcer les réseaux et l'échange d'informations et enfin à faciliter la collaboration avec les donateurs et partenaires dans la Région. Elle a aussi apporté son soutien à plusieurs ateliers nationaux destinés à élaborer une législation, à renforcer les capacités et à obtenir le soutien des provinces pour les mesures de lutte antitabac.

L'OMS a publié le Système d'information mondial pour la lutte antitabac, une base de données régionale en ligne renfermant des informations pays par pays sur la prévalence tabagique, la charge de morbidité imputable au tabagisme et des données agricoles et économiques ([www.wpro.who.int/gistc/main/default.aspx](http://www.wpro.who.int/gistc/main/default.aspx)). Elle a aussi élargi le Système mondial de surveillance du tabac, qui comprend l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes et d'autres enquêtes mondiales standardisées comparables. Plus de 20 pays ont à ce jour participé à l'une de ces enquêtes mondiales, voire plusieurs. En partenariat avec le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, l'OMS s'emploie à étudier la consommation de la noix de bétel et de la feuille de tabac dans les îles du Pacifique, en Asie du Sud-Est et en Chine et à recommander des stratégies d'intervention efficaces.

L'OMS soutient également des mesures de communication sur les modes de vie sains et les politiques sans tabac et sans fumée lors des Jeux du Pacifique Sud, qui auront lieu en 2007 au Samoa, ainsi que l'application de politiques pour un environnement non-fumeur lors des Jeux olympiques de Pékin en 2008.

### **3. MESURES PROPOSEES**

Il est demandé aux Etats Membres de continuer à mettre en oeuvre les stratégies et actions exposées en détail dans le *Plan d'action régional – Initiative pour un monde sans tabac – 2005-2009*, et de continuer à s'efforcer de ratifier, d'accepter ou d'approuver la Convention, dans les meilleurs délais, s'ils ne l'ont déjà fait.

Il est par ailleurs demandé aux Etats Membres de tenir les engagements pris à la cinquante-cinquième session du Comité régional, et notamment de prendre des mesures de lutte antitabac conformes à la Convention et allant même au-delà de celle-ci. Priorité devrait être donnée à l'augmentation des taxes sur le tabac, au renforcement des mesures antitabac, à la mise en vigueur des interdictions globales de la publicité et de la promotion, à une meilleure communication des risques sanitaires du tabagisme, au moyen de mises en garde sanitaires plus fortes sur les produits du tabac, et, en fonction des possibilités, à un meilleur accès aux sevrage tabagique. Il est également demandé aux Etats Membres de prendre en considération le Rapport d'activité pour la Conférence des Parties : Lignes directrices – questionnaire groupe 1 (Annexe 1). Des exemplaires du questionnaire pour le Groupe 1 seront mis à disposition lors de la cinquante-septième session du Comité régional.

Il est demandé au Comité régional de prendre note du présent rapport.

## **SANTE MENTALE, Y COMPRIS L'INITIATIVE POUR DES SOINS CENTRES SUR LE PATIENT**

### **1. SITUATION ACTUELLE**

En 1990, les troubles mentaux et neurologiques représentaient 11 % de la charge de morbidité totale de la Région du Pacifique occidental et ce pourcentage devrait passer à 15 % en 2020. Pourtant, dans la moitié des Etats et Territoires de la Région, les ressources consacrées aux troubles mentaux et neurologiques représentent moins de 1 % de l'ensemble du budget de la santé. L'apport de services de santé mentale se heurte souvent à la présence d'un certain nombre d'obstacles : le stigmate et la discrimination – très fréquents – envers les personnes souffrant de troubles mentaux, une faible prise de conscience de la nature et des déterminants de la santé mentale et des maladies mentales par les

populations, l'absence de législations et de politiques en matière de santé mentale ainsi qu'une incapacité à considérer la santé mentale comme une ressource communautaire.

Le Comité régional pour le Pacifique occidental a approuvé la Stratégie régionale pour la santé mentale dans le Pacifique occidental lors de sa cinquante-deuxième session qui a eu lieu en septembre 2001.<sup>2</sup> Dans cette résolution, le Comité régional priait instamment les Etats Membres de faire appel à la Stratégie comme cadre d'élaboration des programmes nationaux de santé mentale. Elle priait également le Directeur régional de soutenir les Etats Membres dans le renforcement de leurs capacités, de faciliter l'échange des connaissances et des expériences dans le domaine de la santé mentale, de produire une analyse de la situation de la santé mentale dans la Région, de continuer à collaborer avec les Etats Membres et les autres partenaires pour le développement pour que les troubles mentaux soient considérés comme un domaine prioritaire, et de préconiser des ressources supplémentaires pour améliorer la santé mentale dans la Région.

Le programme régional de l'OMS pour la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies vise à contribuer à atteindre les trois objectifs proposés dans la Stratégie régionale pour la santé mentale :

- (1) réduire la charge humaine, sociale et économique des troubles mentaux (comme la dépression), des troubles neurologiques (tels que l'épilepsie) et des toxicomanies (comme l'alcoolisme) ;
- (2) promouvoir la santé mentale ;
- (3) accorder une attention adéquate aux aspects psychosociaux de la prestation des soins de santé.

Six approches de base ont été prévues et mises en oeuvre pour ce programme : sensibilisation, politique et législation, fourniture de services, promotion de la santé mentale, développement d'une culture de la recherche et de capacités de recherche, prévention du suicide. Le présent point se concentre sur des initiatives particulières.

---

<sup>2</sup> Résolution WPR/RC52.R5.

## **2. POINT SUR CERTAINES INITIATIVES**

### **2.1 Réseau de santé mentale dans les îles du Pacifique**

Le caractère de la région du Pacifique, où de nombreuses petites îles constituent des Etats et Territoires, exige des approches novatrices pour améliorer la santé mentale des populations par le développement de services de santé mentale, par des politiques et une planification ainsi que par un traitement et des soins améliorés. Au vu d'exigences nombreuses et concurrentes posées à des ressources sanitaires nationales déjà limitées, les objectifs ne pourront être atteints qu'en ayant aussi recours à une réduction de la duplication et de la fragmentation d'activités et à un degré plus poussé de coopération et de collaboration. Il importe également que les approches nouvelles permettent le renforcement durable des potentiels et des capacités nationaux et régionaux s'agissant de la santé mentale. L'idée d'un Réseau de santé mentale dans les îles du Pacifique comme vecteur permettant d'avoir raison des contraintes géographiques et des ressources limitées a fait l'objet de discussions lors de la réunion des ministres de la Santé des Etats et Territoires insulaires du Pacifique à Apia (Samoa), en mars 2005. Bénéficiant du soutien du ministère néo-zélandais de la Santé, l'OMS a engagé des consultations avec les Etats et Territoires insulaires du Pacifique en vue de procéder à une analyse de la situation régionale sur la santé mentale.

Un cadre a été élaboré pour le réseau, puis présenté à 20 Etats et Territoires insulaires du Pacifique. Des consultations ont été engagées avec 11 des 20 Etats et Territoires ayant exprimé leur intérêt pour la proposition. L'Agence internationale d'aide et de développement néo-zélandaise a engagé des fonds sur trois ans pour soutenir le réseau ainsi que des cliniciens travaillant dans le domaine de la santé mentale dans les Etats et Territoires insulaires du Pacifique.

En mai 2006, un atelier a été organisé par l'OMS à Auckland, avec pour objectif d'élaborer un plan de mise en oeuvre pour les trois années à venir. Les Etats et Territoires faisant partie du Réseau ont identifié les secteurs prioritaires suivants : sensibilisation sur la santé mentale dans la Région et dans les Etats, ressources humaines et formation, élaboration de stratégies, de politiques, de textes législatifs et planification des services, recherche et information, accès aux médicaments psychotropes. Un lancement officiel du réseau pourrait contribuer à améliorer son profil et son statut. Il a été suggéré de profiter de la prochaine réunion des ministres de la Santé du Pacifique, qui aura lieu en mars 2007 à Vanuatu, pour procéder à ce lancement.

## 2.2 Prévention du suicide

Le Bureau régional pour le Pacifique occidental a tenu sa première conférence sur la prévention du suicide en août 2005, à Manille. Y ont participé les représentants de 22 Etats et Territoires. Que la santé mentale et le suicide représentent de graves problèmes de santé publique dans la Région du Pacifique occidental, qui compte 28 % de la population mondiale, est une opinion partagée. L'OMS estime que quelque 331 000 suicides ont eu lieu dans la Région en 2002, soit 38 % des suicides enregistrés dans le monde entier. Dans la Région, les suicides représentent 33 % de toutes les morts violentes dont sont victimes les hommes et 57 % de l'ensemble des morts violentes auxquelles ont succombé les femmes dans le monde entier.

Tout en reconnaissant la gravité du problème dans la Région, les participants à la conférence se sont déclarés préoccupés par le fait que l'on ne connaît guère la situation spécifique de la plupart des pays en développement et des pays les moins avancés de la Région. La conférence a donc recommandé aux Etats et Territoires de :

- (a) mettre en place un système de surveillance des données de morbidité et de mortalité pour le suicide ;
- (b) développer leurs ressources humaines, notamment les épidémiologistes et statisticiens nécessaires à l'exploitation d'un système fiable et bien conçu de collecte de données sur la morbidité et la mortalité, dont le suicide ;
- (c) prévoir un suivi périodique de la qualité du système de surveillance ;
- (d) étayer le système de surveillance par des travaux de recherche sur les causes et les risques de suicide et sur les facteurs de protection.

Compte tenu de ces recommandations, l'OMS a lancé en mars 2006 un projet appelé START (Suicide Trends in At-Risk Countries and Territories ou Tendances au suicide dans les zones à risque) avec le soutien d'un centre collaborateur de l'OMS, l'Institut australien de recherche et de prévention du suicide. Les représentants de 15 Etats et Territoires ont suivi dans ce centre collaborateur une formation sur la création de bases de données nationales, la compréhension des différents types de comportements suicidaires, la certification des décès par suicide et l'élaboration d'interventions efficaces.

Le projet START permettra de créer et de renforcer les systèmes de surveillance des comportements suicidaires et d'appuyer l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies nationales de prévention et de gestion efficaces de ces comportements.

### **2.3 Initiative pour des soins centrés sur le patient**

Préoccupé par le fait que l'orientation des systèmes de santé et la qualité des services de santé ne sont généralement pas en mesure de répondre aux besoins et exigences du public, le Comité régional a adopté la résolution WPR/RC55.R1 lors de sa cinquante-cinquième session, en septembre 2004. Il a prié le Bureau régional du Pacifique occidental, en collaboration avec le Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est et les Etats Membres, d'établir un projet de cadre politique qui tienne compte de l'importance des facteurs psychosociaux qui influent sur la santé. Il a également prié l'OMS d'apporter un soutien aux Etats Membres pour que ceux-ci fassent en sorte que les politiques de santé se traduisent par des améliorations de la qualité des soins de santé et qu'elles prennent en considération des questions telles que la dignité humaine, les droits et les besoins des patients ainsi que le rôle de la famille, de la culture et de la société.

En vertu des résolutions WPR/RC54.R2 et WPR/RC55.R1, le Bureau régional du Pacifique occidental poursuit dans la région une approche des soins de santé axée de façon accrue sur le patient et basée sur ses droits et s'est engagé dans l'Initiative pour des soins centrés sur le patient, effort birégional entrepris avec le Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est. Un document soulignant les questions pertinentes a été préparé et un projet de cadre politique est en cours d'élaboration. Le processus englobe un groupe de référence d'experts pour guider l'initiative ainsi que toute une série de consultations en profondeur des partenaires dans des pays choisis de la Région d'Asie du Sud-Est et de la Région du Pacifique occidental.

Le groupe de référence s'est réuni les 4 et 5 juillet 2006 à Manille pour discuter du document de fond, suggérer des secteurs prioritaires devant être englobés au cadre politique ou soulignés dans celui-ci, et fournir un feedback et un conseil sur le processus de consultation des partenaires. La réunion a conforté l'OMS dans son opinion, à savoir qu'il existe un besoin urgent de réorientation des services de santé du 21<sup>e</sup> siècle vers une approche des soins de santé centrée sur le patient et basée sur ses droits. Elle a soutenu et approuvé la direction et la teneur des processus et produits envisagés dans l'initiative et a fourni des suggestions constructives destinées à guider et informer le travail à venir, notamment pour le cadre politique et les différents domaines.

La cadre politique proposé couvre quatre domaines politiques correspondant à quatre acteurs des soins de santé : les patients, les familles et les communautés ; les praticiens de la santé ; les institutions de soins de santé ; les systèmes de santé.

Reconnaissant la grande diversité des contextes politiques, socioéconomiques et culturels des systèmes de santé dans les régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, et le fait qu'une approche des soins de santé centrée sur le patient et basée sur ses droits concerne toutes les formes de systèmes de santé à tous les stades de leur développement, les participants à la réunion se sont accordés sur le fait que le processus de consultation des partenaires puisse varier d'un pays à l'autre. Toutefois, il est important d'avoir une présentation plurisectorielle et un panachage de personnes et d'organismes représentant les deux cotés du système de soins de santé, à savoir l'offre et la demande.

La réunion a aussi examiné des perspectives destinées à promouvoir l'initiative et la réorientation des systèmes de santé qu'elle implique. Il a été proposé qu'un ouvrage de vulgarisation complétant le cadre politique soit publié et sorte officiellement à un symposium international au cours duquel une déclaration d'engagement vis-à-vis des soins centrés sur le patient devrait être faite. Un site Web consacré à l'initiative va être mis en place et un travail de sensibilisation plus poussé sera effectué par le biais des milieux universitaires et de réseaux similaires, ainsi que par toute une série d'articles dans des magazines de qualité choisis.

### **3. MESURES PROPOSEES**

Il est demandé au Comité régional d'examiner les progrès réalisés, les recommandations (cf. Annexes 2 et 3) et les secteurs prioritaires proposés pour des actions futures.

## **SALUBRITE DE L'ENVIRONNEMENT**

### **1. SITUATION ET ENJEUX**

Les Etats et les Territoires de la Région du Pacifique occidental sont confrontés à de multiples risques sanitaires liés à l'environnement. Dans les pays à faible revenu, les gens souffrent encore des

risques environnementaux traditionnels, notamment l'eau polluée, les mauvaises conditions d'assainissement et le manque d'hygiène, les fumées à l'intérieur des habitations dégagées par le chauffage et la cuisson des aliments. Dans les pays en rapide développement, les gens sont exposés à des risques sanitaires supplémentaires liés à la modernité tels que la pollution urbaine, industrielle et agrochimique, ainsi que les accidents d'origine industrielle. Ces dernières années, l'impact sanitaire de la modification climatique et des écosystèmes est devenu préoccupant dans beaucoup de pays de la Région. Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement est un défi majeur pour les Etats et les Territoires de la Région (on estime à 2,9 millions le nombre de décès qui leur sont imputable et à 58,8 millions les années de vie corrigées de l'incapacité).

Après avoir examiné ces enjeux lors de sa cinquante-sixième session en septembre 2005, le Comité régional du Pacifique occidental a encouragé les Etats Membres à renforcer les ressources humaines et les capacités institutionnelles affectées à l'évaluation et à la gestion des risques sanitaires liés à l'environnement, à mettre en place et à renforcer les dispositifs de coordination entre les secteurs et à organiser régulièrement des forums sur le thème Santé et environnement, à identifier les risques sanitaires prioritaires liés à l'environnement et à élaborer des plans d'action à l'échelon national ou local pour réduire ces risques, à élargir la participation du secteur de la santé à la mise en oeuvre et au suivi des déclarations et des accords internationaux relatifs à la salubrité de l'environnement.<sup>3</sup> Le Comité régional a aussi prié l'OMS d'améliorer la collaboration avec les institutions des Nations Unies compétentes et avec des partenaires régionaux pour favoriser le développement des capacités nationales en matière d'évaluation et de gestion des risques sanitaires liés à l'environnement, de mener des actions de sensibilisation qui réduiront l'impact sanitaire des changements climatiques en réduisant leurs effets et en favorisant l'adaptation et enfin de travailler en étroite collaboration avec le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est pour améliorer la relation entre santé et environnement.

## **2. MESURES PRISES**

Suite aux décisions prises par le Comité régional, la Région du Pacifique occidental et ses Etats Membres ont rapidement mis en place des programmes de salubrité de l'environnement aux

---

<sup>3</sup> Résolution WPR/RC56.R7



niveaux national et régional. Ainsi, le Cambodge, la Chine, la Mongolie, les Philippines et le Viet Nam ont, avec l'appui de l'OMS, organisé des forums nationaux multisectoriels sur le thème Santé et environnement pendant lesquels ils ont entamé l'élaboration de plans d'action nationaux pour la salubrité de l'environnement. Ces pays ont travaillé en collaboration avec l'OMS, l'Agence australienne pour le Développement international, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et l'Agence des Etats-Unis pour le développement international entre autres afin de renforcer les capacités d'évaluation et de gestion des risques liés à la qualité de l'eau. Il s'agit notamment de la réalisation d'études sur la charge de morbidité imputable à l'insalubrité de l'eau insalubre et aux mauvaises conditions d'assainissement, du renforcement des systèmes de surveillance de la qualité de l'eau de boisson, de l'élaboration de plans visant à garantir la salubrité de l'eau, de la promotion du traitement de l'eau des ménages et de la mise en place de réseaux d'adduction d'eau et d'assainissement dans les hôpitaux et les écoles.

L'OMS a travaillé en collaboration avec le Japon, par l'intermédiaire de l'Agence japonaise de coopération internationale et la Japan International Corporation of Welfare Services, pour organiser le séminaire sur la gestion de l'approvisionnement en eau qui a regroupé des participants de plusieurs pays en développement.<sup>4</sup> Le Cambodge, la Mongolie, les Philippines, la République démocratique populaire lao, les îles Salomon et le Viet Nam ont entrepris la mise en place et l'application de plans de gestion des déchets médicaux. Le Cambodge et le Viet Nam ont formé leurs équipes à l'évaluation des impacts sanitaires. La Chine, la Mongolie et la République démocratique populaire lao ont entrepris l'évaluation de l'impact sanitaire de la qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments et ont élaboré des systèmes de gestion. Soutenue par l'OMS, la Mongolie a continué à renforcer le rôle de son centre anti-poison et a commencé une étude sur les impacts sanitaires de la pollution de l'environnement par le plomb. Bénéficiant également du soutien de l'OMS, les Philippines ont formé une équipe à l'organisation des secours en cas d'urgence chimique, et le Viet Nam a rédigé un rapport sur les impacts sanitaires des pesticides. Plusieurs pays ont transmis des données sur leur secteur de la santé pour contribuer à l'élaboration de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques.<sup>5</sup> La Chine a préparé des rapports sur l'impact sanitaire du secteur des transports et des changements climatiques et a commandé d'autres études sur ces problèmes. La Chine et les Iles Fidji se sont récemment lancées dans un projet favorisant l'adaptation aux changements climatiques afin de protéger la santé humaine.

---

<sup>4</sup> Cambodge, République démocratique populaire lao, Myanmar et Viet Nam

<sup>5</sup> Des membres des ministères de la Santé de Kiribati, de Papouasie Nouvelle Guinée, de Vanuatu et du Viet Nam ont pris part à la troisième réunion préparatoire à l'approche stratégique pour la gestion internationale des substances chimiques qui a eu lieu à Vienne en septembre 2005.

A l'échelon régional, l'OMS, en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour l'Environnement, a organisé la deuxième réunion de haut niveau sur la santé et l'environnement en décembre 2005 à Bangkok (Thaïlande), à laquelle ont participé les directeurs ou les hauts-fonctionnaires des organisations de la santé et de l'environnement de 13 pays asiatiques.<sup>6</sup> Ils ont examiné une charte régionale sur l'environnement et la santé et se sont mis d'accord pour organiser un forum régional de niveau ministériel fin 2006 et de former des groupes de travail régionaux thématiques sur les problèmes prioritaires de salubrité de l'environnement. Le groupe travaillant sur le thème approvisionnement en eau, assainissement et hygiène bénéficiera de l'aide du programme de la Banque mondiale pour l'eau et l'assainissement. En 2007, l'OMS et l'UNICEF organiseront conjointement une conférence ministérielle sur l'assainissement en Chine. La deuxième réunion de haut niveau sur la santé et l'environnement s'est tenue à la suite de la Conférence scientifique sur la salubrité de l'environnement en Asie et dans Pacifique. Ont participé à ces deux réunions la Banque asiatique de développement, le Programme des Nations Unies pour le Développement, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, le Programme des Nations Unies pour l'Environnement, les Bureaux régionaux de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est et pour le Pacifique occidental et la Banque mondiale. D'autres activités birégionales ont été mises en place. Il s'agit notamment de l'atelier régional sur les conséquences sanitaires de la variabilité du climat et des changements climatiques dans la région de l'Himalaya, du séminaire de formation interrégional sur la pollution de l'air intérieur et sur le suivi des énergies domestiques, de l'atelier birégional sur les liens entre la santé et l'environnement dans l'agriculture, du stage de formation sur le thème De l'air propre en Asie, et enfin du projet soutenu par l'Agence australienne pour le développement international pour accélérer la gestion efficace de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène pour une meilleure santé en Asie.

Dans le Pacifique, l'OMS a formé des partenariats avec l'Agence australienne pour le développement international, l'Agence néo-zélandaise d'aide au développement international, le Ministère néo-zélandais de la Santé et la Commission du Pacifique Sud sur les sciences appliquées de la terre afin d'encourager l'application du cadre d'action pour la qualité de l'eau de boisson et la santé dans les pays insulaires du Pacifique. Ce travail de collaboration comprend le développement et la mise en oeuvre de plans pour la salubrité de l'eau, la création de systèmes ou de plans de contrôle de la qualité de l'eau de boisson et le renforcement des capacités nationales d'analyse microbienne des réserves d'eau de boisson. L'OMS a pris part à la réunion régionale sur la gestion des déchets solides organisée par le secrétariat du programme régional pour l'environnement dans le Pacifique lors de

---

<sup>6</sup> Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Indonésie, Japon, République démocratique populaire lao, Malaisie, Mongolie, les Philippines, République de Corée, Singapour, Thaïlande et Viet Nam.

laquelle a été élaborée la stratégie pour la gestion des déchets solides dans les Etats et Territoires insulaires du Pacifique.

### **3. MESURES PROPOSEES**

Le Comité régional est invité à examiner les mesures suivantes proposées aux Etats Membres :

- (1) développer les ressources et les capacités pour contribuer davantage à l'élaboration et à la mise en oeuvre de plans d'action nationaux visant à résoudre les problèmes récents et complexes de salubrité de l'environnement comme la qualité de l'air intérieur et extérieur, l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'hygiène, la gestion des substances chimiques et des déchets, l'impact sanitaire des changements climatiques et des écosystèmes, la préparation aux situations d'urgence de nature industrielle, notamment les accidents chimiques et les incidents radio-nucléaires, grâce à des forums nationaux multisectoriels, et
- (2) continuer à participer activement aux divers programmes régionaux sur la santé et l'environnement, notamment le forum ministériel régional sur la santé et l'environnement dans les pays de l'ANASE et dans l'Est asiatique qui se tiendra pour la première fois en décembre 2006, la conférence ministérielle sur l'assainissement dans l'Est asiatique au début de 2007, la mise en oeuvre du cadre d'action pour la qualité de l'eau de boisson et la santé dans les pays insulaires du Pacifique et les réunions régionales et activités propres aux pays en matière de gestion des déchets solides, particulièrement des déchets de soins médicaux dans les Etats et Territoires océaniques.

L'OMS poursuivra sa collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies et avec des partenaires régionaux afin de soutenir le renforcement des capacités des Etats Membres et les diverses initiatives régionales en faveur de la santé et de l'environnement.

Il est demandé au Comité régional de prendre note du présent rapport.



## Convention-cadre pour la lutte antitabac (Convention-cadre)

### Rapports sur l'état d'avancement de la mise en oeuvre de la Convention-cadre à la Conférence des Parties (COP)

#### LIGNES DIRECTRICES - QUESTIONNAIRE GROUPE 1

Ces rapports, qui doivent être soumis à la Conférence des Parties conformément à l'Article 21 - *Notification et échange d'informations*, donnent l'état d'avancement de la mise en oeuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

#### **OBJECTIF :**

Les rapports présentés doivent permettre aux Parties d'acquérir une compréhension et un enseignement de leur expérience respective de la mise en oeuvre de la Convention-cadre en communiquant des détails sur les progrès accomplis par les pays Membres dans cette mise en oeuvre.

#### **PERIODICITE ET CALENDRIER DES RAPPORTS :**

Ainsi que convenu lors de la première Conférence des Parties (COP) un système de notification progressif sera mis en oeuvre. Pour cela les rapports seront répartis en trois Groupes.

Le Groupe 1 (pour lequel des questions ont été élaborées) couvre les points essentiels – données, législation, taxation et financement des activités de mise en oeuvre.

**GROUPE 1 :** Les Parties font rapport sur toutes les questions **essentiels** du groupe 1 dans les **deux années** suivant l'entrée en vigueur de la Convention pour la Partie concernée. Cela constituera les modalités de notification minimum. Les Parties peuvent aussi faire rapport sur des questions facultatives choisies, si elles le souhaitent.

Le Groupe 2 et le Groupe 3 : les questions seront élaborées lors de la deuxième session de la COP sur la base des questions du Groupe 1.

**GROUPE 2 :** Les Parties font rapport sur toutes les questions **essentiels** du groupe 2 dans les **cinq années** suivant l'entrée en vigueur de la Convention pour la Partie concernée. Cela constituera les modalités de notification minimum. Les Parties peuvent aussi faire rapport sur des questions facultatives choisies, si elles le souhaitent.

Annexe 1

GROUPE 3 : Les Parties font rapport sur toutes les questions **essentiels** du groupe 3 dans les **huit années** suivant l'entrée en vigueur de la Convention pour la Partie concernée.

Tous les rapports doivent être soumis au Secrétariat de la COP.

Au lieu de fixer les mêmes délais pour tous les rapports, ce processus permettra au Secrétariat de les recevoir progressivement.

En élaborant les rapports, les Parties devront saisir l'occasion d'échanger des enseignements et, le cas échéant, d'inclure des exemples de meilleures pratiques ou les coordonnées de correspondants susceptibles de fournir des précisions sur un aspect de la mise en oeuvre.

**SOUSSION DU RAPPORT :**

Les Parties fourniront des rapports dans l'une des **six langues officielles**<sup>1</sup> et ne devront pas attendre du Secrétariat qu'il en assure la traduction. Toutefois, le Secrétariat devra, lors de l'examen des rapports, en fournir des résumés ou des analyses qui seront plus particulièrement axés sur les réalisations ou les domaines importants pour lesquels l'échange d'informations pourrait s'avérer précieux.

**AIDE AUX PAYS EN DEVELOPPEMENT ET AUX ECONOMIES EN TRANSITION (SECTION 7 : ASSISTANCE TECHNIQUE ET FINANCIERE)**

Dans cette section, les Parties devraient faire rapport sur :

- leur capacité à fournir une assistance, financière et technique, dans le cas de partenaires du développement, et l'assistance déjà fournie ; ou
- les domaines dans lesquels elles estiment avoir des besoins et la mesure dans laquelle ces besoins sont ou non satisfaits, et une évaluation de l'assistance, technique et financière, nécessaire pour leur permettre d'accéder au groupe de notification suivant, dans le cas de pays en développement et d'économies en transition. Cela pourrait aussi inclure les difficultés et les obstacles rencontrés dans la mise en oeuvre ainsi que l'assistance déjà reçue/fournie.

Le Secrétariat devrait en outre examiner en particulier cette section des rapports des Parties et servir de centre d'information tâchant d'aider les pays à faciliter la coordination des compétences et des ressources disponibles avec les besoins recensés. Dans le premier cas, le Secrétariat devrait s'efforcer de gérer ce processus à l'intérieur des Régions, pour un fonctionnement plus efficace et une plus grande compréhension à l'intérieur des Régions

---

<sup>1</sup> Anglais, arabe, chinois, espagnol, français ou russe

**COMMUNICATION DE L'INFORMATION**

Pour faciliter l'accès aux exemples de meilleures pratiques dans certains domaines de la lutte antitabac, il est proposé que tous les rapports des Parties puissent être consultés sur un site Web et classés sous les rubriques – Rapports sur deux ans, Rapports sur cinq ans, Rapports sur huit ans, afin que les Parties puissent s'informer de l'état d'avancement au niveau international de la mise en oeuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Les pays qui n'ont pas encore ratifié la Convention et qui recherchent des informations pourront aussi avoir accès à ce site pour pouvoir ainsi prendre les mesures de lutte antitabac appropriées, comme le veut l'objectif du partage de l'expérience.

Le Secrétariat devrait fournir des informations en retour à chaque Partie ayant présenté un rapport. Le Secrétariat devrait par ailleurs analyser les progrès réalisés au niveau international dans la mise en oeuvre de la Convention. Ce résumé, établi sur une base annuelle à partir de 2007, visera à :

- présenter les progrès aux niveaux international et régional ;
- souligner les réalisations importantes ; et
- traduire l'esprit de partage des enseignements tirés.

Les réunions des groupes régionaux de l'OMS pourraient être par ailleurs l'occasion de communiquer des données d'expérience et d'obtenir d'autres Parties des informations sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Convention.

Les progrès accomplis seront évalués par la Conférence des Parties, tant au plan régional qu'au plan mondial, sur la base des rapports reçus et analysés par le Secrétariat.

Il convient de noter que la liste des points figurant dans l'instrument de notification n'est pas exhaustive, mais reflète l'esprit et le but de la Convention-cadre.





**CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA REUNION  
SUR LA PREVENTION DU SUICIDE DANS LA REGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL  
15-19 AOUT 2005, BUREAU REGIONAL DE L'OMS, MANILLE**

**Conclusions**

Tous s'accordent à dire que la santé mentale et le suicide sont deux problèmes majeurs de santé publique dans la Région du Pacifique occidental. Les statistiques disponibles montrent qu'en 2002 environ 331 000 suicides ont été enregistrés dans la Région, ce qui représente 38 % de l'ensemble des suicides enregistrés dans le monde, 33 % du total mondial des morts violentes chez les hommes et 57 % du total mondial des morts violentes chez les femmes. Les blessures auto-infligées, ou le suicide, comptent parmi les cinq premières causes de mort violente dans la Région, devant les accidents de la route et les chutes, tout confondu, et représentent 2,5 % de la charge totale de morbidité. Les troubles mentaux sont parmi les facteurs de risque les plus significatifs du suicide. A l'échelle mondiale, les troubles mentaux sont associés à 95 % des suicides. Des études menées dans les pays de la Région du Pacifique occidental indiquent cependant un pourcentage un peu plus faible, compris entre 63 % et 83 %. Pour cette raison, tous les pays devraient porter la gestion des problèmes de santé mentale et du suicide au rang des priorités dans leurs programmes sanitaires nationaux.

Si l'on a pris conscience de l'ampleur du problème posé par le suicide dans la Région, on ne connaît guère la situation spécifique de la plupart des Etats Membres à revenu faible ou intermédiaire. C'est pourquoi il est indispensable pour ces pays d'exploiter et de gérer les données existantes, d'organiser de nouvelles sources de données de surveillance, et finalement de mettre en place un système d'enregistrement des taux de mortalité. Il est essentiel de mettre en oeuvre un système de surveillance bien conçu et fiable pour déterminer l'importance relative des toutes les situations sanitaires, et donc, essentiel pour la planification de la santé. Cela constitue un premier pas indispensable vers l'allocation de ressources souvent limitées.

On constate dans la Région des différences dans la prestation des services de prévention du suicide. Certains pays seulement ont mis en place des programmes cohérents de prévention du suicide. L'Australie, la Nouvelle Zélande et le Japon par exemple, ont leur propre stratégie nationale de prévention du suicide, alors que le Cambodge se débat avec la mise en place de son programme de santé mentale. Les services de prévention du suicide sont généralement intégrés aux systèmes de santé

## **Annexe 2**

mentale, mais ils peuvent aussi être assurés dans d'autres systèmes, services et/ou contextes tels que les services de santé généraux, les établissements scolaires, les institutions militaires et les organisations non gouvernementales, les associations professionnelles, les programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, les initiatives pour la prévention des accidents, les programmes de lutte contre la violence domestique, les groupes de rescapés, les chefs spirituels, les guérisseurs traditionnels et d'autres encore.

Finalement, dès lors que l'on reconnaît l'existence de différences importantes entre les caractéristiques et les capacités des divers pays de la Région, on comprend à quel point il est important pour les Etats Membres de coopérer et de mettre en commun leurs compétences, leurs ressources humaines et les leçons tirées de leur propre expérience de prévention du suicide.

### **Recommandations**

- (1) Il est nécessaire de disposer de données fiables et d'actualité afin de soutenir des initiatives de prévention du suicide adaptées aux spécificités de chaque pays. Selon le degré d'élaboration des systèmes de collecte des données de morbidité et de mortalité, il est recommandé aux pays:
  - (a) de mettre en place un dispositif de surveillance des taux de morbidité et de mortalité liés au suicide ;
  - (b) de développer leurs ressources humaines (notamment les épidémiologistes) nécessaires à la maintenance d'un système bien conçu et fiable de collecte des données de morbidité et de mortalité, suicide inclus ;
  - (c) de prévoir un suivi périodique de la qualité du système de surveillance ;
  - (d) d'effectuer des travaux de recherche sur le suicide (causes, risques et facteurs de protection).
  
- (2) Les initiatives de prévention du suicide varient d'un pays et d'un territoire à l'autre. Alors que certains ne disposent d'aucun programme de prévention du suicide, d'autres ont mis en place des campagnes de sensibilisation et très peu ont lancé un programme approfondi de prévention. Afin de lancer et d'étendre les activités de prévention du suicide, l'OMS devra :
  - (a) encourager les pays à élaborer et mettre en oeuvre des stratégies nationales pour gérer et prévenir de manière efficace les comportements suicidaires ;

**Annexe 2**

- (b) offrir son appui pour rendre les stratégies opérationnelles et en favoriser la mise en oeuvre et l'évaluation.
- (3) Puisqu'il est généralement reconnu que la santé mentale et le suicide posent de graves problèmes dans chaque pays, les Etats Membres devront :
- (a) intégrer les stratégies de prévention du suicide dans leurs politiques et programmes de santé, notamment le soutien des personnes frappées par le suicide ou les tentatives de suicide ;
  - (b) identifier les systèmes et programmes existants susceptibles de générer des données sur les comportements suicidaires (les admissions dans les hôpitaux, les numéros des salles des urgences, les rapports de police par exemple) ;
  - (c) identifier les systèmes, programmes, projets ou activités existants dans lesquels il serait possible d'intégrer la sensibilisation à la prévention du suicide (activités de promotion de la santé mentale, programmes scolaires, sécurité sur les lieux de travail, soins de santé primaires, programmes de lutte contre l'abus de drogue et d'alcool, services d'assistance téléphonique, etc.) ;
  - (d) instaurer et créer des partenariats avec les médias pour promouvoir les efforts de prévention du suicide et améliorer ainsi la qualité et la justesse de leurs communiqués ;
  - (e) développer et améliorer la qualité des services de santé mentale et l'accès à ces services (amélioration du dépistage précoce et du traitement de la dépression et d'autres troubles mentaux, par exemple) ;
  - (f) développer et améliorer la qualité d'autres services sanitaires et l'accès à ces services (équiper les salles des urgences en antidotes et l'amélioration le traitement des personnes présentant des signes d'empoisonnement).

**Annexe 2**

- (4) Reconnaissant les différences qui existent entre les capacités des différents pays à mettre eux-mêmes en place les initiatives de prévention du suicide, il est fortement recommandé aux Etats Membres de collaborer dans les activités suivantes :
- (a) constituer un réseau officiel dans la Région et, le cas échéant, dans des sous-groupes de pays (les îles du Pacifique par exemple). Le réseau devrait s'attacher à constamment diffuser les informations, promouvoir la recherche, échanger sur la notion de suicide propre à chaque culture et sur les différentes manières de le traiter, partager les ressources humaines et les compétences techniques et soutenir activement la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de santé mentale et de prévention du suicide au travers de l'éducation et de l'apprentissage (notamment la familiarisation avec la CIM10).
  - (b) concevoir un outil commun de surveillance du suicide pouvant être exploité dans la Région ou dans les sous-régions afin de normaliser la notification des suicides et permettre ainsi l'observation des tendances régionales ou sous-régionales (notamment les tendances des tentatives de suicide et des méthodes d'auto-mutilation) ; et
  - (c) élaborer un projet commun de recherche pour partager les connaissances, susciter une meilleure compréhension du suicide à l'échelle des pays, encourager le plaidoyer et mettre en place et évaluer des programmes de prévention.
- (5) Une réunion de suivi est nécessaire pour ne pas relâcher les premiers efforts et surveiller les progrès réalisés dans les initiatives régionales de prévention et de prise en charge du suicide. Cette réunion de suivi devrait aussi permettre de discuter des détails d'une future collaboration dans la Région.

**PREMIERE REUNION DU GROUPE DE REFERENCE SUR L'INITIATIVE  
POUR DES SOINS CENTRES SUR LE PATIENT, 4-5 JUILLET 2006, MANILLE**

**POINTS ESSENTIELS DES ACCORDS ET RECOMMANDATIONS**

**1. Généralités**

- 1.1 L'expression « soins centrés sur le patient » fait référence aux personnes malades qui se trouvent en général en relation d'interdépendance avec le système de santé, et plus particulièrement avec les établissements de soins. L'expression « soins centrés sur la personne » est recommandée, car elle recouvre les services de santé aux populations et à l'individu, notamment la prévention de la maladie et la promotion du bien-être, dans les établissements de soins et au-delà.
- 1.2 On s'accorde à dire que les soins centrés sur le patient ou sur la personne comportent au moins les éléments clés suivants : culture des soins et de la communication, approches et modèles des services les mieux adaptés, services et établissements réactifs, responsables et aptes à rendre des comptes et aide à l'environnement au travers des dispositifs d'encouragement et de participation.
- 1.3 Bien que les contextes culturels, socio-économiques et politiques des systèmes de santé soient différents en Asie du Sud-Est et dans la Région du Pacifique occidental, le concept des soins centrés sur le patient et fondé sur ses droits convient à tous les systèmes de soins, quel qu'en soit le niveau de développement. Cette initiative birégionale est donc tout à fait appropriée.
- 1.4 Lorsqu'il sera opérationnel et appliqué efficacement, le cadre politique devra refléter le rôle important de la gestion des connaissances. Il devra aborder les problèmes de diffusion des données factuelles, de la compilation et du partage des expériences, et des leçons tirées en dehors du secteur de la santé.
- 1.5 L'atout de la base de données factuelles, considérant l'éventail des politiques et des interventions possibles pourrait être variable de telle sorte que les Etats et Territoires puissent être assistés dans l'évaluation de leur efficacité potentielle et dans le choix de la combinaison des politiques et du moment de l'appliquer qui conviennent le mieux à leur situation spécifique,

### **Annexe 3**

grâce à des changements progressifs ou au travers d'un ensemble de réformes novatrices appliquées à l'ensemble du système.

1.6 Outre la création d'un site Internet dédié à l'initiative, il serait possible de publier un ouvrage de divulgation et d'organiser un symposium international pour le lancer et obtenir des appuis en faveur de l'initiative. On pourrait aussi organiser des campagnes de promotion et de sensibilisation par le biais des milieux universitaires et des cercles de qualité, ou encore rédiger une série d'articles dans certaines revues comme *The Lancet* par exemple.

1.7 L'initiative n'est ni un nouveau programme ni un projet complémentaire. Le concept des soins centrés sur le patient et fondés sur ses droits devrait être intégré dans tous les programmes de santé, qu'ils soient pleinement opérationnels ou en cours d'élaboration. Il sera utile de dresser une carte des liens qui existent entre l'initiative et ces programmes, en particulier en ce qui concerne les options possibles de politiques et les recommandations. De bons documents sur les stratégies de programmes et les plans existent déjà. Il conviendrait d'ajouter les recommandations appropriées à l'éventail des politiques de soins centrés sur le patient.

## **2. Spécificités**

### **2.1 Plan directeur et domaines**

2.1.1 Il est recommandé d'enrichir les options de réforme des politiques et d'interventions pour qu'elles reflètent la base factuelle de grande portée et notamment les expériences propres à chaque pays et les études de qualité.

2.1.2 Alors que les systèmes de santé dans la région Asie-Pacifique sont calqués sur le modèle occidental individualisé des soins, la tradition des soins de santé dans la région inclut largement la famille. Cette caractéristique devrait être prise en compte dans le cadre des politiques, et le domaine individuel (Domaine 1) devrait davantage englober la famille, la communauté et la société civile.

2.1.3 Il est important de relier les interventions de politique aux niveaux individuel, structurel et politique, comme la planification de la main d'oeuvre, les avantages financiers et autres mesures d'incitation, le statut des services et des prestataires de soins primaires, et enfin le rôle et la contribution des organismes professionnels.

**Annexe 3**

- 2.1.4 Outre les compétences essentielles en matière de connaissances et d'aptitudes, il conviendra de mettre l'accent sur le développement et le renforcement de valeurs positives. Il faut souligner l'importance de la communication et de l'assistance dans le programme d'enseignement et dans les différentes formations continues.
- 2.1.5 L'environnement de travail des praticiens doit être propice à la prestation de soins sûrs et réactifs – l'organisation du processus de soins, la culture organique, les systèmes d'assurance qualité et autres.
- 2.1.6 Pour le système de santé dans une plus large optique, les problèmes suivants doivent être abordés : réglementation des secteurs public et privé, responsabilisation du secteur de l'assurance maladie, critères de sélection pour la formation professionnelle en vue d'améliorer la qualité et d'obtenir une meilleure répartition géographique, interventions du côté de la demande pour réduire les obstacles à l'accès aux soins et à l'usage qui en est fait.
- 2.1.7 Toutes les options de politiques et les interventions doivent s'associer et tendre vers le principal résultat recherché, à savoir l'usage efficace des services de santé résultant d'un partenariat de personnes aptes à prendre des décisions éclairées en termes de comportement lié à la santé et de soins et de praticiens qualifiés, réactifs et bienveillants.
- 2.2 Consultations à l'intérieur des pays
- 2.2.1 La consultation des partenaires dans certains Etats Membres constituera une partie intégrante de l'initiative car elle permet d'obtenir des informations importantes depuis les activités de terrain jusqu'au processus d'élaboration du cadre directeur et d'enrichissement des différentes options politiques.
- 2.2.2 Le processus de consultation des partenaires peut varier d'un pays à l'autre. Il peut par exemple s'agir de discussions de groupes autour de sujets particuliers, d'interviews d'informateurs clés ou d'ateliers en petits groupes. Il est important d'avoir une représentation multisectorielle et un mélange d'individus et d'organisations représentatives de l'offre et de la demande dans le système de soins de santé. Des organismes de financement et d'autres partenaires pourraient aussi y être conviés.

**Annexe 3**

2.2.3 Les consultations internes pourraient dans un premier temps se dérouler en Malaisie, en République de Corée et en Thaïlande, car il semble que ces pays soient prêts et ont l'expérience requise.

2.2.4 Il pourrait y avoir une seconde vague de consultations et un autre dispositif de consultation pourrait être envisagé et déterminé en concertation avec les représentants de l'OMS dans d'autres pays.