



# Rapport sur la santé en Europe 2009

Santé et  
systèmes de santé



Rapport sur la santé en Europe 2009

**Santé et systèmes de santé**

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

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

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



Rapport sur la santé en Europe 2009

**Santé et systèmes de santé**

---

## Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport sur la santé en Europe 2009 : santé et systèmes de santé.

1. État sanitaire
2. Indicateurs état sanitaire
3. Mortalité – statistiques
4. Morbidité – statistiques
5. Délivrance soins – organisation et administration
6. Planification régionale santé
7. Politique sanitaire
8. Europe

ISBN 978 92 890 2415 0 (version imprimée)  
ISBN 978 92 890 2416 7 (version électronique)

Classification NLM : WA 900

---

ISBN 978 92 890 2415 0

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

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

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

### © Organisation mondiale de la santé 2010

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

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

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

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

## Table des matières

Contributeurs.....	vii
Sigles et abréviations .....	viii
Termes techniques .....	viii
Groupes de pays .....	viii
<i>Avant-propos</i> .....	ix

### **Première partie. Introduction..... 1**

Objectifs du rapport .....	3
Structure du rapport .....	4
Références .....	6

### **Deuxième partie. La santé dans la Région européenne ..... 9**

Principaux indicateurs de la situation sanitaire : moyennes et tendances.....	10
Espérance de vie .....	10
Mortalité .....	17
Charge de morbidité .....	30
Les défis de l'avenir .....	34
Facteurs influant sur la santé .....	35
Environnement et santé .....	34
Modes de vie et comportements.....	44
Déterminants sociaux de la santé.....	49
Défis d'aujourd'hui et de demain.....	56
Évolutions démographiques dans la Région européenne .....	57
Réduction de la charge engendrée par les maladies transmissibles .....	62
Progression constante des maladies chroniques .....	70
Augmentation des dépenses de santé .....	78
Le rôle des systèmes de santé dans l'amélioration de la santé de la population .....	82
Amélioration des résultats sur le plan de l'état de santé .....	83
Augmentation de la couverture et de la protection financière .....	92
Réduction du manque d'équité en santé et accès aux soins de santé.....	99
Contribution à la santé et au bien-être sociétal .....	105
Références .....	110

### **Troisième partie. Renforcement des systèmes de santé ..... 127**

Investir dans les systèmes de santé .....	128
Prestation de services intégrés et efficaces par rapport au coût.....	128
Investissement dans les ressources humaines et financières.....	133
Redynamisation des soins primaires en Europe dans l'objectif de services centrés sur la personne.....	137
L'être humain d'abord : la raison d'être des soins centrés sur la personne .....	137
Diversité des soins primaires dans la Région européenne de l'OMS .....	138
Mise en place de soins centrés sur la personne dans la Région européenne de l'OMS.....	139

Obstacles à la mise en place de soins centrés sur la personne : des exemples de solution en Europe.....	142
Maintien de la performance grâce aux politiques de financement de la santé.....	145
Réallocation des fonds publics à la santé en dépit des contraintes budgétaires plus lourdes.....	146
Achat stratégique de soins de santé : des ressources allouées aux prestataires en fonction des données sur leur performance ou des besoins de la population.....	152
Conclusion .....	155
Exercice de la fonction de direction ( <i>stewardship</i> ) dans l'optique de politiques publiques favorables à la santé .....	155
Fonction de direction et systèmes de santé .....	156
Exemples pratiques de direction propice à des politiques publiques favorables à la santé .....	158
La santé dans toutes les politiques : instruments et difficultés.....	159
Conclusion .....	161
Évaluation de la performance des systèmes de santé sur le plan de la responsabilité....	162
Responsabilité vis-à-vis de l'obtention de meilleurs résultats sur la santé et fonction de direction ( <i>stewardship</i> ) du système de santé.....	162
Évaluation de la performance des systèmes de santé dans les pays européens.....	164
Tendances internationales, principales difficultés et voie à suivre .....	167
Références .....	169

#### **Quatrième partie. Annexe ..... 179**

Tableau 1. Population de la Région européenne de l'OMS, 2007 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles) et 2020 (projection) .....	180
Tableau 2. Indicateurs socioéconomiques de base dans la Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles .....	181
Tableau 3. Améliorer la situation sanitaire dans la Région européenne de l'OMS .....	182
Tableau 4. Facteurs influençant la santé (environnement, style de vie et comportement) dans la Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle les données sont disponibles.....	183
Tableau 5. Financement du système de santé, vaccination et stratégie Halte à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS.....	184
Tableau 6. Les ressources humaines pour la santé dans la Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles .....	185
Tableau 7. Prestation de services de santé dans la Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles .....	186
Définitions des indicateurs repris dans les tableaux.....	187

## Contributeurs

Le *Rapport sur la santé en Europe 2009* a été élaboré sous la direction d'Enis Barış, directeur de la Division des systèmes de santé des pays, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et d'Enrique Loyola, Anatoliy Nosikov et Govin Permanand, membres du personnel du Service d'informations sanitaires utilisables. Les personnes qui ont contribué à cet ouvrage (énumérées ci-dessous par ordre alphabétique) étaient, sauf indication contraire, des fonctionnaires du Bureau régional lors de l'élaboration de ce rapport.

Les auteurs et principaux collaborateurs sont : Sara Allin (Université de Toronto, Canada), Enis Barış, Jill Farrington (Université de Leeds, Royaume-Uni), Ann-Lise Guisset, Matthew Jowett, Theadora Koller, Joseph Kutzin, Jeffrey Lazarus, Julia Lear, Enrique Loyola, Francesco Mitis, Anatoliy Nosikov, Martina Pellny, Govin Permanand, Michaela Schiøtz (Université de Copenhague, Danemark), Mike Sedgley, Sarah Simpson et Jeremy Veillard.

Les personnes suivantes ont également apporté leur contribution à ce rapport : Roberta Andraghetti, Franklin Apfel (World Health Communication Associates, Royaume-Uni), Andrea Bertola, Chris Brown, Cristina Comunian, Mikhail Ejoy, Tamás Evetovits, Josep Figueras, Bernhard Gibis (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Allemagne), Michala Hegermann-Lindencrone, Sonja Kahlmeier, Michal Krzyzanowski, Suszy Lessof, Rebecca Martin, Martin McKee (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni), Lars Møller, Ole Norgaard, Francesca Racioppi, Annemarie Rinder Stengaard, Marc Suhrcke (University of East Anglia, Royaume-Uni), Srdan Matic, Brenda Van den Bergh, Martin van den Boom, Trudy Wijnhoven, Isabel Yordi et Erio Ziglio.

Le directeur régional de l'OMS pour l'Europe, Marc Danzon, et la directrice régionale adjointe, Nata Menabde, ont formulé des suggestions, des commentaires et des critiques à propos de ce document. Grace Magnusson, Hanne Wessel-Tolvig et Kate Willows Frantzen ont participé à sa préparation.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe tient à remercier tout particulièrement Anatoliy Nosikov, non seulement pour le travail qu'il a accompli à l'occasion de ce rapport et de plusieurs de ses éditions antérieures, mais également pour les 20 ans qu'il a passés au service de l'Organisation. Nous lui souhaitons une bonne retraite.

## Sigles et abréviations

### Termes techniques

AVCI	années de vie corrigées du facteur invalidité
CEE-ONU	Commission économique pour l'Europe de l'ONU
DOTS	stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée par l'OMS
ECDC	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
IMC	indice de masse corporelle (poids en kg divisé par la taille en m <sup>2</sup> )
NHS	National Health Service (Service national de santé) (Royaume-Uni)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
PIB	produit intérieur brut
PPA	parité de pouvoir d'achat
PPE TSE	Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement
TMS	taux de mortalité standardisé sur l'âge

### Groupes de pays

CEI	Communauté des États indépendants, qui comprenait l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Bélarus, la Fédération de Russie, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, la République de Moldova, le Tadjikistan, le Turkménistan et l'Ukraine au moment du rassemblement des données relatives à cet ouvrage
EUR-A	Les 27 pays où les taux de mortalité sont très faibles chez les enfants et les adultes : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Saint-Marin, Slovénie, Suède et Suisse
EUR-B	Les 17 pays où les taux de mortalité sont faibles chez les enfants et les adultes : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan, Pologne, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Tadjikistan, Turkménistan et Turquie
EUR-C	Les 9 pays où les taux de mortalité sont faibles chez les enfants mais élevés chez les adultes : Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Hongrie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, République de Moldova et Ukraine
RACK	Républiques d'Asie centrale et Kazakhstan : Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turkménistan et Kazakhstan
UE	Union européenne
UE-12	Les 12 pays devenus membres de l'UE à partir de mai 2004
UE-15	Les 15 pays qui composaient l'UE avant le 1 <sup>er</sup> mai 2004

## Avant-propos

*En temps de crise, il est particulièrement important d'investir dans la santé et les systèmes de santé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe collabore depuis plusieurs années avec les États membres afin d'améliorer la performance de ces systèmes. Aujourd'hui plus que jamais, les systèmes de santé doivent faire face à une demande et à des attentes croissantes en raison des difficultés et des crises mondiales. Certains experts mettent l'accent sur quatre de ces crises : la crise pétrolière, la crise alimentaire, la crise grippale et la crise financière. Pourtant, d'autres tendances actuelles ont une incidence sur la santé, par exemple le réchauffement climatique et l'augmentation de l'espérance de vie de la population. Parallèlement, le coût des médicaments et des technologies de santé continue de grimper. Tous ces facteurs menacent la viabilité financière à long terme des systèmes de santé.*

*Face à ces problèmes, les gouvernements et les responsables politiques doivent avoir accès à des informations actualisées, exactes, comparables et exploitables. Les responsables politiques de l'ensemble de la Région européenne de l'OMS s'emploient à améliorer les processus de collecte, d'analyse et de diffusion des indicateurs et des informations sanitaires. La fragmentation des systèmes de mesure et de surveillance fait souvent obstacle à l'élaboration des politiques à différents niveaux des gouvernements et des systèmes de santé. Le Bureau régional aide les ministères de la Santé et les pouvoirs publics à mieux utiliser les informations sur la santé publique et la performance des systèmes de santé afin de conduire des réformes efficaces dans un environnement complexe.*

*Le Rapport sur la santé en Europe 2009 vise à apporter aux États membres des informations essentielles en matière de santé publique. Le Bureau régional continue d'avoir comme objectif principal d'aider les pays à choisir les investissements dans la santé les mieux adaptés en fonction des connaissances actuelles, et nous espérons que ce rapport les encouragera à exploiter les meilleures données scientifiques disponibles au moment de l'élaboration des politiques, afin de garantir un accès universel à des soins de grande qualité malgré les difficultés actuelles. À cet égard, nous espérons également que ce rapport sera une ressource utile non seulement aux ministères de la Santé, mais aussi à nos partenaires, à l'intérieur ou à l'extérieur des gouvernements, qui œuvrent en faveur de la santé. En effet, comme l'a dit Jonas Gahr Støre, ministre norvégien des Affaires étrangères, lors d'une réunion sur la santé en période de crise économique mondiale organisée à Oslo en avril 2009 : « En fin de compte, nous sommes tous, d'une façon ou d'une autre, des ministres de la santé humaine ».*

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



Première partie.  
**Introduction**



Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe compte 53 États membres et près de 900 millions de personnes vivant dans des environnements culturels, économiques, sociaux et politiques très divers. Bien que la Région obtienne la moyenne la plus élevée de toutes les Régions de l'OMS à l'indice de développement humain, on constate encore un important manque d'équité entre les pays et les groupes de population et au sein de ces pays et groupes, notamment en matière de santé (le manque d'équité en santé correspond aux différences systématiques évitables et injustes sur le plan de la situation sanitaire entre les groupes d'une société donnée) (1). Dans quelle mesure les États membres de la Région réussissent-ils à atteindre leur objectif de promotion de la santé et de réduction des inégalités, compte tenu des problèmes démographiques, épidémiologiques, technologiques, environnementaux, socioéconomiques et budgétaires auxquels ils sont confrontés ?

Le *Rapport sur la santé en Europe 2009* examine et évalue les indicateurs et les tendances en matière de santé publique sur les quatre dernières années. Depuis 2005, les gouvernements européens ont adopté une conception du rôle des systèmes de santé centrée sur la lutte contre la mauvaise santé, la promotion de modes de vie sains et la réduction des inégalités en matière de santé. Ce rapport montre que la Région européenne connaît de profonds changements aussi bien internes (avec les réformes des systèmes de santé) qu'externes (du fait des crises mondiales) qui font naître de grandes incertitudes en ce qui concerne les systèmes et les bilans de santé. Certes, plusieurs tendances mondiales ont une incidence sur la santé, mais les plus graves sont la récession économique à l'échelle planétaire et la nouvelle grippe pandémique H1N1 2009.

Premièrement, la crise économique aura de nombreuses répercussions et des conséquences à long terme : la croissance ne reprendra vraisemblablement pas de si tôt, et la dette risque de peser sur les finances publiques pendant des années. Le ralentissement de l'activité économique et la montée rapide du chômage font planer une menace importante ou retentissent déjà sur les conditions de vie de millions de personnes et de familles dans la Région européenne et sur les recettes des programmes de protection sanitaire et sociale. D'après l'expérience vécue lors des récessions précédentes, il semble indispensable de garantir un niveau élevé de solidarité et de sécurité sociale, de maintenir les dépenses publiques et les services de santé courants et d'intensifier les activités de prévention et de promotion de la santé.

Les 1<sup>er</sup> et 2 avril 2009, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en coopération avec le ministère norvégien de la Santé et des Affaires sociales et la Direction norvégienne de la santé, a organisé une réunion de haut niveau sur le thème « La santé en période de crise économique mondiale : implications pour la Région européenne de l'OMS » (2). Les participants ont décidé que tous les programmes de relance économique devaient expressément prévoir des actions dans le domaine de la santé. Les systèmes de santé ne sont pas simplement une composante importante des réseaux de protection sociale, mais également un acteur de l'économie intelligent, comme le souligne la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (3). Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe doit donner des impulsions vigoureuses pour harmoniser les priorités des parties intéressées dans le cadre d'une collaboration.

Le second problème est la grippe pandémique H1N1 2009. L'apparition du virus pandémique a été détectée fin avril 2009 ; à la date du 20 novembre 2009, plus de 206 pays et collectivités ou territoires d'outre-mer ont signalé des cas confirmés en laboratoire de grippe pandémique H1N1 2009, dont plus de 6 770 décès. Étant donné que la majorité des pays ont cessé de comptabiliser chaque cas d'infection, en particulier les formes bénignes de la maladie, leur

nombre risque d'être sensiblement inférieur au nombre réel de cas. L'OMS a déclaré une pandémie en juin 2009, compte tenu de la propagation géographique du virus et non de la gravité de l'infection.

Il s'agit d'un nouveau virus grippal de type A (H1N1) n'ayant jamais circulé auparavant dans les populations humaines, et ne présentant aucune parenté avec les virus de la grippe saisonnière, actuels ou passés. Cependant, ce virus semble toucher surtout les personnes âgées de 25 à 45 ans ou de moins de 15 ans, alors qu'en général, les gripes saisonnières frappent plus particulièrement les personnes âgées. La plupart des cas semblent bénins, guérir spontanément et ne pas nécessiter d'hospitalisation. Néanmoins, le système de prestation de soins de santé de beaucoup d'États membres est soumis à d'importantes contraintes face à la brusque augmentation de la demande de services. L'expérience acquise par la communauté internationale en ce qui concerne la grippe pandémique H1N1 2009, notamment dans l'hémisphère Sud, démontre que l'obtention de résultats cliniques peu encourageants à cet égard est due à un recours tardif aux services médicaux et à un accès insuffisant à des soins appropriés. En outre, ce virus est capable de provoquer des maladies pulmonaires graves d'évolution rapide qui sont très difficiles à soigner. L'OMS recommande que l'on utilise sans tarder les antiviraux pour le traitement des personnes risquant de contracter une maladie grave ou mortelle liée à l'infection par le virus de la grippe pandémique H1N1 2009, et que l'on en fasse une priorité.

À la fin novembre 2009, les pays de la Région européenne ont signalé une intensité élevée ou très élevée de transmission grippale, en particulier chez les enfants âgés jusqu'à 15 ans, et 652 décès ont été rapportés depuis avril 2009. Les campagnes de vaccination ont commencé dans 17 pays, et 8 pays peuvent prétendre à un don de vaccins de la part de l'OMS.

La pandémie de grippe confirme, une fois de plus, que les maladies ignorent les frontières. Elle met pour la première fois à l'épreuve le Règlement sanitaire international 2005 (4) dans une situation d'urgence de santé publique touchant de très nombreux pays, et permet de tirer des enseignements décisifs sur l'importance de la préparation des personnes et des institutions à de telles situations. Parmi les principales mesures prises à l'égard de cette pandémie figurent un échange d'informations en temps réel et une démarche incluant toutes les parties intéressées. Bon nombre des pays touchés à ce jour ont souligné l'importance de l'accès universel aux soins de santé et de la nécessité de soins de santé primaires performants.

Les systèmes de santé sont de la plus haute importance à tous les stades de l'action menée contre la pandémie, à savoir : la détection et la confirmation des cas, la dispensation des soins, le traitement et les conseils aux personnes concernées et la coordination avec les autres secteurs dans le but d'atteindre une efficacité maximale. L'OMS travaille en étroite collaboration avec les pays de la Région européenne afin de développer les capacités de leur système de santé, de sorte qu'ils puissent déclencher leur plan de préparation à la pandémie et renforcer leurs moyens d'intervention. Investir dans les systèmes essentiels s'avère indispensable si l'on veut réagir à cette menace, ainsi qu'à d'autres, et sauver des vies.

## Objectifs du rapport

Ce rapport résume les événements et tendances observés en matière de santé publique dans la Région européenne et traite du renforcement des différentes fonctions des systèmes

de santé, à savoir la prestation de services, l'obtention de ressources, le financement et la fonction de direction (*stewardship*). L'annexe présente certaines des données utilisées dans l'analyse et des conclusions relatives aux défis actuels et futurs que doit et devra relever la Région européenne dans le domaine de la santé. Ces données concernent :

- la charge de morbidité imputable à certaines maladies ;
- l'importance des effets de facteurs de risque déterminés sur certains problèmes de santé et maladies ;
- des interventions de santé publique susceptibles d'améliorer nettement la santé si les facteurs contextuels déterminant la réussite de leur mise en œuvre sont pris en compte ;
- le rôle des systèmes de santé vis-à-vis de la multitude de problèmes sanitaires dans la Région.

En 2008, les ministres de la Santé des pays de la Région européenne ont adopté la Charte de Tallinn (3,5). Cette charte met en évidence l'importance des systèmes de santé en ce qui concerne la production de santé et de prospérité, propose des recommandations et un cadre stratégique basé sur des valeurs pour renforcer les systèmes de santé de la Région, offre un outil de dialogue régional et national sur les orientations à suivre et préconise un engagement et une action politiques de la part de l'ensemble des États membres. Deux réunions récentes sur la suite donnée à la Charte de Tallin ont permis de se pencher sur sa mise en œuvre. En février 2009, les États membres ont décidé de mettre au point, en collaboration avec l'OMS, un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé et un instrument permettant de partager et de confronter leurs expériences (6). En avril 2009, les participants à la réunion de haut niveau sur la santé en période de crise économique mondiale ont formulé 12 recommandations visant à atténuer les effets nuisibles de cette crise grave sur la santé et à renforcer la performance des systèmes de santé pendant la récession économique (2). Ces recommandations mettent en évidence l'adhésion aux principes de la Charte de Tallinn et le fait que les ministères de la Santé doivent montrer la voie pour que les questions de santé figurent au premier rang des préoccupations économiques et sociales, et que les gouvernements reconnaissent en chaque ministre un ministre de la Santé.

## Structure du rapport

La deuxième partie du rapport décrit les tendances actuelles en matière de santé, les facteurs qui influencent la santé, les difficultés actuelles et futures et le rôle des systèmes de santé dans l'amélioration de la santé des populations de la Région européenne. Bien que certains indicateurs sanitaires continuent de s'améliorer dans la Région, il existe toujours, entre les sous-régions et les groupes à l'intérieur des pays, de très grandes différences en matière de santé qui sont étroitement liées à la transition démographique ou économique ou à la situation plus ou moins défavorisée des individus sur le plan social. On observe par exemple un accroissement des écarts en ce qui concerne la propagation alarmante de la tuberculose multirésistante et les problèmes environnementaux dus à la pollution atmosphérique dans les centres urbains industriels et à l'utilisation de combustibles solides dans les habitations. Des

actions intersectorielles et des stratégies diversifiées devraient permettre de concentrer les efforts sur les groupes défavorisés afin de réduire ces disparités.

Certaines tendances constituent ou constitueront des défis pour les responsables de l'élaboration des politiques sanitaires. Les faibles niveaux de fécondité, le vieillissement de la population et l'augmentation de l'immigration pourraient renforcer la pression démographique exercée sur les systèmes de santé et de protection sociale. Les infections épidémiques nouvelles ou en recrudescence font peser des charges plus lourdes sur la capacité de la santé publique à prévenir et à détecter les maladies transmissibles et à lutter contre leur expansion. Les modes de vie et les comportements modernes provoquent un accroissement des maladies et des problèmes de santé chroniques tels que l'obésité, l'hypertension et le diabète. La moyenne des dépenses de soins de santé dans la Région européenne est passée de 7,4 % du produit intérieur brut (PIB) en 1998 à 7,7 % en 2005. Du fait de la hausse des revenus, les individus peuvent également aspirer davantage à bénéficier de technologies plus récentes et plus onéreuses.

Les systèmes de santé doivent être suffisamment dynamiques et souples pour se préparer et réagir à ces tendances en matière de santé, mais aussi à des facteurs extérieurs nouveaux tels que la grave récession économique ou la flambée épidémique provoquée par un nouveau virus de la grippe. Ils sont investis de la mission essentielle qui consiste à améliorer les résultats sur le plan de l'état de santé de la population en assurant la prestation de soins de santé et en jouant un rôle de direction et de coordination intersectorielles. Dans la Région européenne, les ministères de la Santé ont pour objectif que chacun puisse utiliser les services dont il a besoin sans s'appauvrir du fait de dépenses de santé laissées à sa charge. Des progrès importants ont également été effectués en ce qui concerne la définition de mesures permettant à la fois de lutter contre le manque d'équité en santé déterminée par des facteurs sociaux, et aussi de fonder des principes sur la base de bonnes pratiques et de critères d'évaluation des projets visant à réduire les inégalités dans l'accès aux soins de santé. Les responsables de l'élaboration des politiques qui définissent les priorités en matière de dépenses de santé pourraient également tenir compte du fait qu'une augmentation des dépenses de santé, si ces dépenses sont consacrées à des soins de santé efficaces, contribue de façon significative à l'accroissement de la productivité de l'économie et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Si l'on renforce les systèmes de santé en s'appuyant sur des bases factuelles solides relatives à l'évaluation de leur efficacité économique et de leur performance, il devient possible d'améliorer la santé, d'accroître la prospérité et d'accentuer le bien-être social.

La troisième partie de ce rapport explique ensuite que les gouvernements de la Région européenne ont engagé un vaste processus de réforme afin d'améliorer la performance des systèmes de santé du point de vue de leurs quatre fonctions, à savoir la prestation de services, l'obtention de ressources, le financement et la fonction de direction (*stewardship*). L'accent a été mis sur l'engagement réitéré de moderniser les soins de santé primaires afin d'offrir un service coordonné, intégré, centré sur la personne et très complet. Le processus de réforme traduit clairement le fait que les politiques de financement de la santé devraient être axées sur des objectifs, et non pas sur la mise en œuvre de mécanismes déterminés. La politique de financement devrait avoir pour but d'assurer la bonne performance des systèmes de santé et de faire évoluer ces systèmes selon les valeurs fondamentales d'équité, de solidarité et de participation tout en gérant les ressources de manière responsable d'un point de vue budgétaire.

Les États membres de la Région présentent également d'importantes variations en termes de disponibilité et de qualité des données, de structures et de processus de responsabilisation, de participation du public, de transparence et d'expérience dans le domaine de la mesure de la performance et de l'amélioration permanente de la qualité. Le Bureau régional aide les ministères de la Santé et les gouvernements à exploiter des informations de meilleure qualité afin de conduire des réformes complexes dans un contexte de contraintes financières plus lourdes et d'attentes croissantes.

L'intérêt porté aux systèmes de santé peut entraîner une amélioration des résultats actuels et futurs sur le plan de l'état de santé. Nous espérons que ce rapport contribuera à la mise en œuvre de réformes des systèmes de santé et de politiques efficaces qui permettront à ces systèmes de dispenser des soins performants, centrés sur les patients et de grande qualité.

## Références

1. Équité [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
2. *Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region, Oslo, Norway, 1–2 April 2009. Meeting report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo\\_report.pdf](http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_report.pdf), accessed 28 June 2009).
3. *La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/E91439.pdf>, consulté le 2 septembre 2009).
4. *Règlement sanitaire international (2005)*, deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
5. *Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008. Rapport*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1?language=French), consulté le 2 septembre 2009).
6. *First Regional Follow-up Meeting on the Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Copenhagen, Denmark, 5–6 February 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/healthsystems/20090128\\_1](http://www.euro.who.int/healthsystems/20090128_1), accessed 28 June 2009).



Deuxième partie.  
**La santé**  
**dans la Région**  
**européenne**



## Principaux indicateurs de la situation sanitaire : moyennes et tendances

L'état de santé de la population de la Région européenne de l'OMS s'est amélioré au cours des dernières décennies, comme en témoigne l'allongement de l'espérance de vie à la naissance. Il existe néanmoins de fortes inégalités de longévité qui, toujours croissantes, sont liées à des facteurs socioéconomiques et sexospécifiques. L'amélioration de l'espérance de vie serait attribuable à la baisse globale de la mortalité qui s'explique, essentiellement, par le recul des maladies transmissibles chez les jeunes enfants et des décès prématurés plus tardifs chez les adultes, grâce à l'amélioration des soins de santé (1). En outre, l'évolution des modes de vie et des comportements a transformé le tableau de la mortalité et de la charge de morbidité. Ainsi, les maladies chroniques non transmissibles, les traumatismes et la violence pèsent plus lourdement sur la santé.

La situation varie beaucoup entre les groupes de pays européens. La Communauté des États indépendants (CEI), y compris les républiques d'Asie centrale et le Kazakhstan (RACK), souffre généralement de taux supérieurs de mortalité et de morbidité, attribuables aux transitions démographiques et socioéconomiques. Ils sont généralement plus faibles dans l'UE-15 (ensemble des pays qui appartenaient à l'Union européenne (UE) avant le 1<sup>er</sup> mai 2004) et l'UE-12 (pays ayant rejoint l'UE depuis cette date). Pour que les systèmes de santé puissent apporter les ajustements et les réponses nécessaires, il faut cerner plus précisément les situations et les besoins des pays. Cette section s'attache par conséquent à décrire les tendances récemment observées dans la Région en ce qui concerne la mortalité et la charge de morbidité. Alors que la deuxième partie du présent rapport examine les caractéristiques et les tendances au sein des groupes de pays, les sept tableaux de l'annexe présentent des informations par pays sur de nombreux thèmes abordés. L'annexe donne également les définitions de certains termes techniques employés.

### Espérance de vie

L'espérance de vie donne une mesure globale bien qu'approximative de la santé de la population en résumant sous une forme normalisée les informations actuellement disponibles sur la situation sanitaire de tous les groupes d'âge et des deux sexes. En tant que telle, elle fournit des indications fiables sur les résultats d'une société sur le plan sanitaire à un moment donné (2). Indicateur large, elle rend compte de l'efficacité des sociétés à améliorer la santé et non pas seulement de la performance des systèmes de santé. Il s'agit d'une distinction essentielle qui renvoie à l'idée centrale de la santé publique : la santé humaine et les maladies incarnent les succès et les échecs de l'ensemble de la société considérée (3).

Dans la Région européenne, l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée en Suisse (82,0 ans, données de 2006) et la plus faible au Kazakhstan (66,4 ans, données de 2007). L'espérance de vie dans l'ensemble de la Région a grimpé de 73,1 ans en 1990 à 75,6 ans en 2006 (tableau 2.1).

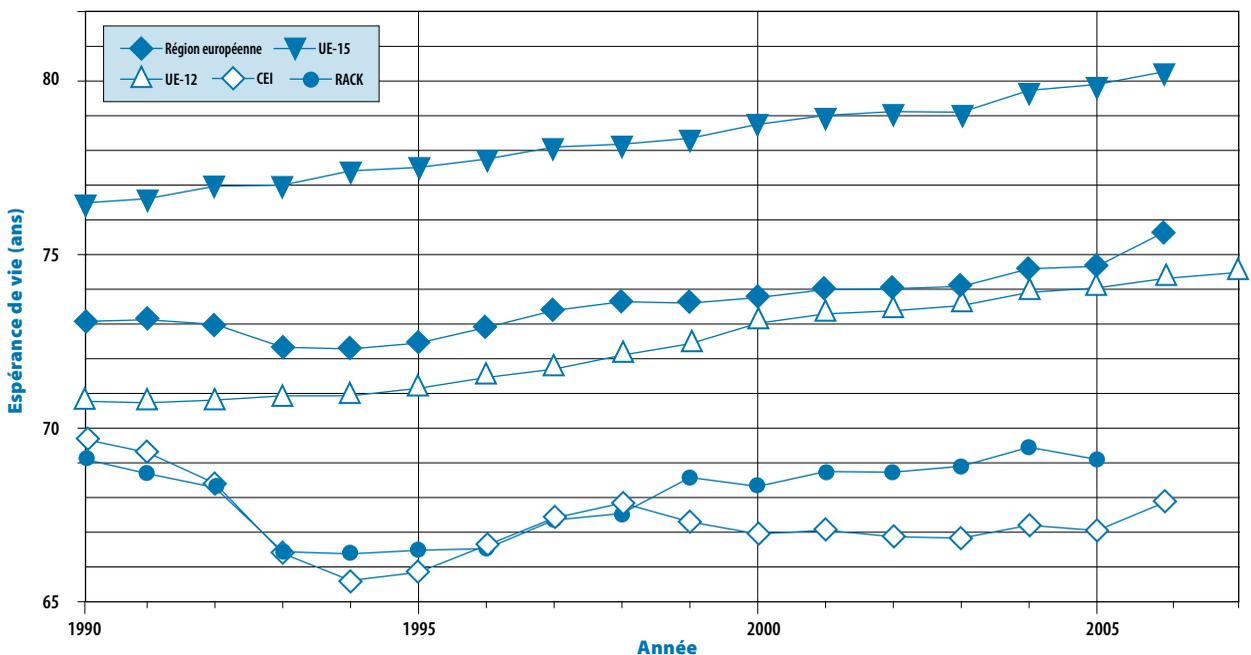
Dans les pays de l'UE, l'espérance de vie a connu une croissance régulière et marquée (figure 2.1). Fait notable, les moyennes des pays de l'UE-15 et de l'UE-12, déjà élevées, ont toutes deux augmenté de 5 %, traduisant une réduction constante des taux de mortalité, à tous les âges, sous l'effet de facteurs tels que l'élévation des niveaux de vie et d'instruction, l'adoption de modes de vie plus sains et l'amélioration de l'accès aux services de santé et de leur qualité.

**Tableau 2.1. Espérance de vie à la naissance par groupe de pays dans la Région européenne de l'OMS (en années), 1990 et 2006**

Groupe de pays	1990	2006	Indice en 2006 (%) (1990 = 100 %)
Région européenne	73,1	75,6	103
UE-15	76,5	80,3	105
UE-12	70,8	74,3	105
CEI	69,7	67,9	97
RACK	69,1	69,1 <sup>a</sup>	100

<sup>a</sup> Données de 2005.

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

**Figure 2.1. Espérance de vie à la naissance par groupe de pays dans la Région européenne de l'OMS, 1990-2007**

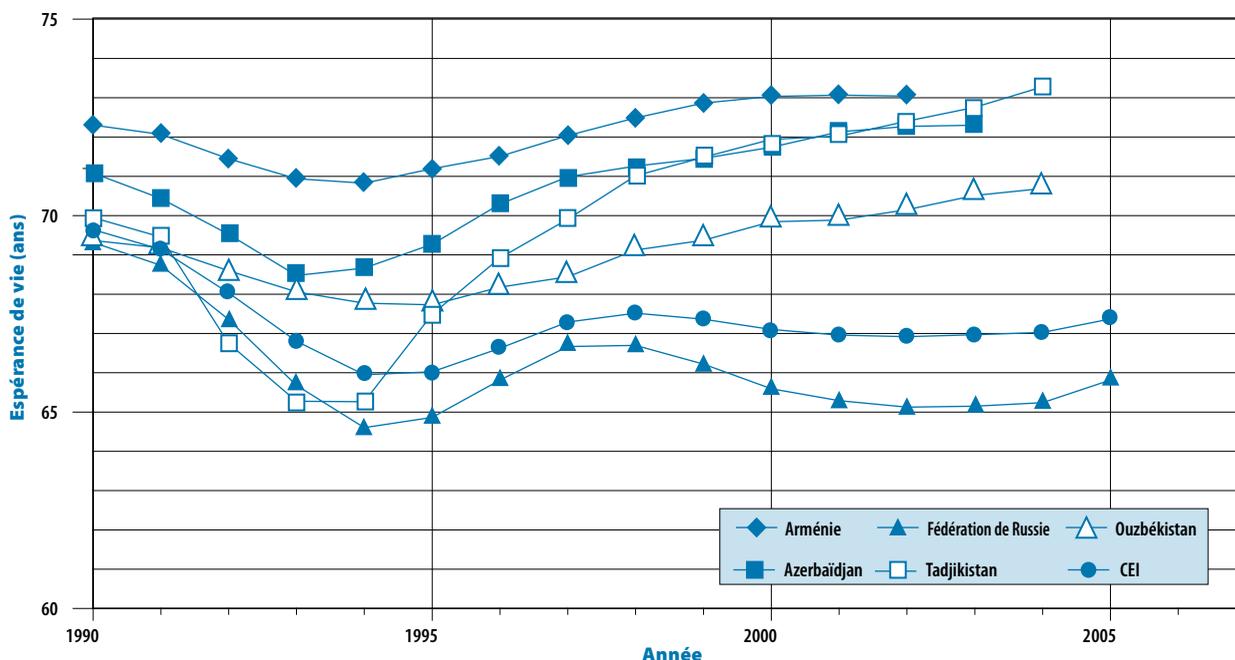
Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

Malheureusement, les pays de la CEI n'ont pas pu se remettre rapidement de la hausse de la mortalité du début des années 1990. L'espérance de vie moyenne de ces pays s'est fortement détériorée entre 1991 et 1994, et elle ne s'est ensuite redressée qu'en partie. Depuis la fin des années 1990, la moyenne de la CEI a, pour l'essentiel, stagné.

En raison de sa forte population, la Fédération de Russie influence fortement l'espérance de vie moyenne de la CEI. De nombreux chercheurs se sont intéressés aux évolutions défavorables observées dans ce pays, établissant une relation étroite entre l'espérance de vie et les tendances socioéconomiques. Par exemple, les augmentations de la mortalité constatées en 1991-1994 et 1998-2003 se sont inscrites dans un contexte de crise socioéconomique, les baisses relatives de la mortalité observée en 1994-1998 et 2003-2006 étant pour leur part associées à une amélioration relative de la situation (5). De surcroît, la consommation excessive d'alcool par une grande partie de la population explique dans une large mesure la mortalité prématurée, en particulier chez les hommes, bien que de nombreux décès inhérents à l'alcool aient été imputés à tort à des maladies du système circulatoire (voir ci-après) (5).

Néanmoins, plusieurs pays de la CEI (tels l'Arménie, l'Azerbaïdjan, l'Ouzbékistan et le Tadjikistan) ont obtenu d'assez bons résultats, parvenant à améliorer légèrement leur espérance de vie par rapport aux niveaux des années 1990 (figure 2.2). Cela montre que, en dépit des convergences constatées par le passé, les politiques nationales les plus récentes ont modifié le cours des choses. Il convient de procéder à une analyse comparative pour savoir quelles politiques ont joué un rôle dans ces pays. Les résultats d'études sur de nombreux autres pays montrent toutefois que les politiques influant sur les conditions socioéconomiques du cadre de vie et de travail sont généralement plus efficaces que celles uniquement centrées sur les soins de santé.

**Figure 2.2. Espérance de vie à la naissance dans certains pays de la CEI (moyennes mobiles sur trois ans), 1990-2005**



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

Dans la Région européenne, les tendances à l'augmentation de l'espérance de vie sont similaires, que les sujets aient plus ou moins de 65 ans. La réduction ou la perte d'espérance de vie due à un décès avant 65 ans constitue une mesure très utile de la mortalité prématurée. Le tableau 2.2 montre que, exception faite des pays de la CEI, les années de vie perdues pour cette cause sont en recul dans la Région.

Il est difficile d'estimer les contributions relatives des nombreux facteurs sanitaires et des autres paramètres, socioéconomiques essentiellement, susceptibles d'affecter les variations d'espérance de vie au fil du temps et entre les pays. Généralement, plus le revenu national est élevé, plus l'espérance de vie à la naissance l'est également. Les dépenses de santé contribuent aussi largement à améliorer la santé. Toutefois, des pays ayant des niveaux de revenus et de dépenses de santé similaires peuvent afficher des espérances de vie très différentes, et inversement. Bien qu'elles soient observées à l'échelle mondiale, les relations entre le PIB et la santé, le PIB et les dépenses totales de santé, et les dépenses totales de santé et la santé, ne sont pas nécessairement déterministes ou linéaires ; le fait que certains pays obtiennent de

**Tableau 2.2. Années d'espérance de vie perdues en raison d'un décès avant l'âge de 65 ans, Région européenne de l'OMS, 1990 et 2006**

Groupe de pays	1990	2006	Indice en 2006 (%) (1990 = 100 %)
Région européenne	7,8	6,7	86
UE-15	5,6	4,2	75
UE-12	8,7	6,9	79
CEI	10,3	11,3	110
RACK	11,5	10,0 <sup>a</sup>	87

<sup>a</sup> Données de 2005.

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

meilleurs résultats que d'autres peut s'expliquer par de nombreux autres facteurs, notamment la performance de leur système de santé.

Par exemple, bien que ces deux pays aient la même espérance de vie, les revenus et les dépenses de santé par personne du Portugal représentent respectivement 60 et 64 % de ceux du Danemark, en dollars internationaux en parité de pouvoir d'achat (tableau 2.3). De même, le revenu et les dépenses de santé de la Géorgie se montent respectivement à 19 et 24 % de ceux de la Hongrie, avec qui elle partage pourtant la même espérance de vie. En outre, alors que la Croatie et la Lituanie ont dépensé des sommes identiques le secteur de la santé et que leur PIB est similaire, un écart de cinq ans d'espérance de vie les sépare.

La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé met en exergue le rôle central de ces derniers qui, d'ailleurs, est bien souvent ignoré (6,7). Ainsi, les disparités observées s'expliquent essentiellement par les différentes relations de gradation qui existent entre la situation socioéconomique et la santé. Cela signifie que les gradients, ou pentes, correspondant au déclin systématique de l'état de santé du haut en bas de l'échelle des groupes socioéconomiques, ne sont pas les mêmes dans toutes les sociétés. Par nature, cependant, ces pentes ne sont pas fixes mais évoluent continuellement au gré des changements de la structure socioéconomique, bien qu'elles persistent dans toutes les populations à travers le temps et l'espace. Par exemple, les bouleversements politiques qu'ont connus certains pays de l'UE-12 aux alentours de 1990 leur ont très clairement permis de rapprocher leurs tendances d'espérance de vie, qui stagnaient auparavant, avec la pente de la moyenne de l'UE (figure 2.3).

En règle générale, l'effet différentiel mais modifiable de la situation socioéconomique sur la santé influence l'équité en matière de santé, d'où des inégalités sanitaires entre pays et, plus encore, à l'intérieur des pays, qui peuvent être établies en comparant divers indicateurs.

Les inégalités sanitaires entre les sexes en sont un premier exemple. Selon Marmot (8), « la différence de statut entre les hommes et les femmes, que l'on constate dans presque toutes

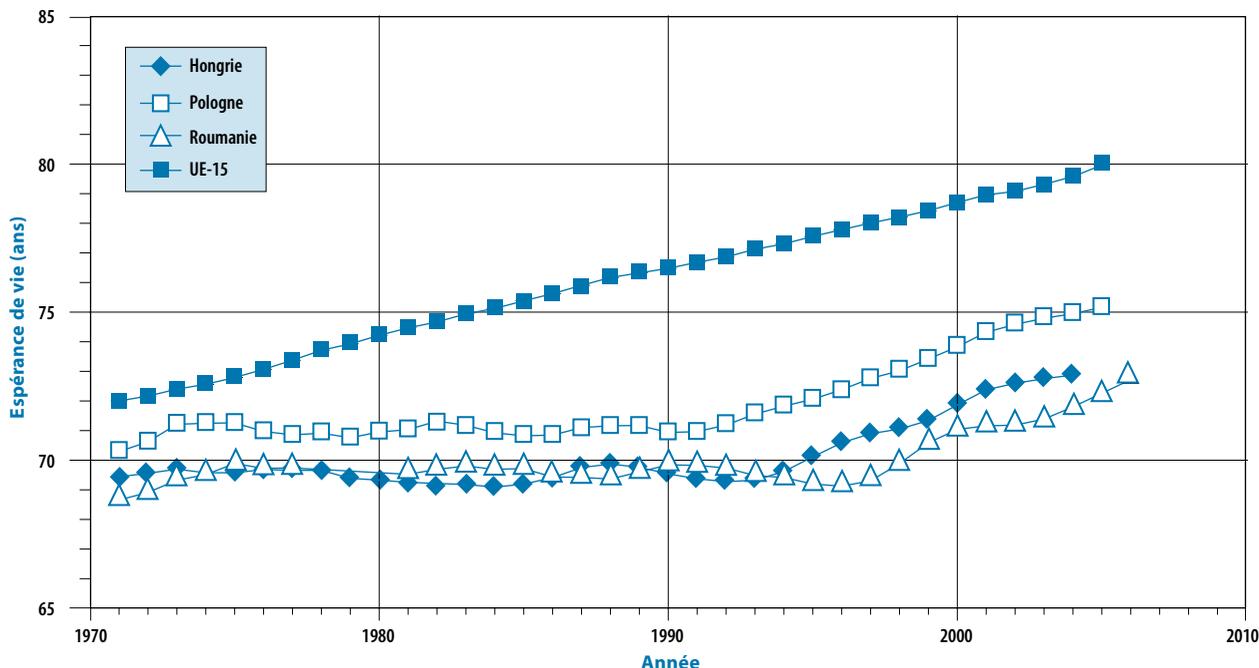
**Tableau 2.3. Comparaison de l'espérance de vie, du revenu et des dépenses de santé de trois paires de pays, Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**

Indicateur	Danemark	Portugal	Hongrie	Géorgie	Croatie	Lituanie
Espérance de vie à la naissance (années)	78,1	78,3	73,0	73,1	76,0	71,0
PIB par personne (dollars internationaux en PPA <sup>a</sup> )	33 973	20 410	17 887	3 365	13 042	14 494
Dépenses de santé totales par personne (dollars internationaux en PPA)	3 169	2 034	1 329	318	1 001	862

<sup>a</sup> PPA : parité de pouvoir d'achat (voir la définition de l'annexe).

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

**Figure 2.3. Espérance de vie à la naissance dans certains pays de l'UE-12 par rapport à la moyenne de l'UE-15 (moyennes mobiles sur trois ans), Région européenne de l'OMS, 1970-2006**



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

les sociétés, représente sans doute l'inégalité à la fois la plus universelle et la plus solidement enracinée ». En 2006, l'espérance de vie dans la Région européenne s'établissait à 71,9 ans pour les hommes et 79,4 pour les femmes, soit un écart de 7,5 ans (tableau 2.4). Dans les sous-groupes de pays de la Région, l'évolution de cet écart entre les sexes observée ces dernières décennies s'explique largement par celle des différences de comportements à risque entre hommes et femmes et par le développement des services préventifs et curatifs, deux phénomènes qui traduisent eux-mêmes des transformations socioéconomiques.

Pour la plupart des facteurs considérés, les inégalités sont plus importantes au sein des pays qu'entre eux. L'ampleur des inégalités déclarées dépend de la méthode utilisée. Selon les conclusions d'une étude mondiale basée sur plus de 9 000 tables de mortalité (2), 90 % environ des inégalités d'espérance de vie interviennent au sein des pays. Dans l'UE, en particulier, un examen exhaustif des inégalités de santé (9) a mis en évidence des disparités socioéconomiques considérables. Concernant les conditions sanitaires et les déterminants de santé principalement responsables des écarts, les populations étudiées affichent des différences marquées, ce qui indique très clairement qu'il est possible de réduire les inégalités de santé.

L'espérance de vie n'est pas une bonne mesure de la performance des systèmes de santé. Un rapport sur les tendances de santé en Norvège, rédigé par la Direction norvégienne de la santé (10), vient par exemple confirmer une conclusion déjà établie selon laquelle « l'augmentation de l'espérance de vie semble constante au cours des 150 dernières années ». La hausse annuelle se monte à 0,3 an et concerne les pays industrialisés. Les systèmes de santé n'ayant pas eu les mêmes effets au fil du temps, la constance du taux montre qu'il est difficile de démontrer l'incidence des réformes des systèmes de santé sur l'espérance de vie.

**Tableau 2.4. Différences d'espérance de vie à la naissance entre hommes et femmes (en années) par groupe de pays, Région européenne de l'OMS, 1990 et 2006**

Groupe de pays	1990	2006	Indice en 2006 (%) (1990 = 100 %)
Région européenne	8,0	7,5	94
UE-15	6,8	5,7	84
UE-12	8,2	8,1	99
CEI	9,6	10,9	114
RACK	7,6	7,1	93

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

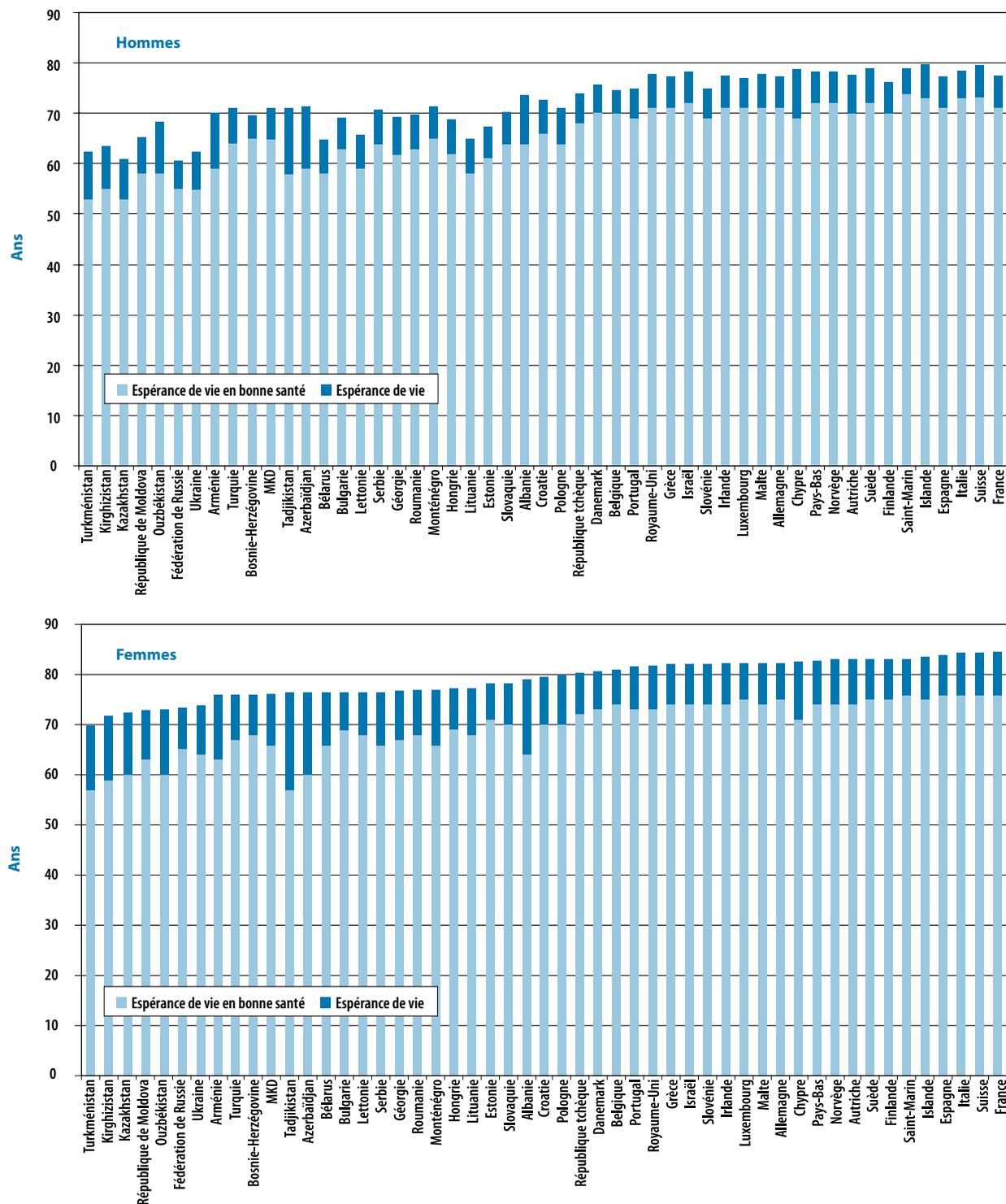
Même si l'amélioration de l'accès à des soins de santé efficaces sauve de plus en plus de vies, il apparaît souvent malaisé d'établir une relation directe entre l'évolution des taux de mortalité et l'apport des systèmes de santé en matière de prévention des maladies et d'interventions thérapeutiques (voir la section ci-dessous sur leur rôle dans l'amélioration de la situation sanitaire des populations). L'espérance de vie et la mortalité, telles qu'elles sont calculées aujourd'hui, ne sont tout simplement pas des mesures suffisamment fines pour évaluer les effets de la réforme des systèmes de santé sur la santé publique (voir la section ci-dessous sur les mesures de la mortalité évitable et les années de vie corrigées du facteur invalidité).

Divers indicateurs ont été employés pour faire la synthèse de la situation sanitaire générale, tels l'espérance de vie et les effets de l'invalidité et de la maladie selon l'âge. Ainsi, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance prend en considération le nombre d'années de vie passées dans un état de santé laissant à désirer (11). Dans les pays de la Région européenne, l'espérance de vie en bonne santé varie de manière similaire à l'espérance de vie à la naissance, avec des écarts allant en 2007 jusqu'à 21 ans chez les hommes (fourchette : 74-53) et 19 ans chez les femmes (fourchette : 76-57) (12).

De surcroît, bien que les femmes vivent en moyenne 7,5 ans de plus que les hommes, la différence moyenne d'espérance de vie en bonne santé n'est que de 5 ans. Les sujets de sexe féminin passent donc une moindre part de leur existence en bonne santé ou sans invalidité que les sujets de sexe masculin (figure 2.4). Ainsi, vers la fin de leur vie, les femmes ont accumulé une charge de mauvaise santé supérieure à celle des hommes, du fait de leur plus grande longévité et des polyopathologies. De manière générale, l'espérance de vie en bonne santé est inférieure de près de 20 % dans les pays de la CEI (médiane de 58,0 et 61,5 ans, respectivement, pour les hommes et les femmes) par rapport à l'UE-15. Cette inégalité serait due selon certains à des facteurs socioéconomiques tels que le niveau d'instruction et les dépenses de santé du secteur public (en pourcentage du PIB et des dépenses publiques totales) (13).

Il apparaît donc nécessaire d'améliorer les systèmes d'information sanitaire en utilisant, à grande échelle, les indicateurs non basés sur la mortalité disponibles pour apprécier les contributions particulières, potentiellement inestimables, qu'apportent les systèmes de santé à la situation sanitaire globale de la population. Il faut montrer au public quels sont les bénéfices attendus de l'investissement toujours croissant dans ces systèmes. Ces informations sont également essentielles à une gestion responsable des réformes sanitaires. En l'absence de mécanismes efficaces de mesure et de contrôle, les efforts engagés pour renforcer les systèmes de santé pourraient engendrer un gaspillage inutile de capacités et de ressources. Améliorer les systèmes d'information sanitaire nécessite des ressources spécifiques. Mais, à long terme, l'insuffisance de suivi sanitaire et le manque d'évaluation ont sans conteste des incidences plus coûteuses pour la société.

Figure 2.4. Espérance de vie à la naissance et espérance de vie en bonne santé chez les hommes et les femmes, Région européenne de l'OMS, 2007 (estimations)



Note : MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine.

Source : Statistiques sanitaires mondiales 2009 (12).

Dans le débat sur les défis qui attendent les systèmes de santé, on évoque souvent l'augmentation continue de l'espérance de vie et, par conséquent, le vieillissement de la population. Certes, l'augmentation de l'espérance de vie, couplée à la stabilité ou au recul des taux de fécondité, fera croître la proportion de la population de plus de 65 ans. Les besoins en services de soins de santé progressent en même temps que l'âge, et beaucoup s'attendent donc à une augmentation de leur utilisation et, par conséquent, de leur coût. Ces prévisions, abordées ci-dessous, pourraient toutefois être exagérées (14).

## Mortalité

La mortalité est un bon indicateur de la situation sanitaire d'une population et celui-ci est largement utilisé dans la Région européenne. Dans certaines parties de la Région, toutefois, les registres sont de mauvaise qualité et souffrent d'une couverture insuffisante, et les chiffres disponibles doivent donc être considérés avec une certaine prudence. Dans la Région, le taux global de mortalité, toutes causes confondues, a progressivement diminué au cours de la dernière décennie pour atteindre en 2006 un taux de mortalité standardisé sur l'âge (TMS) moyen de 888,2 pour 100 000 habitants. Les taux varient fortement, avec une augmentation d'ouest en est (figure 2.5) (15).

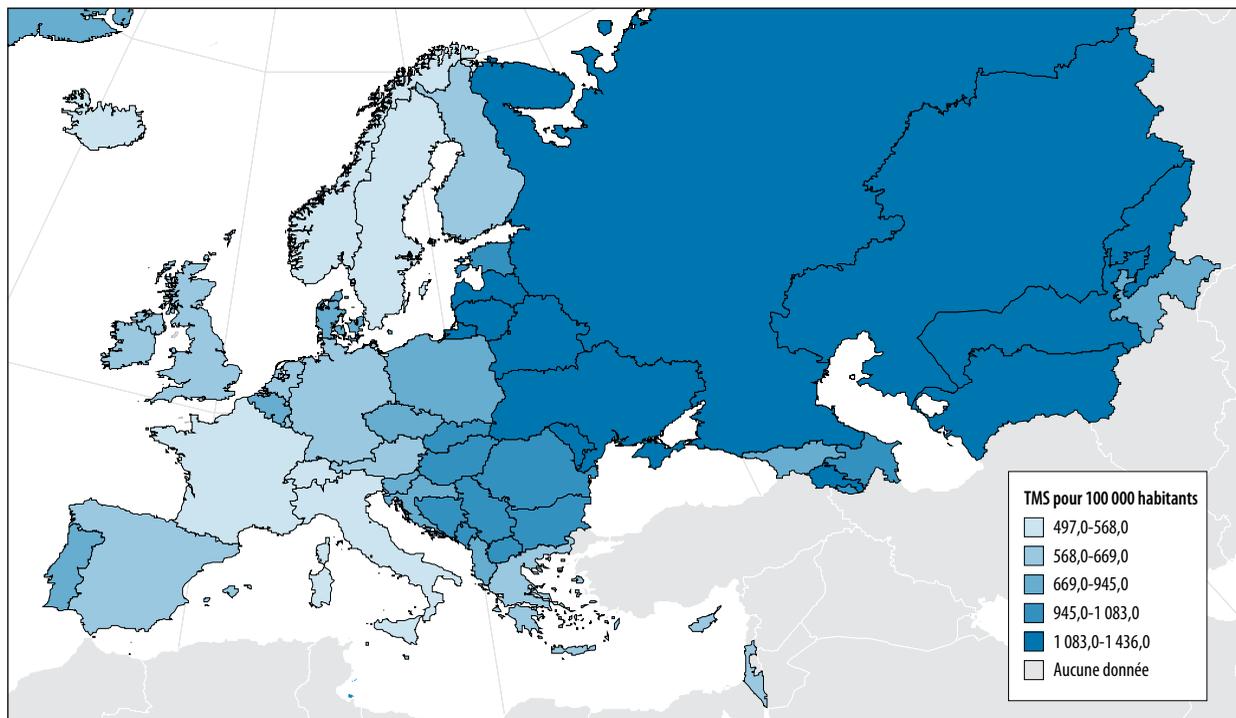
Depuis le milieu des années 1990, la mortalité globale a suivi deux tendances dans la Région européenne : baisse dans les pays de l'UE, avec un TMS en recul de 20-25 % en 2006, et stagnation ou augmentation dans les pays de la CEI (RACK y compris), où ce chiffre a progressé de près de 10-15 % (tableau 2.5). En outre, dans l'ensemble de la Région, la mortalité des hommes est supérieure de 75 % à celle des femmes (TMS de 1177,9 et 672,9, respectivement), l'écart étant toutefois plus élevé dans les pays de la CEI (90 %) que dans ceux de l'UE-15 (61 %). La mortalité a gagné beaucoup de terrain dans les pays de la CEI de plus de 10 millions d'habitants, le TMS progressant entre 1990 et 2006 de presque 35 % au Bélarus, en Fédération de Russie, au Kazakhstan et en Ukraine. En Fédération de Russie, elle était en baisse de plus de 10 % au milieu des années 1990, avant de renouer avec ses records, puis de stagner. Cela s'expliquerait par les habitudes de consommation d'alcool et les politiques de lutte contre celle-ci (16).

## Groupes d'âge affectés

Dans la Région européenne, les taux de mortalité augmentent généralement avec l'âge, des différences existant toutefois selon les groupes de pays (figure 2.6). Par exemple, les pays de la CEI et du groupe RACK ont des taux de mortalité supérieurs à ceux de la Région dans son ensemble, tous groupes d'âge confondus, mais ces chiffres ont tendance à converger pour les groupes les plus âgés. En outre, les taux de mortalité chez les plus jeunes sont, dans le groupe RACK, plus de deux fois supérieurs à ceux de la Région dans son ensemble, ce qui montre l'incidence des maladies transmissibles. Dans les pays de la CEI, les taux atteignent un sommet chez la population active, ce qui pourrait indiquer des corrélations avec les maladies cardiovasculaires, les traumatismes et la violence.

Dans la Région européenne, les taux de mortalité par groupe d'âge ont globalement décliné, mais pas dans tous les pays. Bien que, chez les enfants de moins de 15 ans, la mortalité ait reculé dans tous les groupes de pays, les différences sont spectaculaires chez les adultes, avec des baisses ou des augmentations plus lentes durant les années 1990, en particulier dans les pays de la CEI. L'ampleur relative des taux varie encore fortement selon le groupe d'âge (figure 2.7). Ces différences traduisent des inégalités de santé, tendant à indiquer une

**Figure 2.5. Mortalité toutes causes confondues : TMS pour 100 000 habitants, Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**



Source : European mortality database (15).

**Tableau 2.5. Mortalité toutes causes confondues : TMS pour 100 000 habitants (pondérés par la population) par groupe de pays, Région européenne de l'OMS, 1990-2006**

Groupe de pays	1990	1995	2000	2005	2006	Indice en 2006 (%) (1990 = 100 %)
Région européenne	967,1	1 038,3	964,2	926,1	888,2	92
UE-15	780,4	722,1	658,2	599,9	580,7	74
UE-12	1 141,1	1 124,9	1 003,9	944,8	923,7	81
CEI	1 154,4	1 448,6	1 375,8	1 394,6	1 326,6	115
RACK	1 107,6	1 366,7	1 266,7	1 240,0	ND	112 <sup>a</sup>

Note : ND : informations non disponibles.

<sup>a</sup> Chiffre de 2005.

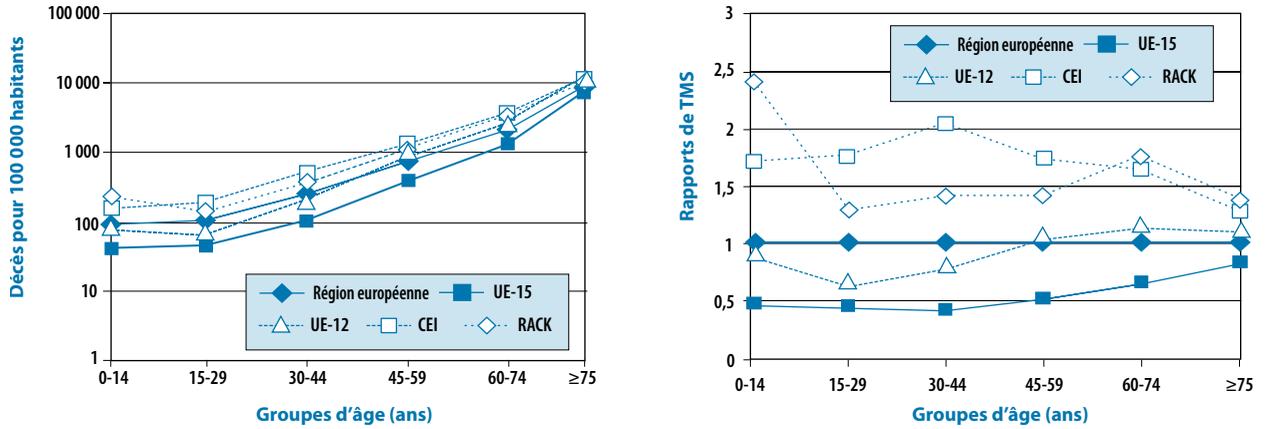
Source : European mortality database (15).

corrélation avec les modes de vie et l'accès aux soins de santé chez les adultes et les groupes de population plus âgés.

### Mortalité infantile et maternelle

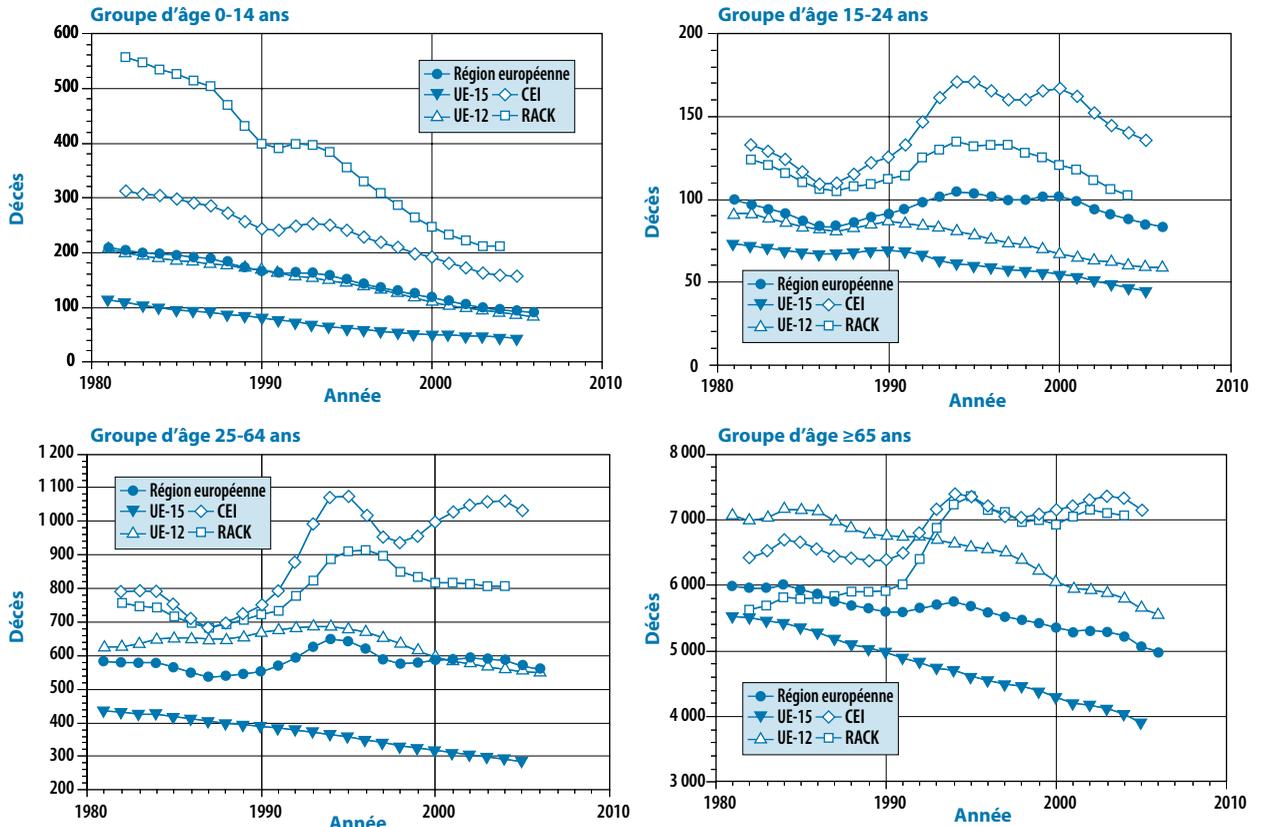
La mortalité infantile (avant un an) est un indicateur des conditions de vie et de l'accès aux soins de santé. Dans la Région européenne, elle a chuté de plus de 50 % depuis 1990. En 2006, le taux de la Région s'établissait à 7,3 décès pour 1 000 naissances vivantes (tableau 2.6). Si des reculs similaires ont été enregistrés parmi les groupes de pays, les taux demeurent très différents. Ainsi, le rapport vis-à-vis du taux de la Région est faible pour les pays de l'UE-15 (0,54) alors qu'il se monte à 2,43 pour le groupe RACK.

**Figure 2.6. Mortalité selon l'âge : TMS pour 100 000 habitants (pondérés par la population) et rapports de taux par groupe de pays, Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernières données disponibles**



Source : European mortality database (15).

**Figure 2.7. Mortalité toutes causes confondues : TMS pour 100 000 habitants (pondérés par la population) par groupes d'âge et de pays, Région européenne de l'OMS, 1981-2006**



Source : European mortality database (15).

**Tableau 2.6. Taux de mortalité infantile par groupe de pays pour 1 000 naissances vivantes (pondérés par la population), Région européenne de l'OMS, 1990-2006**

Groupe de pays	1990	2006	Indice en 2006 (%) (1990 = 100 %)	Rapport entre taux (Région européenne = 1)
Région européenne	15,4	7,3	47	1,0
UE-15	7,6	4,0	52	0,5
UE-12	16,9	7,9	46	1,1
CEI	22,3	12,8	57	1,8
RACK	33,8	17,7	52 <sup>a</sup>	2,4 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Chiffres de 2005.

Source : European mortality database (15).

La mortalité maternelle est un indicateur de l'accès aux soins de santé et de leur qualité. Dans la Région européenne, elle a diminué pour atteindre 12,9 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2006, soit presque 50 % du niveau de 1990 (tableau 2.7). Cette baisse a été la plus forte dans l'UE-12 (près de 75 %) et la plus faible dans l'UE-15 (30 %), même si ce dernier groupe de pays accuse une mortalité maternelle inférieure de 60 % à celle de la Région dans son ensemble. En revanche, les rapports sont deux fois supérieurs dans les pays de la CEI (RACK y compris), tendant à indiquer des problèmes de soins de santé. Ensemble, l'hémorragie, l'avortement et la toxémie, qui sont évitables dans la plupart des cas, représentent presque 40 % des décès liés à la maternité dans les pays de la CEI, et 30 % dans le groupe RACK (données non présentées), ce qui conforte encore cette idée.

Les objectifs du Millénaire pour le développement visent à rompre le cycle de la pauvreté et de la mauvaise santé en fixant pour les pays des cibles à atteindre à l'horizon 2015, 1990 étant l'année de départ (17). L'OMD 4 a pour objet de réduire des deux tiers la mortalité des enfants de moins de 5 ans et l'OMD 5, de diminuer des trois quarts le taux de mortalité maternelle ; ils reconnaissent donc implicitement que la plupart de ces décès sont évitables. Dans la Région européenne, la mortalité infantile est plus faible que dans toute autre région de l'OMS et la réalisation de l'OMD 4 semble globalement possible. Néanmoins, la mortalité infantile varie entre les pays et en leur sein. Par exemple, elle baisse plus lentement dans les pays de la CEI, et cinq d'entre eux n'atteindront sans doute pas le but fixé. Trois autres ne pourront y parvenir qu'en engageant des efforts supplémentaires.

La situation au regard de la mortalité maternelle et de l'OMD 5 est plus variable. Comme pour la mortalité infantile, quatre pays de la CEI affichent des taux supérieurs et ne sont pas en voie d'atteindre l'objectif. Quatre autres peuvent y parvenir s'ils redoublent d'efforts. Certains pays de l'UE dont les taux sont déjà faibles font face à des difficultés propres, de sorte qu'une

**Tableau 2.7. Taux de mortalité maternelle par groupe de pays pour 100 000 naissances vivantes (pondérés par la population), Région européenne de l'OMS, 1990-2006**

Groupe de pays	1990	2000	2005	2006	Indice en 2006 (%) (1990 = 100 %)	Rapport entre taux (Région européenne = 1)
Région européenne	25,1	18,6	14,3	12,9	52	1,0
UE-15	7,8	5,3	4,9	5,6	71	0,4
UE-12	29,3	16,5	8,8	8,0	27	0,6
CEI	44,9	39,2	28,2	27,4	61	2,1
RACK	55,3	43,8	36,7	ND	67 <sup>a</sup>	2,8 <sup>a</sup>

Note : ND : informations non disponibles.

<sup>a</sup> Chiffres de 2005.

Source : European mortality database (15).

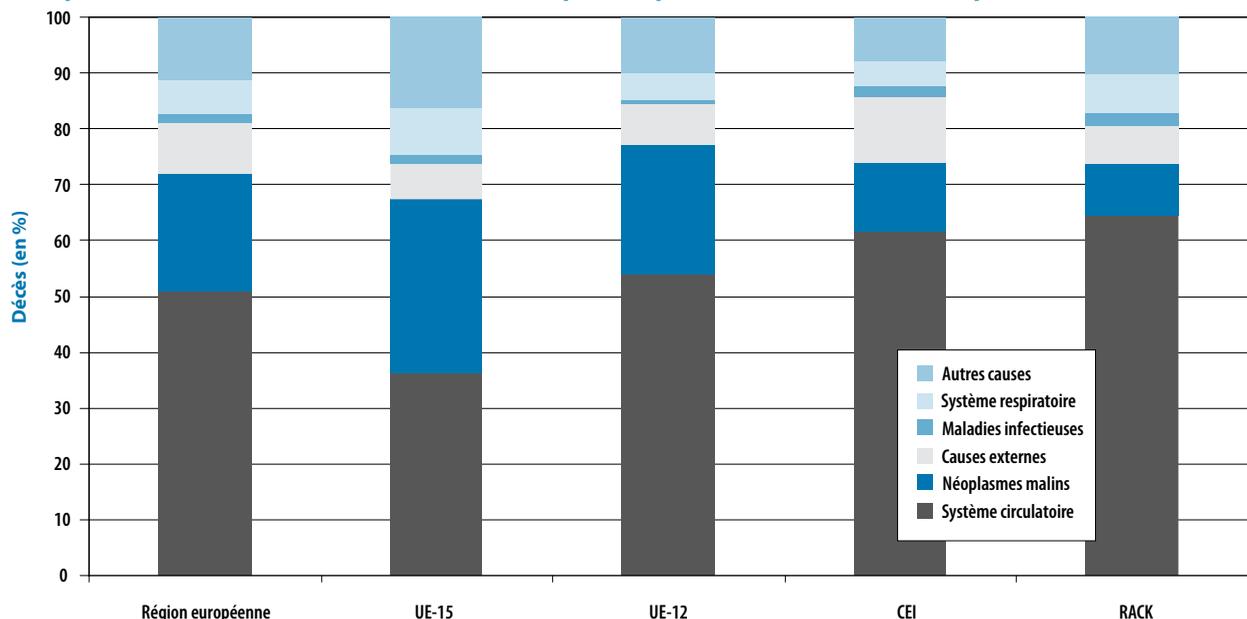
hausse a été enregistrée dans quatre d'entre eux entre 1990 et 2000. Du côté des bonnes nouvelles, le taux de mortalité maternelle a chuté de quelque 90 % en Turquie. En 1973, il était plus de huit fois supérieur à la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), avant de revenir à environ 2,5 fois celle-ci en 2006. Il est aujourd'hui estimé à 21,2 pour 100 000 naissances vivantes (18). Ce progrès tient largement à la priorité politique accordée à la mortalité maternelle, aux financements qui lui sont par conséquent octroyés et à la prise en compte des particularités culturelles dans la mise en œuvre des politiques et la prestation des services. Des structures prodiguant des soins avant l'accouchement ont été notamment créées près des hôpitaux, et des déplacements terrestres et aériens gratuits proposés pour les urgences obstétricales, réduisant grandement la distance et la durée nécessaires pour accéder à des soins spécialisés de qualité.

### Mortalité par causes

Dans la Région européenne, la charge de mortalité la plus élevée est imputable aux maladies non transmissibles (voir la section ci-dessous sur les défis actuels et futurs), qui concourent à plus de 85 % des 9 millions de décès estimés entre 2003 et 2007 (19). Les maladies du système circulatoire demeurent la principale cause de décès. Elles représentent 48 % de l'ensemble des décès de la Région (allant de 35 % dans les pays de l'UE-15 à 65 % dans ceux de la CEI) et reculent dans la plupart des pays de l'UE (figure 2.8).

Le cancer (tumeurs malignes) constitue la deuxième cause de décès par importance. Cette affection contribue pour plus de 20 % au total des décès de la Région, avec des chiffres compris entre 7 et 30 % selon les pays. Elle représente une proportion plus élevée des causes de décès dans les pays de l'ouest de la Région. Les traumatismes et intoxications (causes externes) et les maladies respiratoires sont les deux autres grandes causes (à l'origine respectivement de 8 et 6 % des décès dans la Région), plus fréquentes toutefois dans la CEI, le groupe RACK et

**Figure 2.8. Mortalité proportionnelle selon les grands groupes de causes, par groupes de pays, Région européenne de l'OMS, 2006 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**

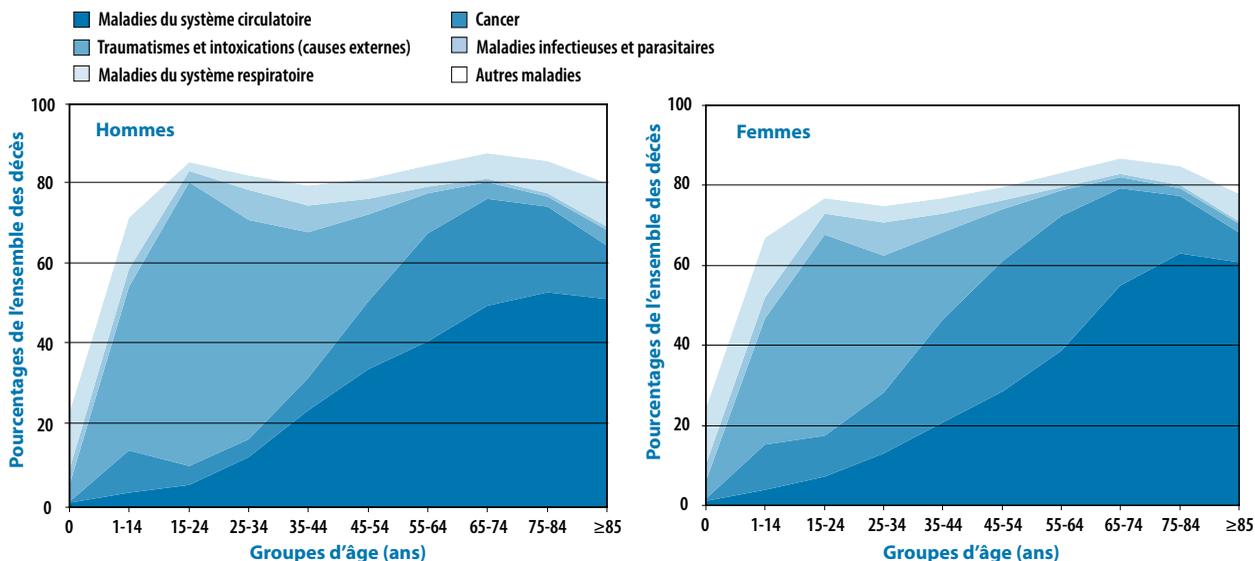


Source : European mortality database (15).

l'UE-12. Ensemble, ces quatre groupes de causes expliquent près des trois quarts des décès. Les maladies infectieuses et parasitaires entraînent 16 % des décès à l'échelle mondiale mais moins de 2 % dans la Région européenne, bien que ce chiffre atteigne jusqu'à 8 % dans certains pays de la partie orientale.

Les profils de mortalité de la Région varient beaucoup selon la cause du décès, l'âge et le sexe. Par exemple les traumatismes et intoxications (causes externes) sont à l'origine de plus de 70 % des décès chez les adolescents et les jeunes adultes (en particulier chez les hommes). Avec l'âge, les maladies du système circulatoire et le cancer deviennent les principales causes (figure 2.9) (20). Durant la petite enfance, les maladies du système respiratoire et les « autres maladies » forment la part la plus importante (presque 90 % des décès), touchant indifféremment garçons et filles. Les maladies infectieuses et parasitaires ont quant à elles chuté chez les jeunes enfants, où elles représentent moins de 5 % des décès, mais progressent chez les adultes.

Figure 2.9. Profils de mortalité par cause de décès, âge et sexe, Région européenne de l'OMS, 2007



Source : Atlas of health in Europe (20).

### Causes spécifiques de mortalité

Les maladies non transmissibles chroniques constituent les principales causes de décès dans la Région européenne où elles comptent pour environ 80 % du total de la mortalité. Le TMS s'établissait en 2006 à 736,5 décès pour 100 000 habitants, soit près de 1 % de la population d'alors. Cette cause de mortalité a décliné au cours des deux dernières décennies. Ainsi, la baisse a atteint globalement 10 % en 2006 (tableau 2.8). Si les pays de l'UE-15 (-26 %) et de l'UE-12 (-9 %) ont accompli des progrès importants, au contraire, de 1990 à 2006, ce taux a augmenté de 13 % dans les pays de la CEI (RACK y compris). Pour ses habitants, le risque de décéder de cette cause est supérieur de 40 % à la moyenne de la Région européenne.

Le taux de mortalité due aux maladies du système circulatoire suit une évolution temporelle très proche de celle de la mortalité globale, notamment au niveau des différences entre pays

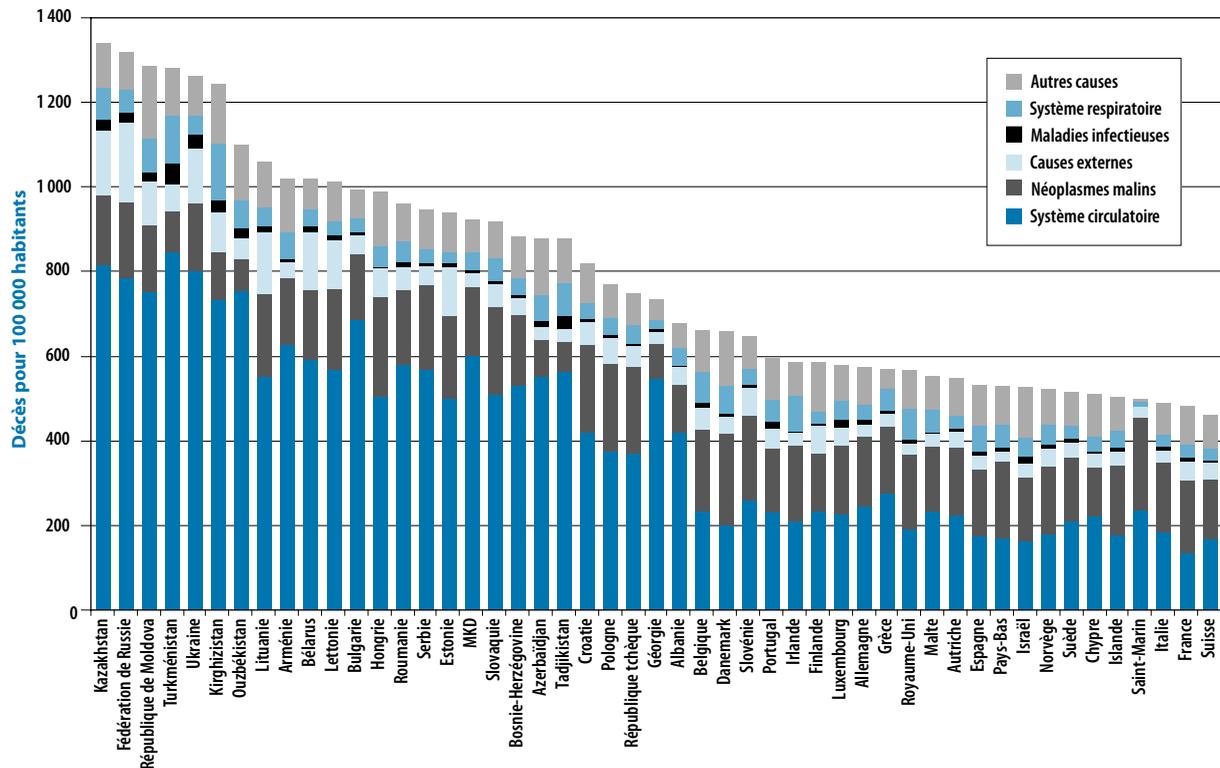
**Tableau 2.8. Taux de la mortalité due aux maladies chroniques non transmissibles (pondérés par la population) pour 100 000 habitants, par groupe de pays, Région européenne de l'OMS, 1990-2006**

Groupe de pays	1990	2006	Indice en 2006 (%) (1990 = 100 %)	Rapport entre taux (Région européenne = 1)
Région européenne	814,3	736,5	90	1,0
UE-15	675,3	501,6	74	0,7
UE-12	977,0	794,1	81	1,1
CEI	946,1	1 071,9	113	1,5
RACK	930,0	1 052,9	113	1,4

Source : European mortality database (15).

et groupes de pays (figure 2.10). Ces affections sont à l'origine de près de 50 % des décès dans la Région, avec des chiffres compris entre 35 et 65 % selon les groupes de pays, le taux global de mortalité s'établissant à 430 pour 100 000 habitants. Ce taux est inférieur de près de 50 % dans les pays de l'UE-15, mais près de deux fois supérieur dans ceux de la CEI (RACK y compris). Dans l'UE-15, à l'inverse, le taux de mortalité lié au cancer est similaire à celui de la Région européenne. Toutefois, la proportion des décès dus à cette maladie y est 50 % plus élevée que dans la Région et deux fois supérieure à la CEI et au groupe RACK, ce qui tend à indiquer que ces pays luttent plus efficacement contre les maladies du système circulatoire que contre le cancer.

**Figure 2.10. TMS pour 100 000 habitants, par cause de décès, Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**

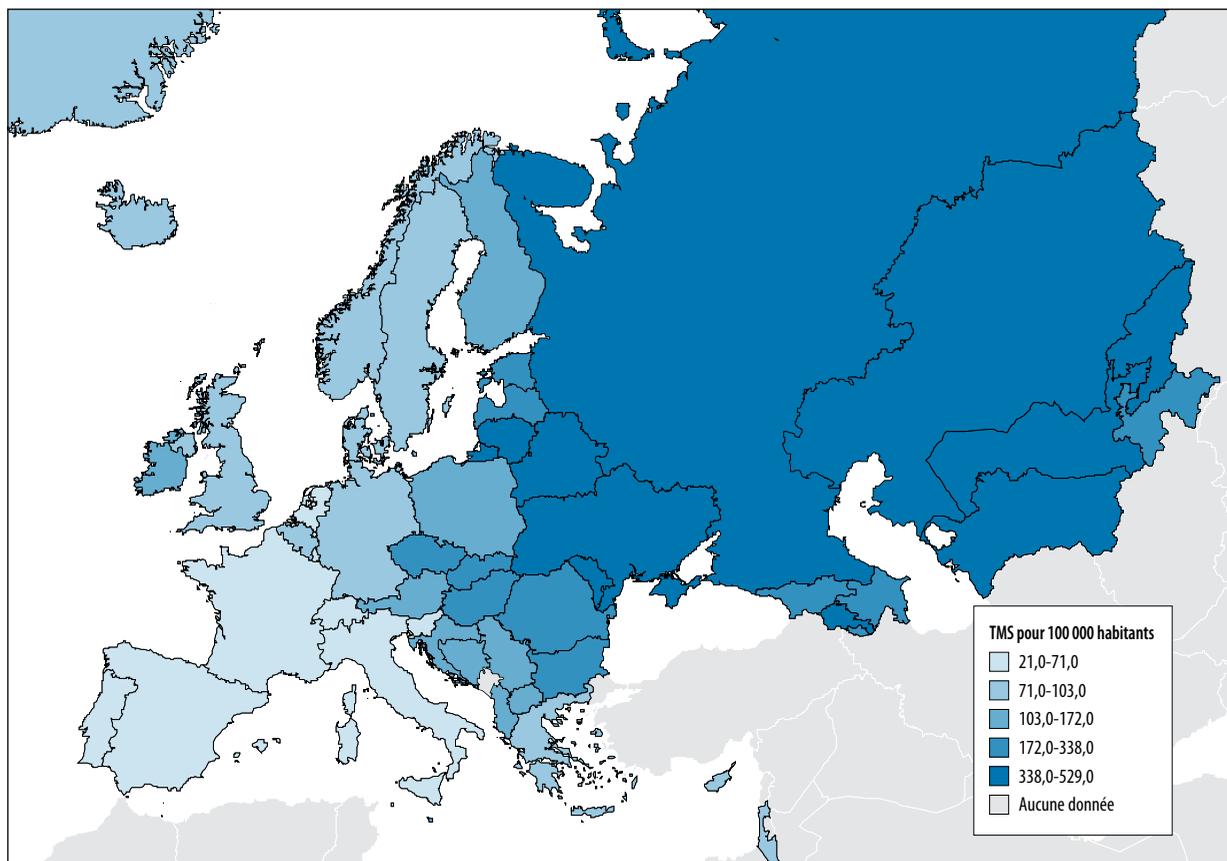


Note : MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine.

Source : European mortality database (15).

La répartition des maladies du système circulatoire (cardiopathies ischémiques et maladies cérébrovasculaires essentiellement) varie considérablement selon l'âge, le sexe et d'autres facteurs. Par exemple, le risque de mourir d'une cardiopathie ischémique s'accroît avec l'âge. Il est près de 25 fois plus élevé chez les sujets âgés de 65 ans et plus que chez les plus jeunes (TMS : 1 270,1 contre 55,8 pour 100 000 habitants). De surcroît, il est 90 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes (TMS : 274,0 contre 152,2 pour 100 000 habitants, respectivement). En outre, c'est dans les pays de l'Europe du Sud-Ouest que les taux de mortalité dus aux cardiopathies ischémiques sont les plus faibles (TMS : 21-71 pour 100 000 habitants) (21), et le risque est 5 à 7 fois supérieur dans les parties les plus orientales de la Région (figure 2.11). Concernant les maladies cérébrovasculaires, les tendances liées à l'âge sont similaires et l'on observe un gradient ouest-est, mais les risques excédentaires sont 31 fois plus élevés chez les sujets de 65 ans et plus que chez les plus jeunes (TMS : 803,3 contre 25,8 pour 100 000 habitants). En outre, la mortalité masculine n'est supérieure que de 30 % à la mortalité féminine (TMS : 134,5 contre 106,0 pour 100 000 habitants, respectivement). Les différences entre les parties occidentale et orientale de la Région résulteraient d'interactions entre les principaux facteurs liés au mode de vie (alimentation, tabagisme et activité physique) et psychosociaux (stress), mais d'autres pourraient également intervenir, tels l'accès aux soins de santé et leur qualité (11).

**Figure 2.11. Cardiopathies ischémiques : TMS pour 100 000 habitants, par pays, Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**



Source : European mortality database (15).

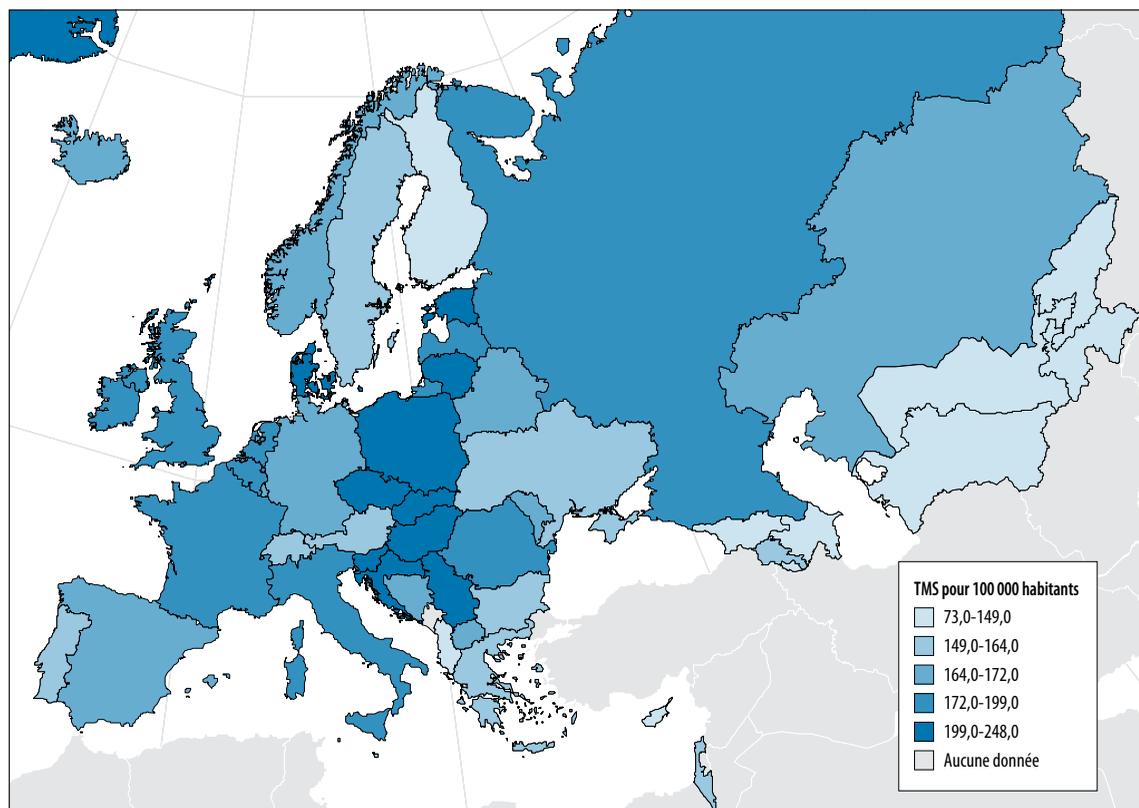
Les études menées en Fédération de Russie confortent cette hypothèse. Elles mettent ainsi en évidence une forte corrélation entre l'évolution de la mortalité due aux maladies cardiovasculaire, observée ces dernières décennies, et le niveau élevé de la consommation d'alcool et des intoxications (5). D'autres travaux de recherche ont en outre démontré que des facteurs socioéconomiques, tels les privatisations massives et le chômage qui en a résulté en Fédération de Russie et dans d'autres pays durant l'ère postcommuniste, expliquent largement la rapidité des évolutions politiques et sociales. Celles-ci ont, à leur tour, aggravé la mortalité, en particulier dans les pays qui présentaient déjà une espérance de vie et des revenus plus faibles, creusant ainsi les inégalités existantes de revenus et de santé (22,23). Des études indiquent que l'existence d'un capital social élevé (sous la forme de la participation aux organisations sociales) a réduit ces effets et qu'à l'avenir, les politiques sociales pourraient utilement contribuer à la réforme des systèmes.

Pour le cancer, le TMS global s'établissait vers 2007 à 168,1 pour 100 000 habitants dans la Région européenne, soit presque 20 % de l'ensemble des décès. Les personnes âgées de 65 ans et plus accusent un taux de mortalité plus de 10 fois supérieur à celui des personnes plus jeunes (TMS : 912,0 contre 79,6 pour 100 000 habitants, respectivement). Il est supérieur de 80 % chez les hommes par rapport aux femmes (TMS : 229,1 contre 127,0 pour 100 000 habitants, respectivement). Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, du côlon, de l'estomac, du foie et de la prostate comptent pour près de 50 % de la mortalité due au cancer chez les hommes. Les cancers du sein, de la trachée, des bronches et du poumon, de l'estomac, du foie, du côlon, du col de l'utérus et de l'ovaire représentent 60 % de la mortalité due au cancer chez les femmes. Contrairement aux maladies cardiovasculaires, c'est dans les pays de l'UE-12 que les taux de mortalité liés au cancer sont les plus élevés (figure 2.12). Cela tiendrait à l'augmentation du tabagisme, en particulier chez les femmes (1).

Les causes externes de décès, en particulier les traumatismes liés aux accidents (chutes y compris), au transport et à la violence (infligée aux autres et à soi-même), sont à l'origine d'une mortalité considérable dans la Région où elles représentent 8 % du total des décès. En 2007, le TMS global s'établissait pour cette cause à 71,8 pour 100 000 habitants dans la Région européenne, soit une baisse de plus de 10 % depuis 1990 (tableau 2.9). Le taux le plus élevé est enregistré chez les sujets âgés de 65 ans et plus, où il est près de deux fois supérieur à la moyenne (TMS : 135,3 pour 100 000 habitants), mais le risque excédentaire induit par l'âge varie selon les causes spécifiques. Ainsi, il est deux fois plus élevé pour les accidents de transport (TMS : 12,7 pour 100 000 habitants), les suicides (TMS : 13,8 pour 100 000 habitants) et les homicides (TMS : 4,8 pour 100 000 habitants), mais 9 fois plus élevé pour les chutes (TMS : 26,9 pour 100 000 habitants). En outre, la mortalité due aux causes externes est presque quatre fois plus importante chez les hommes que chez les femmes (TMS : 124,9 contre 34,2 pour 100 000 habitants, respectivement). Comme pour la mortalité toutes causes confondues, on observe dans la Région européenne une tendance à l'augmentation d'ouest en est : le risque global et celui découlant de causes spécifiques sont deux à trois fois supérieurs dans les pays de la CEI. Les différences pour les accidents, les suicides et les homicides tiendraient à divers facteurs socioéconomiques et liés au mode de vie, notamment la consommation d'alcool, la mauvaise qualité des routes et des véhicules, et une application restreinte de la loi (1).

La mortalité due aux maladies infectieuses et parasitaires a fortement chuté depuis les années 1950, pour atteindre en 1990 le TMS le plus bas de la Région européenne (10,1 pour 100 000 habitants) (tableau 2.10). Ce progrès tient à l'amélioration globale des conditions de vie et des soins de santé maternelle et infantile, avec en particulier un meilleur accès à

**Figure 2.12. Cancer : TMS pour 100 000 habitants, par pays, Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**



l'eau, à l'assainissement, à la vaccination et aux antibiotiques, et une meilleure alimentation. Néanmoins, la mortalité a augmenté de 40 % au milieu des années 1990, avant de stagner, le TMS s'établissant en 2006 à 14,5 pour 100 000 habitants. La tuberculose, l'infection à VIH et l'hépatite sont les principales causes de cette évolution. L'augmentation de la mortalité a touché principalement l'UE-15 et les pays de la CEI, où les taux ont augmenté de près de 60% par rapport à 1990. Cependant, aujourd'hui comme en 1990, les niveaux de la CEI sont presque trois fois plus élevés que ceux de l'UE-15.

**Tableau 2.9. TMS dus à des causes externes de décès (pondérés par la population), pour 100 000 habitants et par groupe de pays, Région européenne de l'OMS, 1990-2006**

Groupe de pays	1990	2006	Indice en 2006 (%) (1990 = 100 %)
Région européenne	79,9	71,8	90
UE-15	49,8	34,3	69
UE-12	87,3	63,7	73
CEI	115,9	145,0	125
RACK	87,8	81,1 <sup>a</sup>	92 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Chiffres de 2005.

Source : European mortality database (15).

**Tableau 2.10. TMS dus aux maladies infectieuses et parasitaires (pondérés par la population), pour 100 000 habitants et par groupe de pays, Région européenne de l'OMS, 1990-2006**

Groupe de pays	1990	2006	Indice en 2006 (%) (1990 = 100 %)	Rapport entre taux (Région européenne = 1)
Région européenne	10,1	14,5	143	1,0
UE-15	5,8	9,2	158	0,6
UE-12	8,7	6,9	79	0,5
CEI	16,0	25,3	158	1,8
RACK	31,1	27,8	90	1,9

Source : European mortality database (15).

### Mortalité évitable

La mortalité évitable sert d'indicateur de la mortalité prématurée potentielle pouvant être réduite par une action efficace menée en temps voulu par le système de santé. Celle-ci peut englober la promotion de la santé, la prévention primaire (pour réduire l'exposition) ou secondaire (pour diagnostiquer et traiter les maladies), mais aussi impliquer d'autres secteurs que la santé tels l'environnement, les transports, etc. (13,24,25). Il s'ensuit que la mortalité évitable peut être subdivisée en deux catégories, selon qu'elle le soit par le traitement ou par la prévention. On estime que la mortalité évitable par le traitement est un meilleur indicateur des services de soins de santé. Elle aide à évaluer leur contribution (positive ou négative) à la santé (voir la section ci-dessous sur le rôle des systèmes de santé dans l'amélioration de l'état de santé de la population).

Aux alentours de 2007, les TMS des cardiopathies ischémiques et des maladies cérébrovasculaires s'établissent à 186 et 113 pour 100 000 habitants, respectivement. Ainsi, ces deux causes représentent plus de 70 % de la mortalité d'origine cardiovasculaire et près de 35 % de la mortalité totale dans la Région européenne. Chez les sujets âgés de 0 à 64 ans, la mortalité due aux cardiopathies ischémiques (TMS : 55,8 pour 100 000 habitants) est très variable entre les pays, le rapport entre les deux extrêmes allant jusqu'à plus de 13,5. Les taux sont entre 50 et 80 % plus élevés que la moyenne régionale en Azerbaïdjan, en Géorgie, au Kirghizistan, en Lettonie, en Lituanie, en Ouzbékistan et en République de Moldova. Ils lui sont presque deux fois supérieurs au Bélarus, en Fédération de Russie, au Kazakhstan, au Turkménistan et en Ukraine. Cette situation s'expliquerait par une combinaison de facteurs évitables (consommation élevée d'alcool, « soûleries », stress et absence de soutien social), tous aggravés par les crises sociales et économiques (21).

Concernant les maladies cérébrovasculaires chez les 0-64 ans, le TMS le plus élevé est 17 fois supérieur au plus bas. Les taux de mortalité sont entre 50 et 80 % plus importants que la moyenne régionale (TMS : 24,1 pour 100 000 habitants) dans les pays suivants : Azerbaïdjan, Bélarus, Bulgarie, Géorgie, Ouzbékistan, ex-République yougoslave de Macédoine, Roumanie et Ukraine. Ils lui sont presque deux fois supérieurs en Fédération de Russie, au Kazakhstan, au Kirghizistan et en République de Moldova. Des études récentes ont montré que la prévalence des maladies cardiovasculaires varie fortement dans le monde et que ces taux sont plus élevés dans les pays à faible revenu, ce qui pourrait s'expliquer par un accès plus limité aux soins de santé et par leur moindre qualité (26). De surcroît, les facteurs de risque les plus courants sont faiblement corrélés à la mortalité imputable à cette cause et ne permettent pas de la prévoir. Ces différences tiendraient au fait que, dans les pays à faible revenu, le taux de létalité est plus élevé et les traitements moins énergiques.

Dans la Région européenne, les décès dus au cancer de la trachée, des bronches et du poumon ont accusé, depuis 1990, un recul de près de 25 % chez les sujets âgés de 25 à 64 ans (TMS : 29,3 pour 100 000 habitants). Cette baisse est particulièrement marquée dans les pays de la CEI (TMS : 27,7 pour 100 000 habitants) et le groupe RACK (TMS : 16,2 pour 100 000 habitants), où elle a atteint entre 40 et 50 %. Le cancer du poumon chez les femmes a toutefois enregistré une augmentation spectaculaire (de 40-50 %) dans les pays de l'UE (TMS : 18,2 pour 100 000 habitants), en particulier ceux de l'UE-12 (TMS : 17,8 pour 100 000 habitants).

La mortalité due au cancer du côlon, qui a pourtant compté parmi les principales causes de décès dans la Région européenne, a reculé de 12 % depuis 1990 chez les sujets âgés de 25 à 64 ans (TMS : 11,8 pour 100 000 habitants). Les baisses ont atteint 15-25 % dans tous les groupes de pays, sauf l'UE-12 (TMS : 14,6 pour 100 000 habitants), où les taux stagnent. Dans ce dernier groupe, le taux a néanmoins augmenté de près de 20 % chez les hommes (TMS : 18,8 pour 100 000 habitants), mais non chez les femmes (TMS : 11,0 pour 100 000 habitants), ce qui pourrait indiquer que la stagnation rend essentiellement compte de facteurs liés aux régimes alimentaires, aux modes de vie et, dans une moindre mesure, à l'accès aux soins de santé (1).

Dans la Région, la mortalité imputable au cancer du sein chez les femmes âgées de 25 à 64 ans a reculé de plus de 15 % depuis 1990 (TMS : 24,4 pour 100 000 habitants), malgré une progression de 10 % dans les pays de la CEI (TMS : 26,2 pour 100 000 habitants). Les taux sont deux fois supérieurs chez les femmes plus âgées. Ils ont augmenté de presque 40 % dans les pays de la CEI, ce qui donne à penser que les hausses tiennent à une mauvaise qualité des soins (diagnostic et traitement). Dans la Région, le cancer du col de l'utérus a fléchi depuis 1990 de 7 % chez les femmes âgées de 25 à 64 ans (TMS : 5,9 pour 100 000 habitants), mais la mortalité reste élevée dans l'UE-12 et la CEI (TMS : 11,6 et 9,0 pour 100 000 habitants, respectivement), y compris dans le groupe RACK (TMS : 8,3 pour 100 000 habitants). Les taux ont augmenté uniquement dans les pays de la CEI (20 % depuis 1990), y compris dans le groupe RACK (13 % depuis 1990), essentiellement en raison de l'insuffisance des mesures prises pour prévenir et combattre les infections sexuellement transmissibles (papillomavirus humain, principalement) et d'un accès limité au diagnostic et aux soins de santé (1).

Le diabète représente une autre cause importante de mortalité évitable par le traitement avec, dans la Région européenne, un TMS de 12,7 pour 100 000 habitants en 2006 (tableau 2.11). Les taux de mortalité varient sensiblement selon l'âge. Ils sont 21 fois plus élevés chez les sujets âgés de 65 ans et plus que chez les plus jeunes (TMS : 83,8 contre 3,9 pour 100 000 habitants, respectivement) et 15 % plus élevés chez les hommes que chez femmes (TMS : 13,6 contre 11,7 pour 100 000 habitants, respectivement).

De 1990 à 2006, les tendances ont varié géographiquement, avec des reculs compris entre 12 et 15 % dans les pays de l'UE et des hausses de 40-98 % dans ceux de la CEI. Le taux de mortalité chez les 0-64 ans est trois fois plus élevé dans le groupe RACK (TMS : 12,1 pour 100 000 habitants) que dans la Région dans son ensemble. Le rapport mortalité/incidence (une estimation du taux de létalité) constituerait un bon indicateur de la performance des systèmes de santé (27). Au sein du groupe RACK et dans certains autres pays de la CEI (comme le Bélarus), le taux de mortalité du diabète est élevé chez les populations les plus jeunes. Cela pourrait indiquer que d'autres causes, liées à un accès limité aux soins de santé et à la qualité de ces derniers, pourraient intervenir en plus des évolutions de modes de vie qui accentuent la vulnérabilité face à la mortalité due au diabète.

**Tableau 2.11. TMS dus au diabète (pondérés par la population), pour 100 000 habitants et par groupe de pays, Région européenne de l'OMS, 1990-2006**

Groupe de pays	1990	2006	Indice en 2006 (%) (1990 = 100 %)
Région européenne	12,6	12,7	100
UE-15	15,6	13,4	86
UE-12	14,8	13,0	88
CEI	7,7	10,8	140
RACK	11,0	21,9 <sup>a</sup>	199

<sup>a</sup> Chiffres de 2005.

Source : European mortality database (15).

La tuberculose représente près de 50 % de la mortalité due aux maladies infectieuses et parasitaires chez les sujets âgés de 25 à 64 ans de la Région européenne (TMS : 7,1 pour 100 000 habitants). Elle est l'une des principales explications de la hausse de la mortalité due à ces maladies observée dans la Région depuis 1990, en particulier dans les pays de la CEI (TMS : 18,5 pour 100 000 habitants), où le taux a plus que doublé. Bien que la mortalité ait récemment reculé, la situation est aussi critique dans le groupe RACK, où les taux sont similaires à ceux enregistrés dans la CEI dans son ensemble. Le taux de la mortalité due à la tuberculose progresse avec l'âge dans la plupart des groupes de pays, sauf dans la CEI où il est plus élevé chez les plus jeunes, ce qui met en évidence les effets de facteurs comme la mauvaise qualité des régimes alimentaires et la consommation d'alcool, que viennent encore aggraver la mauvaise situation socioéconomique et la co-infection avec les maladies sexuellement transmissibles, en particulier l'infection à VIH.

### Inégalités de mortalité

Les taux de mortalité varient considérablement selon la cause du décès et le groupe d'âge, dans les groupes de pays comme dans les pays considérés isolément. On retrouve ces tendances au sein des pays (tableau 2.12). Par exemple, pour les régions sous-nationales, les rapports géographiques des taux de mortalité sont relativement faibles concernant le cancer et les maladies cardiovasculaires (moins de 1,5), mais plus élevées pour les maladies infectieuses et parasitaires ainsi que pour les causes externes, ce qui tend à montrer l'importance des facteurs environnementaux. En outre, les variations sous-nationales observées dans certains pays, principalement la Fédération de Russie et l'Ouzbékistan, ont tendance à être très marquées toutes causes confondues, mais plus encore pour les causes externes et les maladies infectieuses. L'Irlande est une exception notable : les rapports régionaux des taux de mortalité y tendent à se rapprocher de 1, ce qui indique une distribution plus régulière des risques.

Les taux de la mortalité masculine sont systématiquement plus élevés au sein des pays, toutes causes confondues. Concernant les maladies cardiovasculaires, encore une fois, la disparité entre les deux sexes tend à être relativement moins marquée et à se rapprocher de la moyenne de la Région européenne (rapport entre taux < 1,6). S'agissant des causes externes de décès, les écarts sont plus nets au sein des pays, avec des disparités plus marquées encore dans la Fédération de Russie. Outre les facteurs environnementaux liés à la situation géographique, d'autres facteurs relatifs à l'appartenance sexuelle (comportementaux et de mode de vie) peuvent encore accroître le risque de mortalité chez les hommes. Il convient néanmoins d'interpréter ces résultats avec prudence car ils se fondent uniquement sur des données agrégées, d'où un risque de biais écologique. Des études sur les inégalités ont toutefois abouti à des conclusions similaires en ce qui concerne les gradients géographiques ainsi que des différences moins marquées pour les maladies cardiovasculaires et le cancer que pour les autres causes de décès (28,29).

**Tableau 2.12. Inégalités géographiques et entre les sexes : TMS (pour 100 000 habitants) par grands groupes de causes de décès dans plusieurs pays, Région européenne de l'OMS, 2006 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**

Pays	Mortalité par groupes de causes de décès											
	Maladies du système circulatoire			Tumeurs			Causes externes			Maladies infectieuses et parasitaires		
	Valeur nationale (TMS)	Rapport entre la mortalité la plus faible et la plus élevée dans la Région	Rapport entre taux de mortalité masculine/féminine	Valeur nationale (TMS)	Rapport entre la mortalité la plus faible et la plus élevée dans la Région	Rapport entre taux de mortalité masculine/féminine	Valeur nationale (TMS)	Rapport entre la mortalité la plus faible et la plus élevée dans la Région	Rapport entre taux de mortalité masculine/féminine	Valeur nationale (TMS)	Rapport entre la mortalité la plus faible et la plus élevée dans la Région	Rapport entre taux de mortalité masculine/féminine
Autriche	223,9	1,32	1,47	162,8	1,22	1,60	40,2	1,31	2,87	4,7	2,78	1,54
Bulgarie	685,4	1,26	1,50	157,4	1,23	1,81	45,0	1,23	3,69	7,2	2,34	2,29
Espagne	173,5	1,59	1,50	169,3	1,19	2,25	32,9	1,59	2,98	12,1	4,31	1,98
Fédération de Russie	807,0	3,24	1,69	190,7	2,45	2,06	224,1	15,27	4,40	24,3	9,76	5,04
Finlande	231,1	1,39	1,86	141,1	1,22	1,55	67,6	2,24	3,13	5,6	1,46	1,54
France	145,4	1,62	1,71	183,7	1,42	2,05	48,8	2,08	2,33	10,6	1,60	1,76
Hongrie	502,4	1,27	1,60	248,2	1,10	1,92	80,0	1,36	3,17	4,1	1,91	2,42
Irlande	207,5	1,01	1,66	184,6	1,01	1,40	29,4	1,20	2,24	3,5	1,10	1,28
Ouzbékistan	754,2	1,91	1,30	77,9	3,27	1,23	28,2	3,59	3,49	21,3	5,57	2,10
Pays-Bas	175,3	1,18	1,60	191,0	1,17	1,51	26,6	1,16	1,94	7,9	1,96	1,45
République Tchèque	370,7	1,36	1,48	206,7	1,29	1,77	51,7	1,30	2,99	5,1	2,71	1,36
Royaume-Uni	224,0	1,56	1,58	187,1	1,41	1,42	28,7	2,67	2,32	6,6	2,80	1,22
Région Européenne	430,2	-	1,55	171,6	-	1,80	76,0	-	3,66	14,5	-	2,57

Source : European mortality database (15).

## Charge de morbidité

L'OMS a proposé de nouvelles mesures récapitulatives de la charge de morbidité, y compris les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI), pour servir d'indicateurs de la mortalité et des effets de la morbidité sur la santé de la population (19). Les AVCI tiennent compte des années de vie perdues en raison d'un décès prématuré et des années de vie passées dans un état de santé laissant à désirer du fait de la maladie ou de l'invalidité.

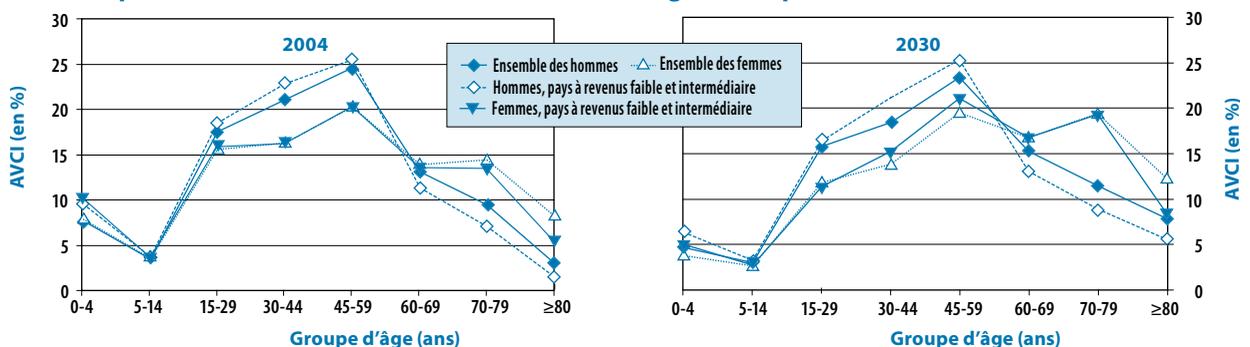
La Région européenne représente près de 14 % de la population mondiale mais 151,4 millions d'AVCI perdues, soit 10 % de la charge de morbidité mondiale, avec une moyenne de 171 AVCI perdues pour 1 000 habitants en 2004. Les pays à revenus faible et intermédiaire représentent 54 % de la population totale de la Région européenne<sup>1</sup>, mais comptent pour 67 % des AVCI régionales, avec une moyenne de 215 AVCI pour 1 000 habitants. Dans la Région, la charge de morbidité devrait baisser de 23 % d'ici à 2030 si les tendances actuelles se poursuivent pour les maladies et la mortalité. Un recul encore plus marqué (31 %) est prévu pour les pays à revenus faible et intermédiaire, en raison de l'évolution des tendances par âge et par cause.

Comme pour la mortalité, c'est la tranche des 15-59 ans qui souffre de la plus forte charge de morbidité, toutes causes confondues : elle représente 58 % des AVCI perdues dans la Région,

<sup>1</sup> Selon l'OMS (19), ce groupe comprenait en 2004 les pays suivants : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Géorgie, Hongrie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Pologne, République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan, Ouzbékistan et Ukraine. Le Monténégro et la Serbie sont aujourd'hui deux États indépendants.

ce chiffre se montant à 61 % dans les pays à revenus faible et intermédiaire (figure 2.13). En outre, le nombre d'AVCI perdues est 21 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes de ce groupe d'âge. La tendance s'inverse toutefois après 60 ans, où il est supérieur de 42 % chez les femmes, et ces profils sont similaires dans les divers groupes de pays. En 2030, les hommes âgés de 15 à 59 ans perdront toujours davantage d'AVCI que ceux plus âgés (58 % du total). En revanche, les pertes seront supérieures chez les femmes de 60 ans et plus (48 % du total). Le vieillissement de la population, en particulier chez les femmes, conforte encore ces chiffres (voir la section ci-après sur l'évolution démographique de la Région). Dans les pays à revenus faible et intermédiaire, la contribution relative des AVCI augmentera légèrement chez les hommes et femmes d'âge mûr, celle des enfants âgés de 0 à 14 ans accusant un recul.

**Figure 2.13. Estimation (2004) et prévision (2030) de la distribution par âge et par sexe des AVCI perdues selon le niveau de revenu national, Région européenne de l'OMS**



Source : *The global burden of disease: 2004 update* (19).

Les causes des pertes d'AVCI ont été regroupées en trois grandes catégories : affections transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles (groupe I), maladies non transmissibles (groupe II) et traumatismes (groupe III), chacune étant à nouveau subdivisée<sup>2</sup>. Dans le monde, les problèmes de santé du groupe II représentent la plus grande part de la charge de morbidité, soit 48 % des AVCI perdues, le groupe I étant à l'origine de 40 % de celles-ci (tableau 2.13). Ils prédominent également dans la Région européenne, où ils représentent près de 77 % du total des AVCI perdues, juste devant le groupe III (13 %).

Dans la Région, si les pays à revenus faible et intermédiaire représentent 63 % des AVCI perdues en raison d'affections du groupe II, ils concourent à une part beaucoup plus importante des AVCI imputables aux groupes I (85 %) et III (82 %). Parmi toutes les Régions de l'OMS, ces pays supportent en fait la plus forte charge liée aux causes du groupe III (traumatismes) (16 %). S'agissant de la distribution des AVCI perdues par sous-catégories de causes, ils s'écartent légèrement de la moyenne régionale. Les problèmes de santé d'ordre neuropsychiatrique, qui comptent pour 3 % de la mortalité globale dans la Région européenne, représentent 19 % des AVCI perdues, soit la part la plus importante après les maladies cardiovasculaires (23 %). Ces deux catégories sont également les principales causes des AVCI perdues dans les pays à revenus faible et intermédiaire de la Région. Les trois autres grandes causes de pertes d'AVCI sont les tumeurs malignes, les traumatismes non intentionnels et les troubles

<sup>2</sup> Les sous-groupes sont : groupe I – maladies infectieuses et parasitaires, infections des voies respiratoires, affections maternelles, affections périnatales et carences nutritionnelles ; groupe II – tumeurs malignes, autres tumeurs, diabète sucré, troubles nutritionnels et endocriniens, troubles neuropsychiatriques, troubles des organes sensoriels, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, maladies digestives, maladies du système génito-urinaire, maladies de la peau, affections musculosquelettiques, anomalies congénitales et affections buccales ; et groupe III – traumatismes non intentionnels et traumatismes intentionnels (19).

**Tableau 2.13. AVCI perdues par grands groupes de causes dans la Région européenne de l'OMS et les pays à revenus faible et intermédiaire de la Région (PRFI), 2004**

Cause	Monde <sup>a</sup> (AVCI)		Région européenne <sup>b</sup> (AVCI)		Région européenne, PRFI <sup>c</sup> (AVCI)		
	Nombre (en milliers)	% du total	Nombre (en milliers)	% du total	Nombre (en milliers)	% du total	% du total pour la Région
<b>Nombre total d'AVCI</b>	1 523 259	100,0	151 461	100,0	102 130	100,0	67,4
<b>I. Maladies transmissibles, affections maternelles et périnatales et carences nutritionnelles</b>	603 993	39,7	15 391	10,2	13 094	12,8	85,1
Maladies infectieuses et parasitaires	302 144	19,8	6 041	4,0	5 203	5,1	86,1
Infections des voies respiratoires	97 786	6,4	2 907	1,9	2 419	2,4	83,2
Affections maternelles	38 936	2,6	862	0,6	691	0,7	80,2
Affections périnatales	126 423	8,3	3 687	2,4	3 173	3,1	86,0
Carences nutritionnelles	38 703	2,5	1 893	1,3	1 608	1,6	84,9
<b>II. Affections non transmissibles</b>	731 652	48,0	116 097	76,7	72 613	71,1	62,5
Tumeurs malignes	77 812	5,1	17 086	11,3	8 813	8,6	51,6
Autres tumeurs	1 953	0,1	283	0,2	103	0,1	36,5
Diabète sucré	19 705	1,3	2 660	1,8	1 349	1,3	50,7
Troubles nutritionnels et endocriniens	10 446	0,7	1 266	0,8	549	0,5	43,3
Troubles neuropsychiatriques	199 280	13,1	28 932	19,1	16 342	16,0	56,5
Troubles des organes sensoriels	86 883	5,7	8 429	5,6	4 608	4,5	54,7
Maladies cardiovasculaires	151 377	9,9	34 760	22,9	26 845	26,3	77,2
Maladies respiratoires	59 039	3,9	5 910	3,9	2 992	2,9	50,6
Maladies digestives	42 498	2,8	6 945	4,6	4 755	4,7	68,5
Maladies du système génito-urinaire	14 754	1,0	1 319	0,9	885	0,9	67,0
Maladies de la peau	3 879	0,3	331	0,2	242	0,2	73,1
Affections musculosquelettiques	30 869	2,0	5 435	3,6	3 263	3,2	60,0
Anomalies congénitales	25 280	1,7	1 845	1,2	1 298	1,3	70,4
Affections buccales	7 875	0,5	896	0,6	569	0,6	63,5
<b>III. Traumatismes</b>	187 614	12,3	19 973	13,2	16 424	16,1	82,2
Traumatismes non intentionnels	138 564	9,1	14 545	9,6	12 034	11,8	82,7
Traumatismes intentionnels	49 050	3,2	5 428	3,6	4 389	4,3	80,9

<sup>a</sup> Population (en milliers) : 6 436 826.

<sup>b</sup> Population (en milliers) : 883 311.

<sup>c</sup> Population (en milliers) : 476 019 (53,9 % du total pour la Région).

Source : *The global burden of disease, 2004 update (19)*.

des organes sensoriels, dans l'ensemble de la Région, et les traumatismes non intentionnels, les tumeurs malignes et les maladies infectieuses et parasitaires, dans les pays à revenus faible et intermédiaire.

D'ici à 2030, la part des causes du groupe II devrait augmenter dans la Région pour atteindre 84 % de l'ensemble des AVCI perdues, principalement en raison de l'augmentation des problèmes de santé d'ordre neuropsychiatrique et des tumeurs malignes, les maladies cardiovasculaires demeurant au même niveau. Les pays à revenus faible et intermédiaire de la Région devraient suivre une tendance similaire, les causes du groupe II montant à 80 % de la charge de morbidité et la contribution des causes du groupe III baissant de 16 à 10 %.

Dans la Région européenne dans son ensemble comme dans ses pays à revenus faible et intermédiaire, 25 grands problèmes de santé contribuent pour plus de 60 % aux AVCI perdues. Près des deux tiers d'entre eux appartiennent au groupe II, et certains n'entraînent pas de décès (tableau 2.14). Les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires sont les principales causes de pertes d'AVCI. Ensemble, leur contribution à la charge de morbidité se monte à 17 % dans la Région et à 20 % dans les pays à revenus faible et intermédiaire. Avec une part combinée de 9 %, les troubles dépressifs unipolaires et les troubles de l'alcoolisation sont les principaux problèmes de santé d'ordre neuropsychiatrique.

Chez les adultes de 15 à 59 ans, les traumatismes représentent 17 % de la charge de morbidité dans la Région européenne, mais plus de 30 % dans ses pays à revenus faible et intermédiaire (20). Les femmes de ce groupe sont toutefois plus affectées par les problèmes de santé d'ordre neuropsychiatrique, en particulier les troubles dépressifs unipolaires. Dans la Région dans son ensemble, et dans les pays à revenus faible et intermédiaire, la plupart des dix principaux problèmes de santé (qui comptent pour plus de 40 % des AVCI perdues) sont corrélés à de grands facteurs de risque tels que l'alcool, le tabagisme, la sécurité routière et d'autres facteurs susceptibles de porter atteinte à la sécurité des citoyens (19). Une analyse approfondie est requise pour mieux comprendre les principales causes et les principaux groupes vulnérables, au niveau des pays, et pour s'atteler à ces problèmes par des politiques et des interventions adéquates.

Enfin, le nombre d'AVCI perdues en raison de maladies cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques et maladies cérébrovasculaires confondues) devrait légèrement augmenter d'ici à 2030, en particulier dans les pays à revenus faible et intermédiaire (20). Les tumeurs malignes progresseront également dans ces pays, mais resteront à leurs niveaux actuels dans les autres parties de la Région. Dans le même temps, les traumatismes et les maladies transmissibles devraient moins contribuer à la charge de morbidité. En raison de l'augmentation de la longévité (voir la section ci-dessous sur l'évolution démographique de la Région), la charge de morbidité accusera, selon les prévisions, une baisse globale de 10 % (30 % par personne) de 2004 à 2030, essentiellement en raison de l'évolution du tableau des maladies (liée en particulier aux issues invalidantes non mortelles comme la dépression majeure unipolaire,

**Tableau 2.14. AVCI perdues en raison des 25 principales causes dans la Région européenne de l'OMS et les pays à revenus faible et intermédiaire de la Région (PRFI), 2004**

Cause	Région <sup>a</sup> (AVCI)		Cause	PRFI <sup>b</sup> (AVCI)	
	Nombre	%		Nombre	%
Total	151 461 416	100,00	Total	102 130	100,00
Cardiopathies ischémiques	16 825 931	11,11	Cardiopathies ischémiques	13 450	13,17
Maladies cérébrovasculaires	9 531 199	6,29	Maladies cérébrovasculaires	7 494	7,34
Troubles dépressifs unipolaires	8 446 229	5,58	Troubles dépressifs unipolaires	4 692	4,59
Autres traumatismes non intentionnels	5 265 230	3,48	Autres traumatismes non intentionnels	4 579	4,48
Troubles de l'alcoolisation	4 999 976	3,30	Troubles de l'alcoolisation	3 446	3,37
Déficit auditif à l'âge adulte	3 925 584	2,59	Accidents de la circulation	2 660	2,60
Accidents de la circulation	3 677 947	2,43	Cirrhose du foie	2 282	2,23
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	3 264 161	2,16	Automutilations	2 213	2,17
Arthrose	3 140 275	2,07	Infections des voies respiratoires inférieures	2 194	2,15
Cirrhose du foie	3 098 534	2,05	Déficit auditif à l'âge adulte	2 099	2,05
Automutilations	3 092 210	2,04	Intoxications	2 036	1,99
Maladie d'Alzheimer et autres démences	3 071 924	2,03	Arthrose	1 970	1,93
Maladie pulmonaire obstructive chronique	2 960 739	1,95	Violence	1 826	1,79
Diabète sucré	2 659 614	1,76	Tuberculose	1 695	1,66
Infections des voies respiratoires inférieures	2 617 929	1,73	Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	1 637	1,60
Défauts de réfraction	2 369 601	1,56	Maladie pulmonaire obstructive chronique	1 486	1,46
Intoxications	2 170 835	1,43	Chutes	1 484	1,45
Chutes	2 030 492	1,34	Diabète sucré	1 349	1,32
Violence	1 970 036	1,30	Anomalies congénitales	1 298	1,27
Cancer du colon et du rectum	1 894 627	1,25	Maladies diarrhéiques	1 279	1,25
Anomalies congénitales	1 844 624	1,22	Prématurité et faible poids à la naissance	1 269	1,24
Cancer du sein	1 737 542	1,15	Défauts de réfraction	1 179	1,15
Tuberculose	1 734 840	1,15	Cardiopathies inflammatoires	1 168	1,14
Schizophrénie	1 612 050	1,06	Asphyxie à la naissance et traumatismes à la naissance	1 080	1,06
Troubles affectifs bipolaires	1 555 355	1,03	Schizophrénie	1 040	1,02

<sup>a</sup> Population (en milliers) : 883 311.

<sup>b</sup> Population (en milliers) : 476 019.

Source : *The global burden of disease: 2004 update* (19).

le déficit auditif à l'âge adulte et les troubles de l'alcoolisation) et de décès de plus en plus tardifs. Certaines causes de la charge de morbidité devraient toutefois gagner en importance dans la Région, comme l'infection à HIV (dans les pays à revenus faible et intermédiaire essentiellement), les troubles dépressifs unipolaires, la maladie d'Alzheimer et autres types de démences, et le déficit auditif à l'âge adulte.

## Les défis de l'avenir

Bien qu'au cours des deux dernières décennies la situation sanitaire se soit améliorée dans la Région européenne, les problèmes liés à la charge de morbidité ne sont pas encore réglés. Comme les données l'ont systématiquement montré, les inégalités de santé sont criantes entre les pays, et souvent présentes en leur sein. Certaines s'expliquent par l'appartenance sexuelle, des facteurs socioéconomiques, les modes de vie et l'accès aux soins de santé (6). Les pays à revenus faible et intermédiaire de la Région représentent plus de 65 % de la charge de morbidité. Huit des dix problèmes de santé les plus fréquents, à l'origine de près de 40 % des AVCI perdues, peuvent généralement être évités et sont corrélés à trois grands facteurs de risque : le tabac, l'abus d'alcool et les transports. Les fractions attribuables dans la population, pour ces facteurs modifiables, varient globalement entre les hommes et les femmes, de 19 à 5 % pour la consommation de tabac et de 5,6 à 0,6 % pour l'abus d'alcool, respectivement (30). La fraction globale des transports s'élève à 2,8 %, mais aucune ventilation par sexe n'est disponible (31,32).

Des facteurs positifs de l'alimentation, notamment la teneur adéquate en micronutriments, ainsi que l'activité physique peuvent également jouer un rôle important (22,30,33). En outre, les fractions attribuables varient selon le type de maladie et l'âge. Par exemple, chez les sujets âgés de 30 à 69 ans, la contribution du tabagisme au cancer du poumon et aux maladies cardiovasculaires s'élève respectivement à près de 80 et 40 % chez les hommes et à 24 et 6 % chez les femmes. Maîtriser ces facteurs permettrait de réduire considérablement la charge de morbidité. Lorsque le taux de tabagisme recule, comme en Pologne, l'espérance de vie à la naissance augmente (34). Là encore, les systèmes de santé doivent évoluer afin de répondre aux différents besoins.

Certains pays de la CEI où ces facteurs de risque sont très fréquents ne communiquent pas d'informations permettant une analyse plus poussée et ne peuvent donc déterminer l'ampleur des problèmes. Concernant l'abus d'alcool, les études menées dans les pays de la CEI ont montré que les politiques visant à limiter l'accès et à réduire la consommation, bien qu'elles aient eu des résultats notables, n'ont pas été maintenues partout, et que la mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires, aux traumatismes et à la violence est donc revenue à un niveau élevé, contrairement à ce qui est le cas dans les pays de l'UE-12 (16,35). De la même manière, l'Estonie, la Lettonie et la Lituanie, qui ont connu une charge de morbidité similaire à celle des pays de la CEI, sont parvenus à des espérances de vie à la naissance et en bonne santé plus élevées que ces derniers. Cela tend à indiquer que l'on connaît des politiques et des interventions de santé publique efficaces mais que, pour être menées à bien, elles nécessitent une volonté politique solide et une action concertée de tous les secteurs de la société qui doivent intégrer la santé à l'ensemble des politiques. La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (36,37) fournit un cadre pour l'action de santé publique ainsi que des programmes et interventions éprouvés en ce domaine. Pour parvenir aux objectifs qui y sont édictés, il faut accorder une plus grande attention aux priorités des pays et engager des investissements supplémentaires.

## Facteurs influant sur la santé

Cette section aborde les principaux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé ainsi que les grands facteurs de risque comportementaux qui influencent les résultats et la répartition en matière d'état de santé. Il existe entre les pays des différences considérables au niveau de la répartition et de la gravité des maladies, et donc de leur part dans la charge de morbidité totale. Par exemple, l'incidence de l'environnement sur la santé demeure, pour l'ensemble d'entre eux, un motif croissant d'inquiétude (en particulier en ce qui concerne l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, la pollution de l'air, la sécurité au travail et les traumatismes), mais la charge de morbidité imputable aux facteurs environnementaux connus peut varier de 1 à 4 selon les pays.

Couplés aux niveaux croissants d'obésité dans la Région, certains déterminants de santé relevant de l'individu, comme le tabagisme, l'alcool, la mauvaise qualité des régimes alimentaires et l'insuffisance d'activité physique, continuent de prélever un lourd tribut. Le fait que l'attention ou les tentatives d'action sont insuffisantes n'explique généralement pas l'absence de progrès, mais les interactions entre modes de vie et comportements ont des causes communes : les déterminants socioéconomiques de la santé. Les personnes peu instruites, aux emplois moins qualifiés et aux revenus plus faibles ont tendance à mourir plus jeunes et à passer davantage d'années en mauvaise santé ; la prévalence de la plupart des problèmes de santé est chez elles plus élevée (38). Cela procède pour partie des conditions dans lesquelles elles naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et de leur exposition à un large éventail de facteurs de risque matériels, psychologiques, environnementaux et comportementaux défavorables. En effet, les difficultés et les inégalités sociales relatives érodent les ressources émotionnelles, spirituelles et intellectuelles nécessaires au bien-être, d'où une hausse continue des troubles mentaux, de sorte qu'un comportement néfaste pour la santé représente parfois un mécanisme adopté pour supporter une multiplicité de problèmes (39).

Il n'existe pas de solutions simples à ces problèmes. Il est nécessaire d'améliorer les conditions de la vie quotidienne et de s'attaquer aux inégalités de répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources (6), et les inégalités sociales et de santé seront le fil conducteur des trois prochaines sections. Pour les réduire, il convient d'adopter une approche à l'échelle de l'ensemble des pouvoirs publics, et non pas du seul secteur de la santé, en collaboration avec la société civile, les collectivités locales, les entreprises, les instances mondiales et les organismes internationaux. Bien qu'il existe de multiples exemples d'interventions individuelles et que l'éventail des politiques soit très large, des doutes subsistent quant à l'efficacité à long terme d'actions isolées pour agir sur ces facteurs de risque. Au vu du nombre de domaines concernés (environnement, sécurité sanitaire des aliments, choix individuels de comportement et déterminants sociaux plus généraux de la santé), des mesures coordonnées apparaissent indispensables. L'action intersectorielle requise sera par conséquent tributaire du rôle affirmé de direction (*stewardship*) confié aux ministères de la Santé, qui devra leur permettre de plaider pour une action conjointe avec le système de santé et au-delà de celui-ci.

## Environnement et santé

Dans la Région européenne, plus de 1,7 million de décès (soit 18 % du total) sont imputables chaque année à des facteurs environnementaux. L'environnement compte, selon les estimations, pour un tiers de la charge de morbidité totale des enfants et des adolescents âgés de 0 à 19 ans. Des interventions de santé environnementale adéquates

pourraient réduire de près de 20 % la mortalité totale de la Région (40). La charge de morbidité imputable aux facteurs environnementaux connus n'est pas répartie de manière uniforme entre les pays, les écarts pouvant aller de 1 à 4 dans la Région (tableau 2.15). Cela s'explique par de multiples raisons, notamment une exposition différente à une combinaison de facteurs de risque tels que l'insalubrité de l'eau de boisson, la mauvaise qualité de l'assainissement et de l'hygiène, et la pollution de l'air. À leur tour, la capacité et la détermination politique des pays à adopter des interventions et des lois efficaces influent fortement sur cette exposition. (Cette section présente les groupes de pays Eur-A, Eur-B et Eur-C<sup>3</sup>.)

### Facteurs de risque connus

Une grande partie de la charge de morbidité imputable à l'environnement provient de facteurs de risque connus dont les liens avec la santé sont aujourd'hui bien compris, et pour lesquels des données fiables existent concernant l'efficacité des politiques et interventions s'y attelant. Dans la Région européenne, les plus importants sont l'accès à l'eau salubre et à un assainissement amélioré, l'exposition à la pollution de l'air, l'exposition aux polluants organiques persistants, au mercure et aux pesticides, les risques liés au travail et les traumatismes (tableau 2.16).

#### Accès à l'eau potable et à un assainissement amélioré

Dans la Région, le manque d'accès à l'eau potable constitue l'une des principales causes de décès chez les enfants âgés de 0 à 14 ans. Environ 13 000 décès annuels (5,3% de la mortalité totale chez les enfants : 0,2% dans l'Eur-A, 7,5 % dans l'Eur-B et 2,4% dans l'Eur-C) sont imputables aux maladies diarrhéiques associées à l'exposition à une eau de boisson insalubre (43). Quelque 13 millions de personnes dans l'Eur-B et quelque 9 millions dans l'Eur-C n'ont pas accès à un approvisionnement amélioré en eau ; 18 millions de personnes dans l'Eur-B et 32 millions dans l'Eur-C n'ont pas accès à des services améliorés d'assainissement. Les populations rurales ont généralement plus difficilement accès à l'eau potable : 66 % souffrent de tels problèmes dans l'Eur-B et 56 % dans l'Eur-C (figure 2.14) (44). Les progrès sont lents pour parvenir à un accès universel à l'eau potable et à des services améliorés d'assainissement, en particulier dans les zones rurales de l'est de la Région, ce qui menace la réalisation de l'objectif 7 du Millénaire pour le développement (assurer un environnement durable) et la satisfaction d'un droit humain fondamental. Une action est nécessaire pour garantir une eau potable, de la source au robinet, mieux gérer la demande en eau et tirer pleinement parti d'instruments tels le Protocole OMS/Commission économique pour l'Europe des Nations Unies (CEE-ONU) sur l'eau et la santé de la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux (45).

#### Exposition à la pollution de l'air

La pollution de l'air intérieur et extérieur est un important déterminant de santé qui accroît la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et respiratoires. Elle réduit l'espérance de vie d'environ 8,6 mois dans les pays de l'UE et de plus de 13 mois dans les pays les plus pollués. Au cours des deux dernières décennies, les émissions de certains polluants de l'air comme le soufre, les oxydes d'azote et le plomb, ont été nettement réduites. Ces progrès tiennent principalement à l'amélioration de la production industrielle et d'énergie, de l'efficacité énergétique et de la qualité des combustibles. Néanmoins, près de 90 % des résidents des

<sup>3</sup> Eur-A désigne les 27 pays où les taux de mortalité sont très faibles chez les enfants et les adultes : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Saint-Marin, Slovénie, Suède et Suisse.

Eur-B désigne les 17 pays où les taux de mortalité sont faibles chez les enfants et les adultes : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kirghizistan, Monténégro, Ouzbékistan, Pologne, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Tadjikistan, Turkménistan et Turquie.

Eur-C désigne les 9 pays où les taux de mortalité sont faibles chez les enfants mais élevés chez les adultes : Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Hongrie, Kazakhstan, Lettonie, Lituanie, République de Moldova et Ukraine.

**Tableau 2.15. Estimation des décès et des AVCI perdues en raison de facteurs environnementaux, Région européenne de l'OMS, 2002**

Sous-région et pays	AVCI		Décès estimés	
	Pour mille habitants	%	Nombre	%
<b>Eur-A</b>				
Allemagne	17,1	14	132 169	16
Andorre	17,6	14	91	23
Autriche	16,3	14	11 424	15
Belgique	18,7	14	17 032	16
Chypre	17,5	13	1 363	26
Croatie	23,0	14	8 374	17
Danemark	19,1	14	9 235	16
Espagne	17,3	14	58 495	16
Finlande	19,1	15	8 167	17
France	17,2	14	80 107	15
Grèce	20,0	16	19 966	19
Irlande	17,8	14	5 286	18
Islande	13,7	14	317	17
Israël	14,1	13	5 594	15
Italie	16,0	14	90 809	16
Luxembourg	18,0	15	574	16
Malte	15,6	14	490	16
Monaco	15,5	14	42	8
Norvège	16,1	14	7 502	17
Pays-Bas	15,8	14	21 830	15
Portugal	19,7	14	15 445	14
République tchèque	21,4	15	17 606	16
Royaume-Uni	18,1	14	101 335	17
Saint-Marin	16,3	15	44	24
Slovénie	19,8	14	2 926	16
Suède	15,1	14	14 468	15
Suisse	14,6	13	9 543	15
<b>Eur-B</b>				
Albanie	29,9	19	4 425	27
Arménie	26,3	16	4 712	18
Azerbaïdjan	35,7	19	12 927	28
Bosnie-Herzégovine	25,6	16	6 172	20
Bulgarie	28,6	16	18 469	16
Ex-République yougoslave de Macédoine	23,7	15	3 137	17
Géorgie	27,1	16	10 874	28
Kirghizistan	46,2	21	9 706	28
Ouzbékistan	30,1	18	33 479	24
Pologne	25,2	17	66 113	18
Roumanie	30,8	17	46 928	17
Serbie-et-Monténégro	26,8	15	21 023	19
Slovaquie	25,1	16	9 315	18
Tadjikistan	47,5	21	12 021	45
Turkménistan	48,5	22	9 108	31
Turquie	30,4	19	86 712	20
<b>Eur-C</b>				
Bélarus	43,4	20	29 712	20
Estonie	38,7	20	3 732	20
Fédération de Russie	53,7	20	493 116	21
Hongrie	28,0	16	21 740	16
Kazakhstan	49,3	20	39 274	26
Lettonie	38,3	18	6 492	20
Lituanie	33,7	19	8 332	20
République de Moldova	34,5	17	8 952	21
Ukraine	43,2	19	155 230	21

Source : Preventable environmental impact on mortality and morbidity in countries of the WHO European Region (2007) (41).

**Tableau 2.16. Décès et AVCI perdues en raison de facteurs de risque environnementaux, Région européenne de l'OMS, 2002**

Pays	Population (en milliers)	Eau, assainissement et hygiène				Pollution de l'air intérieur			Pollution de l'air extérieur			
		Population (%) bénéficiant :		Maladies diarrhéiques		Part de la population utilisant des combustibles fossiles (%)	Décès par an	AVCI par an pour mille habitants	PM <sub>10</sub> Annuel (µg/m <sup>3</sup> ) <sup>a</sup>	Population urbaine (%) <sup>b</sup>	Décès par an	AVCI par an pour mille habitants <sup>c</sup>
		d'un approvisionnement en eau amélioré	d'un assainissement amélioré	Décès par an	AVCI par an pour mille habitants							
<b>Eur-A</b>												
Allemagne	82 414	100	100	– <sup>d</sup>	0,1	< 5	–	–	29	32	10 400	0,6
Andorre	69	100	100	–	0,2	< 5	–	–	41	39	–	0,8
Autriche	8 111	100	100	–	0,1	< 5	–	–	32	37	1 100	0,7
Belgique	10 296	100	100	–	0,2	< 5	–	–	41	34	2 000	1,0
Chypre	796	100	100	–	0,5	< 5	–	–	60	48	300	1,6
Croatie	4 439	100	100	–	0,2	12	–	–	35	32	900	1,3
Danemark	5 351	100	100	–	0,2	< 5	–	–	24	38	600	0,6
Espagne	40 977	100	100	–	0,2	< 5	–	–	30	42	5 800	0,7
Finlande	5 197	100	100	–	0,2	< 5	–	–	16	42	200	0,2
France	59 850	100	ND <sup>e</sup>	–	ND	< 5	–	–	25	42	4 800	0,4
Grèce	10 970	ND	ND	–	ND	< 5	–	–	34	46	2 800	1,3
Irlande	3 911	ND	ND	–	ND	< 5	–	–	15	32	< 100	0,1
Islande	287	100	100	–	0,2	< 5	–	–	21	59	< 100	0,4
Israël	6 304	100	ND	ND	ND	< 5	–	–	53	80	1 500	1,2
Italie	57 482	ND	ND	–	ND	< 5	–	–	37	27	8 400	0,7
Luxembourg	447	100	100	–	0,2	< 5	–	–	17	19	–	0,1
Malte	393	100	ND	–	ND	< 5	–	–	ND	ND	–	–
Monaco	34	100	100	–	0,2	< 5	–	–	ND	ND	–	–
Norvège	4 514	100	100	–	0,2	< 5	–	–	22	33	400	0,3
Pays-Bas	16 067	100	100	–	0,2	< 5	–	–	38	52	3 600	1,2
Portugal	10 049	ND	ND	–	ND	< 5	–	–	27	56	1 900	1,0
République tchèque	10 246	100	98	–	0,1	< 5	–	–	42	24	1 700	1,0
Royaume-Uni	59 068	100	ND	–	ND	< 5	–	–	26	53	12 400	1,0
Saint-Marin	27	ND	ND	–	ND	< 5	–	–	19	ND	–	–
Slovénie	1 986	ND	ND	–	ND	8	–	–	44	21	300	0,7
Suède	8 867	100	100	–	0,1	< 5	–	–	19	30	500	0,2
Suisse	7 171	100	100	–	0,1	< 5	–	–	27	42	800	0,5
<b>Eur-B</b>												
Albanie	3 141	96	91	300	0,3	50	< 100	0,5	58	9	200	0,4
Arménie	3 072	92	83	< 100	1,0	26	100	0,8	84	54	1 600	4,0
Azerbaïdjan	8 297	77	54	800	3,9	49	1 800	7,2	64	23	1 400	1,4
Bosnie-Herzégovine	4 126	97	95	–	0,3	50	< 100	0,1	22	37	300	0,5
Bulgarie	7 965	99	99	–	0,2	17	< 100	0,1	59	37	3 400	3,0
Ex-République yougoslave de Macédoine	2 046	ND	ND	ND	ND	30	–	0,1	29	29	200	0,7
Géorgie	5 177	82	94	–	0,3	43	100	0,6	46	40	2 200	3,0
Kirghizistan	5 067	77	59	600	5,0	76	1 600	7,5	36	16	400	0,6
Ouzbékistan	25 705	82	67	500	1,0	72	5 300	6,1	81	21	4 300	1,3
Pologne	38 622	ND	ND	–	ND	< 5	–	–	40	32	6 000	1,1
Roumanie	22 387	57	ND	ND	ND	23	300	0,2	76	33	9 400	3,0
Serbie-et-Monténégro	15 035	93	87	–	0,6	ND	–	–	17	20	100	0,1
Slovaquie	5 398	100	99	–	0,2	< 5	–	–	31	17	400	0,4
Tadjikistan	6 195	59	51	1 800	10,0	75	1 600	7,9	57	11	500	0,6
Turkménistan	4 794	72	62	1 000	7,0	< 5	–	0,1	73	18	700	1,4
Turquie	70 318	96	88	6 000	3,0	11	2 500	0,9	56	61	18 800	2,0
<b>Eur-C</b>												
Bélarus	9 940	100	84	–	0,3	19	200	0,2	9	49	–	–
Estonie	1 338	100	97	–	0,2	16	–	–	19	37	100	0,5
Fédération de Russie	144 082	97	87	700	0,3	9	400	0,0	25	48	37 200	1,9
Hongrie	9 923	99	95	–	0,2	< 5	–	–	34	32	1 900	1,3
Kazakhstan	15 469	86	72	300	1,0	< 5	< 100	0,1	25	43	2 300	1,2
Lettonie	2 329	99	78	–	0,3	10	–	–	17	42	< 100	0,2
Lituanie	3 465	ND	ND	–	ND	< 5	–	–	29	42	700	1,1
République de Moldova	4 270	92	68	100	0,4	63	200	0,7	41	27	900	1,5
Ukraine	48 902	96	96	< 100	0,3	6	200	0,1	29	42	15 200	2,0

<sup>a</sup> Moyenne (pondérée par la population urbaine) des particules de moins de 10 microns de diamètre (PM<sub>10</sub>) (estimation ou mesure le cas échéant).

<sup>b</sup> Pourcentage vivant dans des villes de plus de 100 000 habitants ou des capitales nationales.

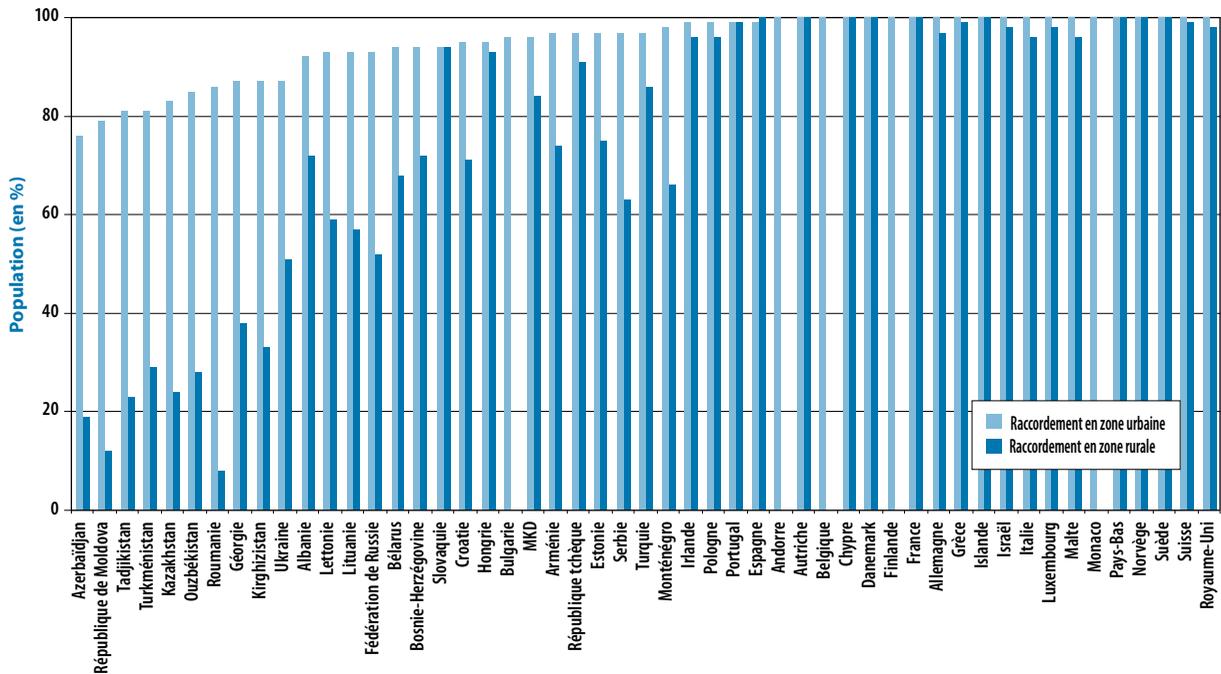
<sup>c</sup> Dans le cas précédent, années de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée.

<sup>d</sup> Zéro ou méthode insuffisamment fiable.

<sup>e</sup> Informations non disponibles.

Source : Deaths and DALYs attributable to three environmental risk factors [online database] (42).

**Figure 2.14. Pourcentage de la population ayant accès à un approvisionnement en eau amélioré dans les zones urbaines et rurales, Région européenne de l'OMS, 2006**



Note: MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine.  
Source: Programme commun de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (44).

zones urbaines sont encore exposés à des concentrations de pollution de l'air supérieures aux valeurs guides de l'OMS (46). Au sein de la Région, l'exposition moyenne par pays varie du simple au triple. En moyenne, de 2000 à 2006, les concentrations des principaux polluants de l'air (particules, ozone et dioxyde d'azote) et les risques connexes pour la santé sont restées stables ou ont légèrement augmenté.

### Exposition aux polluants organiques persistants, au mercure et aux pesticides

Au cours des deux dernières décennies, l'élimination du plomb contenu dans l'essence, en Europe occidentale d'abord, puis en Europe centrale et orientale, a permis de réduire sensiblement les concentrations de plomb dans le sang chez les enfants (47). Néanmoins, l'exposition au plomb demeure beaucoup plus élevée dans le sud-est que dans le nord et l'ouest de la Région. Comme on ne connaît pas le niveau « sûr » d'exposition des enfants, il convient de réduire encore ces concentrations dans le sang. Dans de nombreux pays, l'assise législative du système de gestion et de suivi de la qualité de l'air doit être revue pour mieux se conformer aux valeurs guides de l'OMS pour la qualité de l'air (46). De surcroît, des orientations plus claires sont nécessaires sur la qualité de l'air intérieur. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe élabore actuellement des valeurs guides à ce sujet.

Quelques pays ont communiqué des données sur les polluants organiques persistants dans le lait humain. Elles indiquent que l'exposition de la population à certains polluants organiques persistants, comme la dioxine, a baissé durant la dernière décennie, en dépit de différences entre pays (48). De nouveaux composés sont apparus : les composés polybromés et polyfluorés. Le mercure et ses composés sont très toxiques pour les hommes, les écosystèmes et la faune sauvage. Même des doses relativement faibles peuvent avoir des effets neurotoxiques graves sur les adultes et les enfants. Dans certains pays de la Région, consommer des poissons

contaminés ou de grandes quantités de poisson non contaminés conduit à ingérer des doses dangereuses de méthylmercure. Comme cela vient neutraliser les effets dans l'ensemble bénéfiques de la consommation de poisson, la réduction de la concentration de mercure dans le poisson devrait figurer au premier rang des priorités. Diminuer les émissions dans l'atmosphère et éviter la contamination des sols sont autant de moyens d'y parvenir. Bien que la plupart des pays de la Région les réglementent, les pesticides peuvent avoir des effets néfastes sur la santé et l'environnement qu'un usage négligent ou excessif peut aggraver. L'utilisation de pesticides périmés se poursuit dans certains pays d'Europe centrale et orientale et du Caucase. Si une partie d'entre eux s'attellent au problème, d'autres doivent renforcer leur action.

### Risques liés au travail

L'exposition aux dangers sur le lieu de travail compte parmi les dix principaux facteurs de risque influant sur la charge de la morbidité en Europe. Dans la Région, 300 000 personnes environ meurent chaque année de maladies professionnelles et 27 000 de traumatismes professionnels. Les maladies et traumatismes professionnels occasionnent une perte de PIB de quelque 4 %. L'incidence et les taux de mortalité varient fortement entre les pays, une situation qui s'explique en grande partie par des différences entre systèmes de notification. Néanmoins, comme aucune tendance claire à la baisse des traumatismes professionnels ne se dessine, les avancées sont par conséquent insuffisantes. Une action est nécessaire pour mettre pleinement en œuvre la résolution WHA60.26 (49) de l'Assemblée mondiale de la santé, qui met en exergue les possibilités d'associer la protection de la santé face aux risques professionnels à des interventions de promotion de la santé sur le lieu de travail.

### Traumatismes

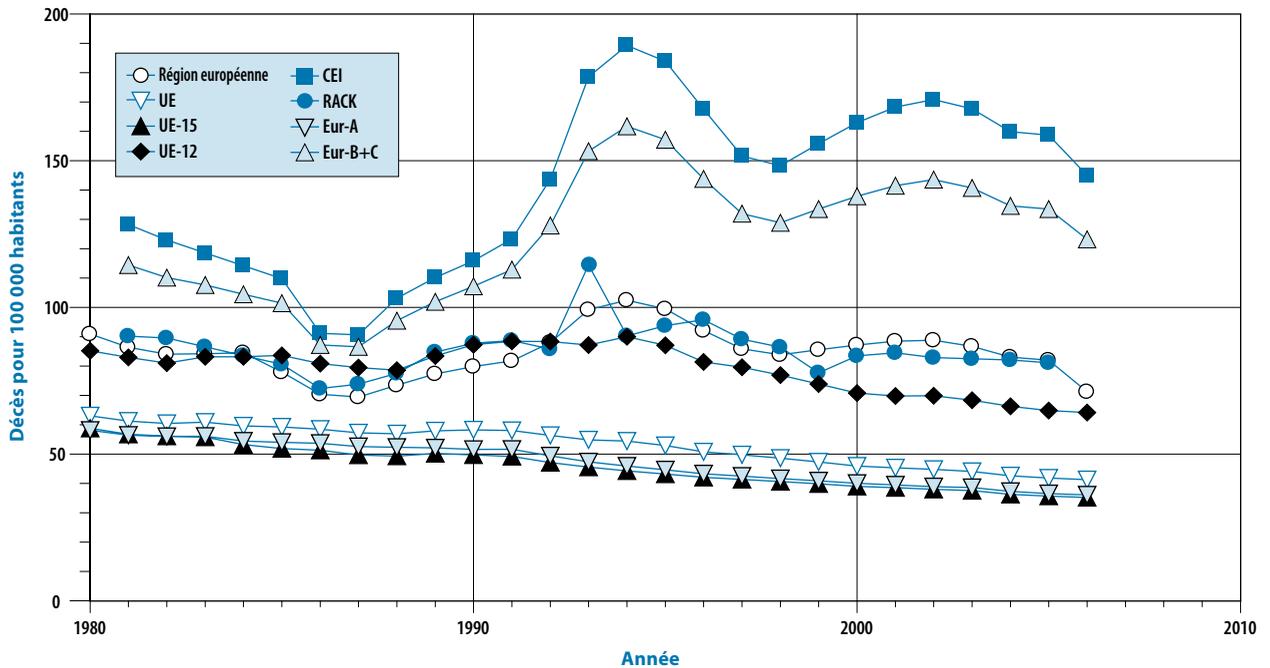
Les risques liés à l'environnement jouent un rôle déterminant dans la survenance de traumatismes. En Europe occidentale, par exemple, 25 % des traumatismes dus aux accidents de la route seraient, selon les estimations, imputables aux conditions environnementales (infrastructures routières, existence de trottoirs et d'aménagements pour les cyclistes et les piétons, etc.) (50). Les traumatismes constituent la troisième cause de décès dans la Région, avec près de 800 000 vies perdues chaque année. Soixante-six pour cent de ces décès sont évitables (51) et leur coût est estimé à 2 % du PIB. La transition politique et économique observée dans la Région a aggravé les inégalités face aux traumatismes. Les écarts entre pays sont importants et continuent de se creuser (figure 2.15).

Les rapports entre les taux de mortalité des pays à revenus faible et intermédiaire et ceux des pays à revenus élevés varient selon la cause du traumatisme, allant de 16,9 pour les intoxications à 1,3 pour les chutes. À l'intérieur des pays, le taux des décès imputables aux accidents de la circulation est 3,5 plus élevé chez les enfants des classes défavorisées que chez ceux des classes supérieures ; le rapport est de 18 pour les intoxications. Aux termes de sa résolution EUR/RC55/R9, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe plaide pour la réduction de la violence et des traumatismes non intentionnels, préconisant à cet effet une stratégie de santé publique multisectorielle inspirée de bases factuelles (52).

### Nouveaux problèmes

Ces dernières années, plusieurs nouveaux facteurs de risque sont apparus. Bien moins connus, leur impact probable, leur progression tendancielle et les incertitudes entourant la portée et la gravité de leurs effets, ou leurs répercussions potentielles sur la santé à long terme, représentent toutefois une source d'inquiétude. Parmi ces facteurs figurent le changement climatique, l'exposition aux déchets, les maladies d'origine alimentaire et l'insécurité

**Figure 2.15. Causes externes de décès (traumatismes et intoxications) : TMS pour 100 000 habitants par groupe de pays, Région européenne de l'OMS, 1980-2006**



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

énergétique. La réalité du changement climatique fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus. Si les tendances actuelles se poursuivent, l'augmentation de la température et du niveau des mers, conjuguée à une plus grande fréquence des épisodes climatiques extrêmes, pourrait accroître la mortalité et la morbidité, et aggraver la situation sur le plan des déterminants de santé. Les menaces sanitaires comprennent les pénuries d'aliments et d'eau, la perte de logement et de moyens d'existence, les flambées de maladies à vecteur et le creusement des inégalités tant entre pays que dans les pays (53). Certaines de ces conséquences ont déjà pris de l'ampleur en Europe ; les vagues de chaleur de 2003 ont ainsi entraîné plus de 70 000 décès (54). La mortalité due à la chaleur devrait croître de 1 à 4 % pour chaque degré Celsius de hausse des températures. Elle pourrait donc augmenter de 30 000 décès annuels d'ici aux années 2030 et de 50 000 à 110 000 décès annuels d'ici aux années 2080 (55).

Le changement climatique comptera pendant un certain temps encore parmi les grands défis de la santé environnementale (56) et constitue dès à présent une priorité pour l'OMS (57). Il recouvre divers problèmes :

- les maladies infectieuses sensibles aux températures, comme les infections d'origine alimentaire, qui pourraient connaître 20 000 cas annuels supplémentaires d'ici aux années 2030, et de 25 000 à 40 000 d'ici aux années 2080 (58) ;
- l'évolution de la transmission des maladies infectieuses par des vecteurs tels que les moustiques et les tiques, sous l'effet des changements de leur aire d'extension géographique, de leur saison d'activité et de la taille de leurs populations (53) ;
- le niveau élevé des précipitations, qui est lié à certaines flambées de maladies véhiculées par l'eau, du fait de la mobilisation des agents pathogènes ou de la contamination hydrique engendrées par le débordement des égouts ;

- les effets importants des concentrations et de la dispersion des polluants de l'air : par exemple, le Royaume-Uni pourrait d'ici à 2020 compter quelque 800 décès annuels supplémentaires liés à l'ozone (59).

Malgré l'absence de bases factuelles sans équivoque sur les incidences sanitaires des pratiques actuelles de gestion des déchets, les effets sur la santé de plusieurs options (telles que la mise en décharge, l'incinération et la destruction de déchets d'activité de soins et d'autres déchets dangereux) soulèvent des inquiétudes. Compte tenu de l'accroissement du volume des déchets, les responsables doivent de plus en plus souvent faire des choix sur les politiques les plus appropriées pour les éliminer de manière sûre. L'examen de plusieurs études de cas européennes sur les effets sanitaires des décharges et des incinérateurs a rappelé l'importance de la hiérarchie définie par l'UE en matière de gestion des déchets. Elle consiste à privilégier, dans l'ordre, la réduction de la production de déchets, la réutilisation des produits, la récupération de valeur par le recyclage et le compostage, et, enfin, l'incinération et la mise en décharge, de préférence accompagnées d'une valorisation énergétique (60). Il est prioritaire, pour élaborer des politiques favorables à la santé, d'effectuer une évaluation économique plus approfondie des options de gestion des déchets et les approches participatives. Une attention particulière devrait être portée aux pratiques illégales et aux rejets de déchets toxiques constatés dans la partie orientale de la Région, qui pourraient avoir de graves conséquences sur la santé, comme on l'a déjà vu dans la région de Campanie en Italie (61).

Dans l'ensemble de la Région, les maladies d'origine alimentaire représentent un lourd fardeau pour la santé publique et un défi de taille. Les systèmes de notification étant insuffisants, les données disponibles ne sont pas systématiques et ne permettent pas de comparaisons fiables. L'incidence de ces maladies serait néanmoins bien plus élevée dans la partie orientale que dans la partie occidentale de la Région (62).

Les maladies d'origine zoonotique suscitent des inquiétudes particulières. Elles comprennent des affections souvent notifiées telles la salmonellose, la campylobactériose et la brucellose. Des cas de botulisme et des zoonoses parasitaires (comme la trichinose et l'échinococcose) ont été signalés dans certaines parties de la Région. La chaîne alimentaire peut être contaminée par divers produits chimiques dangereux, notamment les dioxines, les polluants organiques persistants et les métaux lourds. Si de nombreux risques traditionnels demeurent, de nouveaux problèmes apparaissent également en raison de l'évolution des facteurs de risque, comme :

- la centralisation, l'industrialisation et la mondialisation de la chaîne alimentaire ;
- les changements de comportement des consommateurs qui mangent plus souvent à l'extérieur et consomment plus d'aliments crus ;
- l'évolution des agents pathogènes ;
- la résistance antimicrobienne, un problème de plus en plus grave de santé publique lié en partie à l'utilisation croissante des agents antimicrobiens pour traiter les animaux.

Le deuxième Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle (62), élaboré pour aider les pays à mettre en œuvre leur plan national, aborde les principaux défis de santé publique en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité alimentaire.

Garantir aux ménages un accès à des sources d'énergie sûres, propres, fiables et abordables, pour se chauffer et cuisiner, est devenu une préoccupation de premier plan. Cet intérêt accru s'explique par la conjugaison de plusieurs facteurs : les effets sur la santé de plus en plus tangibles de la pollution de l'air intérieur par les combustibles solides, plusieurs vagues de

froid particulièrement graves dans le groupe RACK et les crises du commerce international de gaz naturel. Ces éléments mettent en exergue la nécessité de protéger les catégories les plus vulnérables de la société et d'assurer un approvisionnement énergétique continu des infrastructures de soins de santé, y compris durant les épisodes météorologiques extrêmes.

### Évolution de l'intervention face aux défis anciens et nouveaux

De plus en plus complexes, les risques en matière de santé environnementale s'expliquent par des facteurs sans cesse plus nombreux. La stratégie traditionnelle fondée sur l'évaluation est loin d'être totalement efficace. Comme l'ont souligné les récents débats internationaux, beaucoup reste à faire pour combler le fossé entre les considérations scientifiques et la politique menée, et faire en sorte que les résultats de la recherche guident l'élaboration des politiques, même lorsque les incertitudes sont grandes (63). De nombreux outils et structures institutionnelles sont nécessaires, notamment des mesures de précaution. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe défend depuis longtemps le principe de précaution en tant qu'instrument pour protéger la santé, l'environnement et le bien-être des générations futures.

En outre, l'OMS et d'autres organismes en charge de la santé ont élargi la portée de leurs travaux sur l'environnement et la santé aux déterminants de santé en amont, comme les plans et politiques de développement. Conformément à leur rôle de direction (*stewardship*) à l'égard du système de santé, les gouvernements européens, en particulier les ministères de la Santé, sont de plus en plus nombreux à adopter la stratégie d'intégration de la santé à toutes les politiques, qui tient compte des incidences sanitaires des politiques et décisions relevant de divers secteurs tels les transports, l'énergie, l'industrie, le logement et le tourisme (64) (voir dans la troisième partie la section sur l'exercice de la fonction de direction (*stewardship*) dans l'optique de politiques publiques favorables à la santé). Les États membres reconnaissent combien il importe de se préoccuper des risques de santé environnementale au niveau national, par le biais d'une action politique multisectorielle, en utilisant des processus consultatifs tels que des bilans de performance sur l'hygiène de l'environnement et des activités de renforcement des capacités.

Le processus Environnement et santé de la Région européenne, avec sa série de conférences ministérielles ; le Protocole OMS/CEE-ONU sur l'eau et la santé (45) et le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement (encadré 2.1) sont autant d'exemples de processus facilitant l'engagement direct des secteurs à mieux protéger la santé. L'adoption de la Charte de Tallinn (36) et la préparation de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, qui se tiendra à Parme (Italie) en 2010 (66), sont des étapes importantes pour parvenir à un consensus politique solide et mobiliser des

#### Encadré 2.1. Collaboration avec les autres secteurs : le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement (PPE TSE)

Le PPE TSE a été établi en 2002 comme un cadre d'action conjoint du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et de la CEE-ONU visant des modes de transports plus viables et une meilleure prise en compte des problèmes environnementaux et de santé dans les politiques de transports.

En janvier 2009, lors de la troisième réunion de haut niveau sur les transports, la santé et l'environnement, les représentants de ces trois secteurs ont adopté la Déclaration d'Amsterdam – Relier les maillons de la chaîne : choix en matière de transports pour notre santé, l'environnement et la prospérité (65). La Déclaration reconnaît que le ralentissement économique mondial offre une occasion de repenser l'investissement dans les politiques de transports et de tirer parti des possibilités de croissance économique ouvertes par l'investissement dans des politiques de transports viables. Elle fixe en particulier quatre buts prioritaires :

- contribuer à un développement économique viable et stimuler la création d'emplois grâce à l'investissement dans des transports respectueux de l'environnement et de la santé ;
- gérer une mobilité viable et favoriser un système de transports plus efficient ;
- réduire les émissions de gaz à effet de serre, la pollution atmosphérique et le bruit liés aux transports ;
- favoriser des politiques et des mesures propices à des modes de transports sains et sûrs.

soutiens, en vue de renforcer le rôle de direction (*stewardship*) joué par les systèmes de santé face aux effets de l'environnement sur la santé dans la Région.

## Modes de vie et comportements

Sept facteurs de risque liés aux modes de vie et aux comportements sont à l'origine de près de 60 % de la charge de morbidité dans la Région européenne de l'OMS : hypertension artérielle, tabagisme, consommation nocive d'alcool, taux élevés de cholestérol sérique, surpoids, mauvaise alimentation et manque d'activité physique (13). Il s'agit là des principaux facteurs de risque dans les trois sous-régions européennes (Eur-A, Eur-B et Eur-C) et dans la plupart des pays, dans un ordre susceptible toutefois de varier. Dans la plupart des pays de la Région, l'hypertension artérielle constitue le principal facteur de risque pour les décès, le tabac étant le principal facteur de risque de la charge de morbidité (13,67). En Europe, l'alcool est le principal facteur de risque pour l'invalidité comme pour la mortalité chez les jeunes (68). La présente section est centrée sur quatre grands facteurs de risque liés aux modes de vie : tabagisme, consommation nocive d'alcool, mauvaise alimentation et manque d'activité physique, l'obésité étant abordée en relation avec les deux derniers.

### Évaluation de la situation

#### Tabagisme

En 2005, la prévalence du tabagisme chez les personnes âgées de 15 ans et plus se montait à 34,1% dans la Région européenne, avec un chiffre près de deux fois plus élevé chez les hommes (44,4 %) que chez les femmes (23,2 %) (12). Chez les deux sexes, elle s'est stabilisée ou décroît dans la plupart des pays de la partie occidentale (69). Elle a commencé de baisser dans certains pays de la partie orientale. Toutefois, elle ne fait généralement que se stabiliser chez les hommes, où aucune tendance globale ne se dessine, et a dans certains cas légèrement augmenté chez les femmes (69). Près d'un cinquième (19,9 %) des adolescents entre 13 et 15 ans sont fumeurs : la proportion est légèrement plus élevée chez les garçons (22,7 %) que chez les filles (16,8 %) (12). Dans la partie orientale de la Région, le tabagisme est généralement plus élevé chez les garçons de 15 ans que chez les filles du même âge, avec une situation inverse dans de nombreux pays d'Europe occidentale (69). Le tabagisme est la cause de décès la plus évitable dans le monde : la moitié des fumeurs décéderont à la suite d'une maladie liée au tabagisme, dont la mortalité imputable au cancer du poumon reflète la prévalence (70). Dans la Région, les taux de mortalité standardisés du cancer du poumon ont baissé pour les hommes alors que le cancer du poumon progresse régulièrement chez femmes dans les pays de l'Eur-A (20). Dans plus de la moitié des pays de la Région, le tabac est le principal facteur contribuant à la charge de morbidité ; dans la grande majorité d'entre eux, il compte parmi les trois premiers (70). La concentration de plus en plus grande du tabagisme chez les groupes aux niveaux socioéconomiques les moins élevés, observée dans l'ensemble de la Région, apparaît particulièrement inquiétante car elle creuse les disparités actuelles et futures relatives aux résultats sur le plan de l'état de santé (70).

#### Consommation nocive d'alcool

Dans la Région européenne, la consommation d'alcool chez les personnes âgées de 15 ans et plus se montait en 2003 à 8,84 litres par personne, soit le plus haut niveau de toutes les Régions de l'OMS (12). Les tendances en la matière sont disparates en Europe (68,71). Au nord, la consommation est élevée et continue de progresser. Au sud-ouest, le recul enregistré

ces dernières décennies semble toucher à sa fin. Dans la partie orientale, la consommation se maintient généralement au niveau très élevé atteint au milieu des années 1990, bien qu'elle soit très faible dans certaines régions pour des raisons religieuses (68).

Les femmes comptent pour 20-35 % de la consommation totale de la Région européenne, soit la proportion la plus élevée de toutes les Régions de l'OMS. Dans la partie occidentale de la Région, l'ivresse des jeunes demeure très élevée. Elle a atteint un niveau similaire dans la partie orientale et a commencé à devenir inquiétante au sud (68). Dans une société, la hausse comme la baisse des décès et des maladies liés à l'alcool sont fonction de la consommation totale. Globalement, les décès liés à l'alcool ont augmenté de quelque 15 % entre 2000 et 2002 pour représenter, à l'échelle de la Région, 6 % de l'ensemble des décès et 11 % de la charge de morbidité. L'alcool est aussi un important facteur des problèmes sociaux, notamment la criminalité et les problèmes familiaux et professionnels (68).

La mortalité et la charge de morbidité liées à l'alcool sont bien plus élevées chez les hommes que chez les femmes. Chez les jeunes, l'alcool représente le principal facteur de risque de mortalité et de morbidité. Chez les personnes âgées de 15 à 30 ans, plus d'un tiers de la charge de morbidité des hommes, et environ 14 % de celle des femmes, sont imputables à l'alcool (68).

Les tendances de la consommation d'alcool sont des déterminants importants de la santé publique. Plus on va vers le nord et l'est de la Région, plus elles ont généralement une incidence négative. Les « souleries » sont plus répandues au nord ; là, toute augmentation de la consommation d'alcool se trouve associée à une progression plus importante des homicides, des suicides et des traumatismes non intentionnels que dans le sud de la Région. Ce gradient est similaire pour certaines maladies chroniques comme la cirrhose du foie (68).

### **Mauvaise alimentation, manque d'activité physique et obésité**

La mauvaise nutrition est à l'origine de 5 % de la charge de morbidité totale de la Région européenne. La malnutrition peut être aiguë dans les zones en proie à l'insécurité alimentaire, et est plus souvent chronique chez les personnes pauvres ou les groupes de population vulnérables comme les personnes âgées ou souffrant de maladies chroniques ou d'invalidité. Les carences en micronutriments représentent également une source d'inquiétude pour la Région, et le taux d'allaitement exclusif à 6 mois est faible partout (de 1 à 46 %), même dans les pays aux taux d'initiation élevés (62).

La proportion de matières grasses totales dans le régime alimentaire des adultes oscille entre environ 30 % et plus de 40 % de l'apport énergétique ; le niveau recommandé est de 15-30 %. Elle est élevée dans tous les pays de la Région, en particulier la Belgique et la Grèce (pour les adultes) et la France et l'Espagne (pour les enfants). Dans la plupart des pays, l'ingestion de sucre est également supérieure aux valeurs recommandées, soit 10 % de la quantité totale d'énergie absorbée (72). La disponibilité des boissons sucrées (les sodas ou boissons rafraîchissantes sans alcool, par exemple) s'est accrue au cours de la dernière décennie dans presque tous les pays de la Région. Leur consommation est plus élevée au nord qu'au sud et chez les hommes que chez les femmes (72). Dans de nombreux pays, la consommation moyenne de fruits et de légumes par personne reste nettement en deçà du niveau minimal recommandé de 400 grammes par jour. L'ingestion de fibres alimentaires est faible dans tous les pays de la Région (1,8-2,4 g/MJ pour les hommes et 2,0-2,8 g/MJ pour les femmes), en raison d'une faible consommation de fruits et légumes et d'une consommation

insuffisante de céréales complètes. L'apport recommandé s'établit à 2,5-3,1 g/MJ. Le régime traditionnel (et bénéfique) des pays méditerranéens, caractérisé par une consommation plus élevée d'aliments d'origine végétale, d'huile végétale et de poisson, est en train de disparaître, surtout chez les jeunes (72).

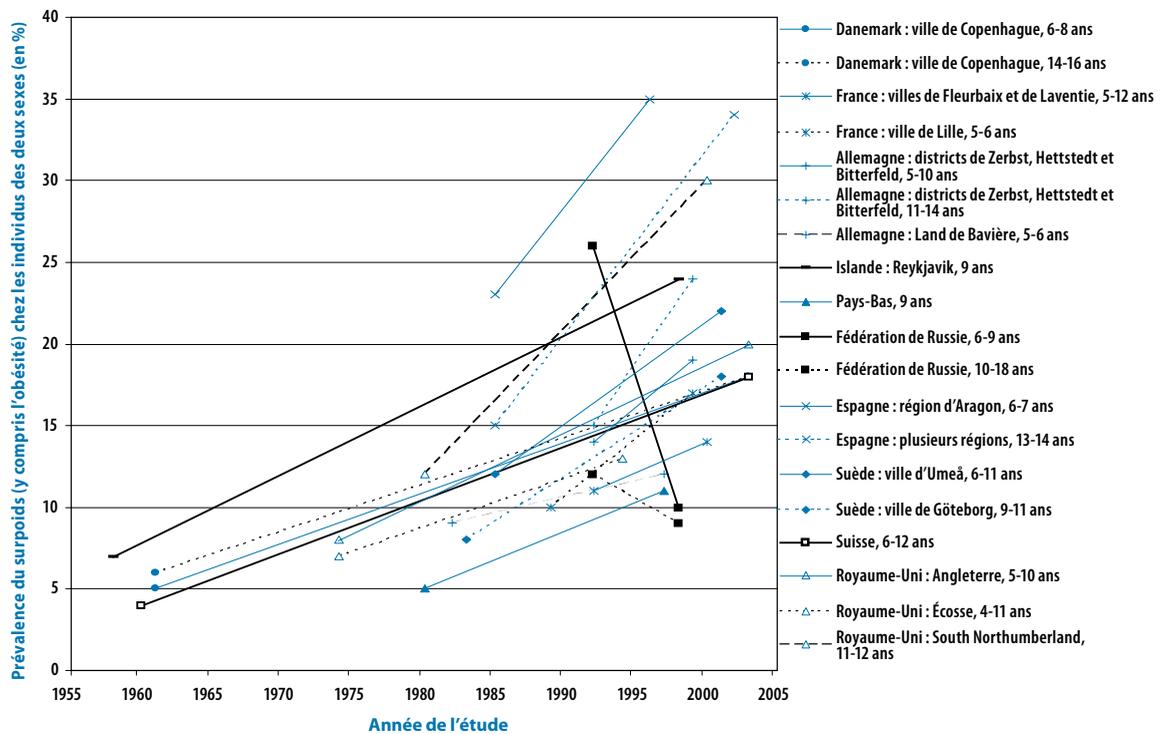
Le manque d'activité physique est un facteur de risque important pour un large éventail de maladies non transmissibles, mais également pour le manque de bien-être et de qualité de vie. Dans la Région, une personne sur cinq ne fait que peu ou pas d'exercice physique (moins que le minimum recommandé), les pays du sud et de l'ouest étant les plus touchés par ce phénomène. S'il n'existe pas de données comparables permettant d'évaluer les tendances dans la Région, les données nationales montrent, à quelques exceptions près, que la situation se dégrade. L'activité physique semble disparaître de la vie quotidienne : alors que l'Europe s'urbanise davantage, l'utilisation de la voiture se généralise, les emplois et les loisirs deviennent plus sédentaires et les tâches, plus mécanisées (73).

Des disparités importantes existent entre les pays et dans chaque pays. L'accès aux loisirs et aux possibilités d'exercice tend à être inégal de part et d'autre de l'échelle sociale : les plus pauvres sont plus enclins à vivre dans des environnements peu propices à l'exercice physique, et moins enclin à accéder aux transports leur permettant d'atteindre certaines structures ou installations (74). Néanmoins, la situation est complexe car les personnes au statut socioéconomique le plus bas ont généralement des emplois plus physiques et, comme ils sont moins motorisés, se rendent davantage au travail par des moyens actifs. Certains groupes sont particulièrement vulnérables à la sédentarité : personnes très jeunes, très âgées ou handicapées ; familles en situation précaire ; migrants ; membres des minorités ethniques, et femmes (75). Compte tenu du vieillissement de nombreuses populations de la Région, le manque d'activité physique chez les personnes âgées apparaît particulièrement préoccupant car il aura des répercussions importantes sur la perte d'indépendance, et donc sur les coûts des systèmes de santé, et réduira les années de vie en bonne santé.

Selon les estimations, la sédentarité cause quelque 600 000 décès annuels dans la Région (5 à 10 % de la mortalité totale selon les pays) et la perte annuelle de 5,3 millions d'années de vie en bonne santé du fait de la mortalité prématurée et de l'invalidité. Sur la base de deux études menées en Suisse et au Royaume-Uni, le manque d'activité physique coûterait à chaque pays de la Région environ 150-300 USD par an et par personne (73). Dans la Région, les régimes alimentaires sont de plus en plus caractérisés par un apport énergétique élevé et une faible satiété, et la consommation de boissons riches en sucre et alcoolisées s'inscrit en hausse. Conjugués aux faibles niveaux d'activité physique, ces facteurs sont à l'origine d'une augmentation de l'obésité (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) dans presque toutes les parties de la Région (72) ; 30 à 80 % des adultes, et jusqu'à un tiers des enfants, sont en surpoids (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) (figure 2.16). Plus de 60 % des enfants en surpoids avant la puberté le seront encore à l'âge adulte, ce qui a pour effet de baisser l'âge auquel se déclarent certaines maladies non transmissibles comme le diabète sucré (72).

Ensemble, de mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activité physique ainsi que l'obésité en résultant et les maladies qui lui sont liées, sont à l'origine d'autant de cas de problèmes de santé et de décès prématurés que le tabagisme. Les dépenses nécessaires pour traiter ces problèmes devraient représenter jusqu'à 6 % des dépenses totales de santé (72). Pour répondre au nouveau défi posé par l'épidémie d'obésité, le Bureau régional a organisé en 2006 la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité qui a permis l'adoption d'une Charte européenne à ce sujet (76).

**Figure 2.16. Surpoids chez les enfants d'âge scolaire sur la base d'études menées dans plusieurs pays, Région européenne de l'OMS, 1958-2003**



Source : Le défi de l'obésité dans la Région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte. Résumé (72).

## Problèmes, défis et actions

### Rôle des pouvoirs publics, mesures réglementaires et fiscales

Utilisée en rapport avec ces facteurs de risque, l'expression « modes de vie » peut parfois prêter à confusion en laissant penser que le changement relève entièrement de la responsabilité des individus. Or, les pouvoirs publics et la société jouent des rôles importants. Pour s'attaquer aux facteurs de risque, certaines des mesures les plus opérantes sont d'ordre fiscal, réglementaire ou législatif, et ce sont les pouvoirs publics qui mettent en œuvre et veillent à leur bonne application. Concernant l'alcool, comme le souligne le *Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS (77)*, les interventions législatives et les politiques efficaces consistent notamment à taxer la vente de ces produits, à imposer des lois contre la conduite en état d'ivresse et des mesures pour en assurer le respect (alcootests aléatoires, par exemple), à limiter les points de vente et à réglementer la publicité.

De même, diverses mesures de lutte antitabac pourraient avoir un bon rapport coût/efficacité : taxer les produits du tabac pour augmenter d'au moins 33 % le coût pour le consommateur et réduire ainsi le tabagisme, restreindre la consommation dans les lieux publics et au travail, et interdire la publicité (78). De 2001 à 2005, le taux annuel d'augmentation du prix des produits tabagiques était de 6,8 % au-dessus de l'inflation dans les pays de l'UE, un progrès satisfaisant par rapport au taux annuel de 2,7 % enregistré entre 1997 et 2001 (69). Selon des données de 2006, les droits d'accise représentaient plus de la moitié du prix des produits du tabac dans 28 pays de la Région, cette part oscillant cependant

de 8 % (République de Moldova) à 69 % (Israël) (70). La Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac (79), entrée en vigueur en 2005, est le premier traité international négocié sous les auspices de l’OMS. En proposant une stratégie de réglementation mondiale pour relever un grand défi de santé publique, elle a constitué un véritable tournant (voir également la section ci-dessous sur l’amélioration des résultats en matière de santé).

Si les mesures réglementaires peuvent compter parmi les outils les plus efficaces en matière de santé publique, il faut veiller à ne pas les rendre inopérantes. À l’intérieur de l’UE, par exemple, les voyageurs bénéficient de franchises très importantes pour l’alcool destiné à la consommation personnelle. Cela a restreint la capacité de plusieurs gouvernements à limiter les ventes aux résidents, et forcé certains d’entre eux à baisser le taux des taxes sur ces produits. En outre, la différence entre le prix des produits du tabac « droits acquittés » et en franchise a contribué depuis le début des années 1990 à une augmentation de la contrebande. La coopération internationale, par exemple en matière de commerce transfrontière et illicite, ainsi que le renforcement et l’application de la législation ont rencontré certains succès (69).

### **Environnement urbain et autres contextes**

Dans notre société moderne, un ensemble complexe de facteurs influe sur les régimes alimentaires et les modes de vie. Le secteur de la santé n’a aucune prise directe sur beaucoup d’entre eux qui nécessitent d’ailleurs une action conjointe avec les secteurs des transports, de l’environnement, de l’urbanisme, de l’agriculture, etc., pour créer des environnements favorables à la santé et des occasions de la promouvoir.

Souvent, l’urbanisme décourage un transport sûr et actif : les pays où les environnements urbains sont moins propices à la bicyclette et à la marche font état de niveaux plus bas d’activité physique. L’existence d’environnements sûrs pour ces modes de transports permet de faire de l’exercice à un coût raisonnable et en l’intégrant aux déplacements quotidiens. Le secteur de la santé peut collaborer avec :

- les urbanistes, pour veiller à ce que les services et les emplois soient situés de manière à permettre le déplacement à pied ou à bicyclette ;
- les employeurs, afin de faciliter une activité physique régulière sur le lieu de travail ;
- les autorités locales et les services de loisirs, en vue d’améliorer l’accès aux espaces de loisirs pour les quartiers à faible revenu et de donner l’exemple en encourageant le transport actif auprès de leurs salariés.

Les travaux du Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l’environnement (PPE TSE) (80), du Réseau européen des Villes-santé de l’OMS (81) et du réseau européen pour la promotion de l’activité physique favorable à la santé (82) fournissent des informations factuelles et des exemples toujours plus nombreux issus d’initiatives intersectorielles. Les écoles forment un cadre propice pour promouvoir la santé. Tout porte à croire que l’éducation physique scolaire améliore les niveaux d’activité et de condition physiques. Toutefois, le nombre d’heures qui y sont consacrées comme ses modalités varient selon les pays. Offrir des itinéraires sûrs vers les établissements scolaires peut favoriser le développement du transport actif, notamment des « autobus scolaires pédestres » (75), par rapport à la voiture. La suppression des distributeurs de confiseries et de boissons sucrées dans les écoles et la distribution d’une eau potable permettent d’encourager la consommation d’eau face aux boissons rafraîchissantes. En outre, la planification de menus sains et subventionnés peut influencer sur les comportements alimentaires et les choix effectués dans les cantines scolaires (62).

### Surveillance

Les systèmes de surveillance des facteurs de risque laissent à désirer. Des instruments normalisés n'ont pas été en général utilisés dans toute la Région, ce qui rend plus difficile le suivi des tendances infranationales et l'établissement de comparaisons entre les pays. Ce n'est que récemment, par exemple, que l'on a commencé à collecter des données permettant des comparaisons internationales sur les niveaux d'activité physique dans l'ensemble de la Région. La moitié des pays du monde ne disposent pas d'informations même limitées sur le tabagisme chez les jeunes (70). La consommation d'alcool et l'évolution des régimes alimentaires sont pour leur part estimés sur la base de sources diverses.

Il est nécessaire d'investir dans les systèmes de surveillance des risques de sorte qu'ils permettent de collecter des données nationales fiables sur les facteurs de risque, de suivre les tendances, d'évaluer les interventions, de constituer des bases factuelles en vue de l'élaboration des politiques et d'établir des comparaisons internationales. Des initiatives telles que le nouveau système d'information européen sur l'alcool et la santé, qui est intégré au système mondial d'information sur l'alcool et la santé, dont il reprend les indicateurs, sont donc les bienvenues. Le septième, qui sera mis à disposition du public à partir de fin 2009, inclut des données sur la consommation d'alcool, ses méfaits et les politiques en ce domaine.

### Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (83) qui influencent leur état de santé, leur exposition et leur vulnérabilité aux maladies ainsi que les issues pathologiques. Ces facteurs sociaux peuvent englober les conditions d'emploi et de travail, le cadre de vie, la disponibilité des services de santé et de protection sociale et l'accès à ces derniers, l'éducation ainsi que la cohésion ou les liens sociaux. Ils portent notamment sur la manière dont les normes, les valeurs et la discrimination, au regard de la classe sociale, du sexe, de l'âge et de l'appartenance ethnique, se conjuguent à d'autres déterminants de santé pour accroître les vulnérabilités et les risques à l'origine des inégalités sanitaires (84).

La grippe pandémique H1N1 2009, le ralentissement marqué de l'économie, les effets aigus du changement climatique et la crise alimentaire de 2008-2009 ont rappelé avec insistance la nécessité de s'attaquer aux inégalités de santé socialement déterminées. Le risque d'être atteint d'une maladie pandémique est plus élevé chez les personnes socialement défavorisées. En outre, un nombre croissant d'individus sombre dans la pauvreté, l'insécurité alimentaire et le chômage ; selon l'Organisation internationale du travail, l'Europe et l'Asie centrale devraient compter 8 millions de chômeurs supplémentaires en 2009 (85). Dans l'UE, le taux de chômage est monté de 6,8 % en avril 2008 à 8,9 % en mai 2009 (86).

L'intérêt de longue date dont les déterminants sociaux de la santé font l'objet, et l'engagement à agir sur ce plan, s'expliquent par leur influence sur la situation sanitaire et, en particulier, sur la possibilité pour les individus de vivre plus longtemps et en meilleure santé (87). Les principes et fonctions énoncés dans la constitution de l'OMS (88) en sont la traduction. Les efforts engagés par l'OMS avec d'autres agences spécialisées des Nations Unies, lorsque nécessaire, pour améliorer la nutrition, le logement, l'assainissement, les loisirs et les conditions économiques ou de travail sont indispensables pour parvenir à son objectif, à

savoir permettre à tout un chacun d'atteindre le plus haut niveau de santé possible. Le travail conduit par l'Organisation pour améliorer les soins de santé primaires, sa stratégie de la Santé pour tous, ses actions de promotion de la santé et beaucoup d'autres programmes s'appuient sur ce mandat.

Alors que la situation sanitaire s'est globalement améliorée dans la Région européenne (39) (voir la section ci-dessus sur les principaux indicateurs de santé), ces progrès sont inégaux au sein de la population. Des disparités d'origine sociale existent entre les pays comme dans les pays. À l'intérieur des pays, les groupes de populations rurales et géographiquement isolées connaissent une mortalité supérieure aux populations urbaines, et les taux varient également selon l'appartenance ethnique et la situation socioéconomique (85). Les inégalités découlant des déterminants sociaux de la santé n'ont pas trait uniquement à la diminution de l'espérance de vie et à l'augmentation des taux de mortalité, mais concernent également la morbidité telle que mesurée par la santé autoévaluée, le nombre d'année vécues en bonne santé, la prévalence des maladies non transmissibles et l'accès aux soins de santé (89,90). Malheureusement, les inégalités de santé se sont accrues globalement et entre les groupes de population de mêmes pays (38,91) (figure 2.17).

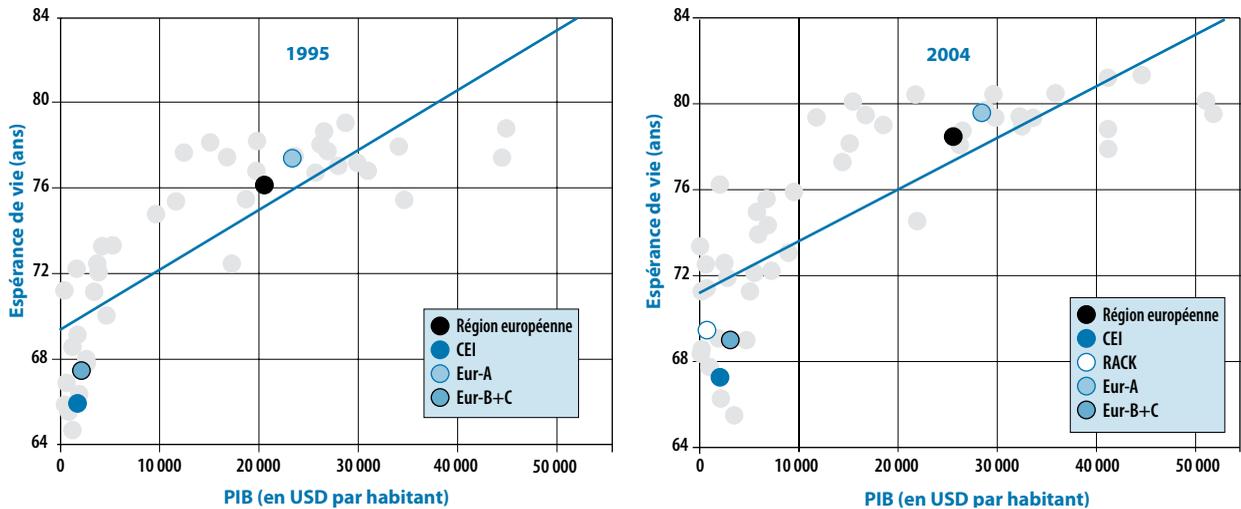
### **Les conditions sociales et liées aux étapes de la vie ainsi que leur influence sur la santé**

La pauvreté est un déterminant social important qui explique les inégalités de santé entre les pays et les groupes de populations les plus riches et les moins nanties. Les différences sanitaires sont également dictées par un fort gradient social qui rend compte de la position d'un individu ou d'un groupe de population dans la société et, par conséquent, des disparités sur le plan des résultats de santé. Ces écarts sont associés à un niveau d'instruction peu élevé et des emplois peu qualifiés, de mauvaises conditions de logement, une participation réduite à la société civile et un moindre sentiment de maîtrise de la destinée (6). Ces disparités en matière de possibilité de jouir d'une bonne santé se retrouvent dans les pays à revenu faible comme dans les pays à revenu élevé (92).

Concernant les pays de la partie orientale de la Région, les données disponibles sur les OMD liés à la santé (16) et la charge des maladies non transmissibles montrent des différences selon le niveau socioéconomique, le sexe et la situation géographique (93,94) (figure 2.18). Ces données tendent à indiquer que les personnes pauvres, les migrants, les personnes déplacées dans leur propre pays et les membres des minorités ethniques sont systématiquement désavantagées (94,95), des inégalités auxquelles contribuent un accès limité aux services sanitaires et une mauvaise protection sociale en matière de santé. Lorsque cette dernière laisse à désirer, et que les systèmes de santé sont fortement tributaires des paiements à la charge des patients, il a été démontré que les dépenses de santé ruineuses ainsi encourues accroissent de 3-9 points de pourcentage la part de la population pauvre (96).

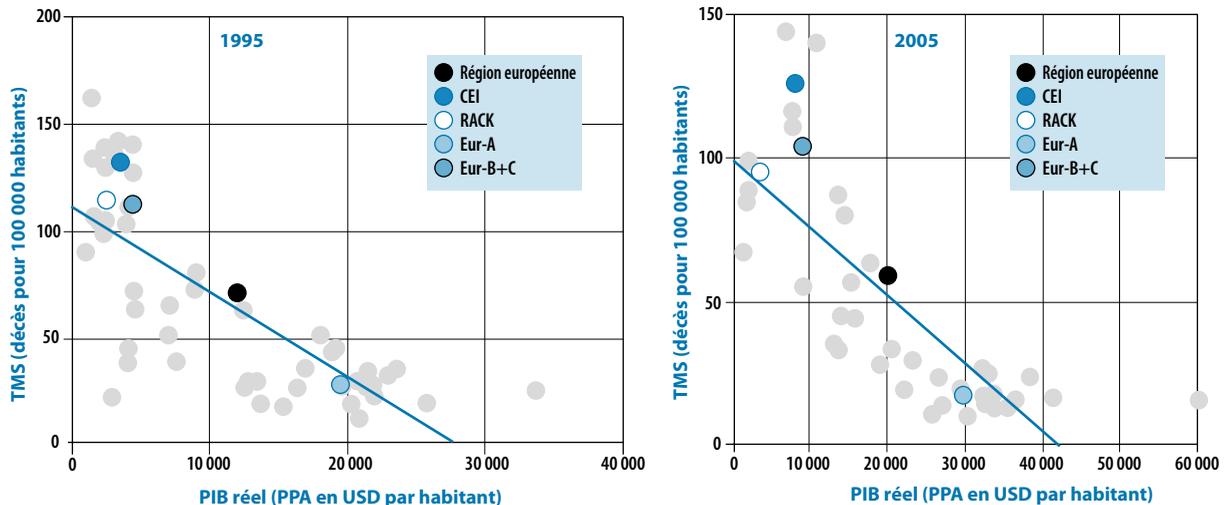
Le chômage, les conditions de travail dangereuses et le travail précaire (y compris le travail informel, temporaire et à forfait, le travail des enfants et l'esclavage ou le travail obligatoire) sont associés à une dégradation de l'état de santé. Les travailleurs aux emplois les moins qualifiés sont exposés à un ensemble de risques professionnels affectant leur santé physique et mentale. Le stress au travail augmente de 50 % le risque excédentaire de coronaropathie, et de nombreux faits montrent que les exigences élevées, le manque d'autonomie et le déséquilibre entre l'effort et sa récompense sont autant de facteurs de risque pour les problèmes de santé physique et mentale (7). Ce constat a été systématiquement rapporté dans toute la Région.

**Figure 2.17. Espérance de vie à la naissance et PIB par habitant (en USD) dans la Région européenne, 1995 et 2004**



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

**Figure 2.18. Cardiopathie ischémique chez les personnes âgées de 0 à 64 ans : TMS pour 100 000 habitants et PIB par habitant (en dollars internationaux), Région européenne de l'OMS, 1995 et 2005**



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

Par exemple, selon des études réalisées en Suède, la mortalité et la mauvaise santé sont bien plus importantes chez les travailleurs manuels que chez le personnel d'encadrement (97). En Hongrie, les variations des taux de mortalité cardiovasculaire chez les personnes âgées de 45 à 64 ans s'expliquent en grande partie par des conditions de travail défavorables et d'autres situations de stress psychosocial (98).

La mondialisation a généralisé le recours à l'emploi flexible, ce qui se traduit généralement par des conditions d'emploi plus instables, notamment des contrats à durée déterminée et

temporaire, voire un recrutement sans contrat. Ces conditions, qui sont plus fréquentes chez les femmes et les travailleurs manuels de sexe masculin, ont une incidence négative sur la santé mentale (99).

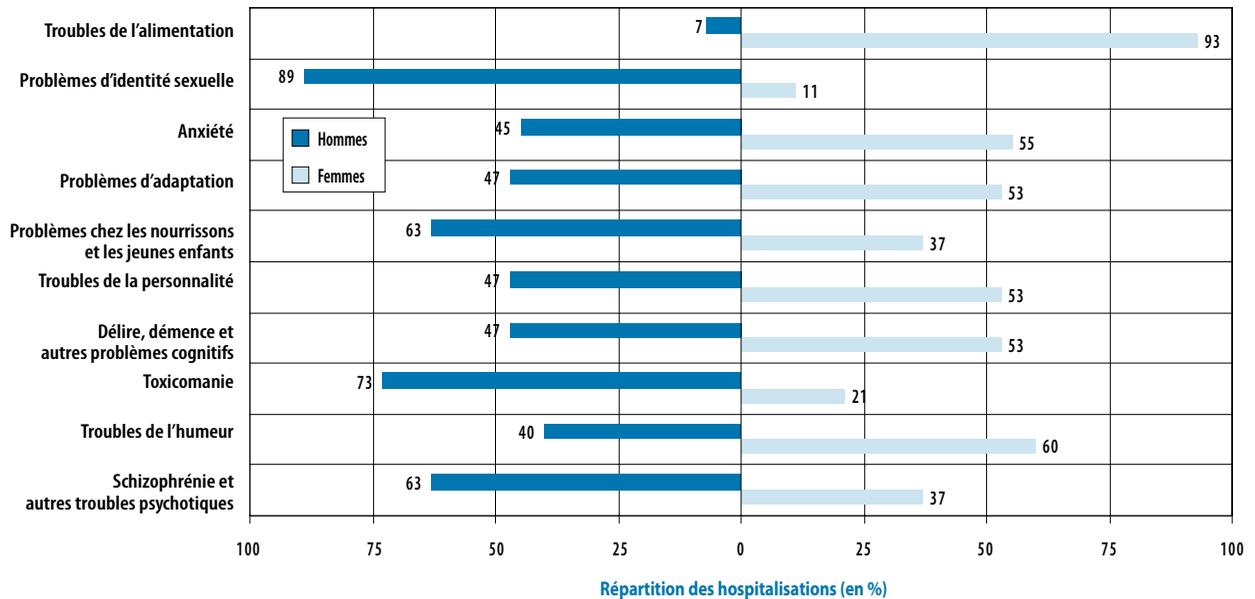
L'évolution de la structure de l'emploi affecte différemment les hommes et les femmes en fonction de la ségrégation professionnelle observée entre les sexes au niveau national. Les hommes sont généralement plus touchés dans les économies dominées par le secteur du bâtiment et la production de biens durables, tandis que les réductions d'effectifs dans le secteur public provoquent généralement une hausse disproportionnée du chômage chez les femmes (100). L'amélioration de la santé au travail et l'utilisation du lieu de travail pour promouvoir la santé et l'éducation peuvent réduire le nombre de congés de maladie, améliorer les résultats de la santé pour tous les groupes socioéconomiques et aider à réduire les inégalités sanitaires (97).

Selon les estimations, 72 millions de migrants vivent dans la Région européenne (101), sur un total mondial estimé à 210 millions (102). Les migrants en situation socioéconomique défavorisée et exposés à d'autres difficultés peuvent être soumis à de nombreux facteurs nuisant à la santé. Ils peuvent être particulièrement vulnérables aux problèmes sanitaires, notamment les affections liées au travail, les maladies respiratoires, les maladies transmissibles (comme la tuberculose ou l'hépatite), une mauvaise nutrition, les problèmes de santé génésique et sexuelle, et les troubles mentaux. Leur accès limité au système de santé et aux autres services sociaux aggrave encore la situation (103). Bien que, de toutes les Régions de l'OMS, ce soit dans la Région européenne que l'indicateur sexospécifique du développement humain (ISDH) est le plus élevé (104), les inégalités entre les sexes sont profondes, comme en témoigne la faible représentation des femmes dans les instances de décision. Par exemple, les hommes occupent 76 % des sièges des parlements nationaux et forment 85 % des membres des organes de décisions de haut niveau des partenaires sociaux européens qui participent à des discussions, à des négociations et à des actions communes entre eux et avec les institutions de l'UE (105). Comme nous l'avons indiqué, les inégalités de santé peuvent pénaliser les hommes pour la mortalité toutes causes confondues, le cancer et les causes externes, et les femmes pour la mortalité due aux maladies cardiovasculaires (106).

Les disparités sont également très courantes pour l'accès aux soins de santé et aux traitements. En Suède, pays où l'ISDH est le plus élevé, les femmes ont moins accès aux soins et traitements ci-après : dialyse et greffe de reins, orientation en vue d'une bronchoscopie, opérations de l'arthrite du genou et de la hanche, opérations de la cataracte, certains soins cardiovasculaires, luminothérapie pour le psoriasis et l'eczéma, soins dans des services spécialisés dans les accidents vasculaires cérébraux et médicaments nouveaux et plus coûteux. En outre, les femmes subissent des délais d'attente supérieurs pour prendre rendez-vous avec les médecins généralistes, qu'il s'agisse d'affections aiguës ou d'autres problèmes de santé (107). Au sein des groupes de maladies, il peut également exister, selon les affections particulières, de grandes différences entre les sexes. La figure 2.19 présente les différences hommes-femmes de taux d'admission à l'hôpital qui sont observées en Espagne pour les problèmes de santé mentale (108).

Une étude menée dans 22 pays de la Région a montré que la mortalité est plus élevée chez les personnes les moins instruites, bien que ces inégalités varient fortement entre les pays. Par exemple, dans les pays de l'UE-15, l'indice relatif d'inégalité est de 2 entre les sujets de sexe masculin les moins instruits et ceux qui le sont le plus. Dans trois pays de l'UE-12, cet indicateur se monte à 4 ou plus (109).

**Figure 2.19. Répartition en pourcentage des admissions à l'hôpital pour problèmes de santé mentale selon le diagnostic et le sexe (Espagne)**



Source : National Health Survey 2006 [web site] (108).

Les inégalités de santé persistent au fil de l'existence (110). Une démarche axée sur l'ensemble de la vie apparaît pertinente pour mesurer les déterminants sociaux de la santé. Ces derniers ont-ils une plus grande incidence durant certaines phases de la vie ? De surcroît, il est nécessaire de déterminer le meilleur moment des interventions ciblant les déterminants sociaux des disparités sanitaires (111,112).

Une étude de cohorte britannique de 1958 a permis d'examiner la relation entre la santé à l'âge adulte et la situation socioéconomique, sur la base de la catégorie professionnelle à la naissance et à quatre stades de l'existence (naissance, 16 ans, 23 ans et 33 ans), l'autoévaluation de l'état de santé étant utilisée comme résultat. Bien qu'un changement de situation socioéconomique à l'âge adulte (par exemple, un niveau d'instruction plus élevé) ait une certaine influence, il ne compense pas entièrement un mauvais départ dans la vie (113). L'étude a constaté qu'aucun stade particulier de l'existence n'exerce une influence dominante, mais que l'effet cumulatif ou la durée de l'exposition est un indicateur fiable de l'état de santé au début de l'âge adulte. Des données plus récentes indiquent toutefois que, même si la durée de l'exposition constitue un facteur important, les déterminants sociaux de la santé (y compris le sexe) ont une incidence particulièrement forte durant la petite enfance (112).

La petite enfance est considérée comme l'étape la plus importante du développement. Les dimensions physiques, sociales (émotion et langage) et cognitives sont toutes aussi essentielles au bon développement du jeune enfant. Cette phase exerce tout au long de l'existence une grande influence, notamment sur le bien-être, l'obésité, ou les retards de croissance, la santé mentale, les cardiopathies, l'aptitude à lire et écrire, la maîtrise du calcul, la criminalité et la participation à la vie économique. Ce que vivent les enfants durant leurs premières années détermine fortement la manière dont ils se développeront et leur trajectoire personnelle (114). Des facteurs externes comme la pauvreté affectent le développement cognitif, social et émotionnel, avec des répercussions durant toute la vie. Ce processus débute dès le berceau :

les déterminants sociaux comme le niveau d'instruction de la mère, les revenus du ménage et la pauvreté ont une incidence sur la survie du jeune enfant et sur son développement (115).

En dépit d'une baisse globale de la mortalité infantile, celle-ci et la santé des jeunes enfants varient fortement entre les pays de la Région européenne et en leur sein. Par exemple, malgré les limites de ces données (91), il apparaît que la mortalité observée chez les enfants de moins de 5 ans dans le pays accusant le taux le plus élevé est 40 fois supérieure à celle du pays présentant le taux le plus bas. Un enfant né dans un pays de la CEI court trois fois plus de risques de mourir avant cet âge que s'il était né dans l'UE. Au sein des pays, les populations rurales et isolées connaissent une mortalité supérieure aux populations urbaines, et les taux varient également selon l'appartenance ethnique et la situation socioéconomique (95), notamment en fonction de la pauvreté.

La capacité d'un enfant à recevoir une instruction et à en tirer parti peut avoir sur son développement et ses compétences cognitives, émotionnelles et sociales, des effets qui se feront ressentir tout au long de la vie. Les facteurs déterminants sont, à ce titre, la malnutrition précoce, les carences en fer, les substances toxiques environnementales (par exemple, les combustibles utilisés pour la cuisine qui affectent la qualité de l'air intérieur), le stress et l'insuffisance de stimulations et de relations sociales (116). Ces facteurs de risque biologiques et psychosociaux ne sont pas seulement des dangers menaçant le développement, mais sont souvent déterminés par des facteurs sociaux tels que l'inégalité entre les sexes, le faible niveau d'instruction des mères, un accès réduit aux services et la pauvreté (117). Bien que l'exposition à l'ensemble de ces facteurs de risque ait des répercussions importantes, une intervention précoce peut changer le cours des choses en s'attaquant directement à ces facteurs, comme la malnutrition ou les carences en iode, mais également à leurs déterminants sociaux, en particulier la pauvreté et les inégalités entre les hommes et les femmes. Généralement, plus l'action ou l'intervention est précoce, plus les effets bénéfiques sont importants (116).

Il est primordial de lutter contre la pauvreté infantile et d'empêcher que la pauvreté et l'exclusion ne se transmettent d'une génération à l'autre (118) car la perte de 20 % que ce phénomène induit sur le revenu de l'adulte aura une incidence sur le développement au plan national (116). Investir dans le développement du jeune enfant peut aider à ce que davantage d'enfants deviennent des adultes en bonne santé susceptibles de contribuer de manière positive à la société. Les sociétés qui investissent tôt dans l'enfance et la famille, bénéficient, en matière de santé, d'une meilleure situation et de moindres inégalités (6,114,115,119,120).

Néanmoins, dans l'ensemble de la Région, les enfants continuent d'être exposés à la pauvreté d'une manière disproportionnée. Dans l'UE par exemple, 19 % d'entre eux sont menacés par la pauvreté, définie comme le fait de vivre dans un ménage dont le revenu équivalent est inférieur à 60 % du revenu équivalent médian national (118). En outre, la malnutrition et les carences en micronutriments demeurent élevées chez les enfants de certains pays de la Région, où elles représentent une grande source d'inquiétude en matière de santé publique compte tenu de leurs liens avec les problèmes de santé et de développement, et notamment la perte de potentiel de développement à long terme (95).

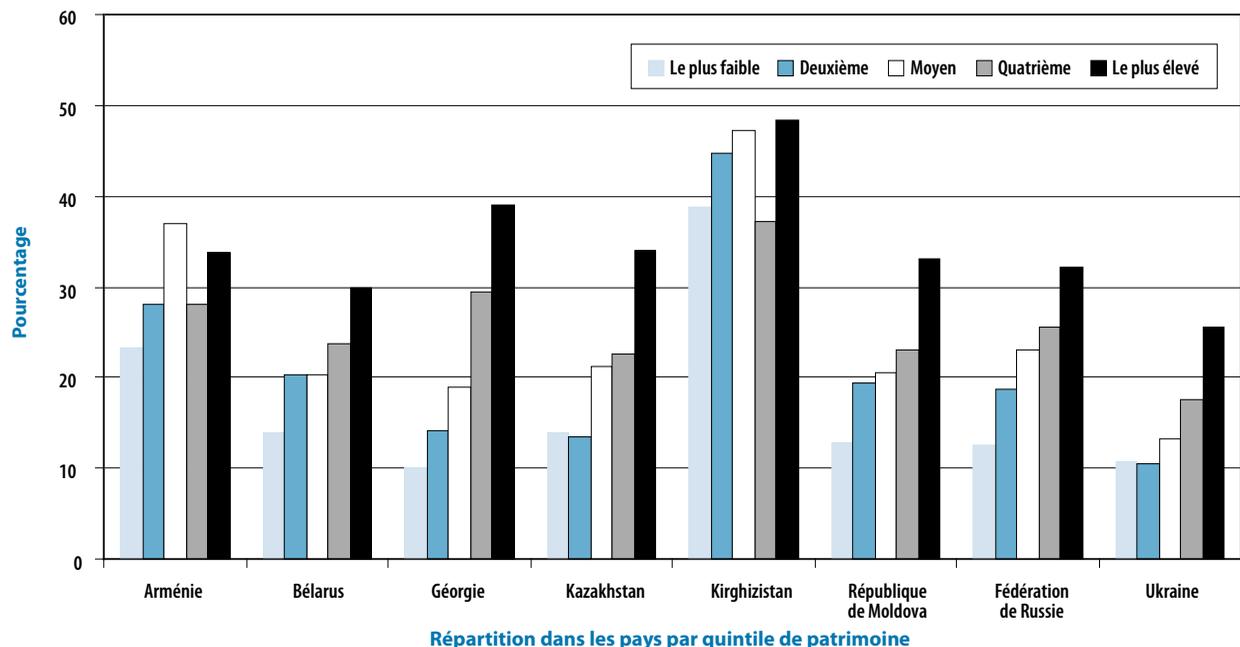
L'exclusion est reconnue comme un important déterminant social de la santé dans la Région en raison de ses conséquences sur la santé, le bien-être et les chances offertes par la vie. D'après Wilkinson & Marmot (121), « de par les difficultés et le ressentiment qu'elles entraînent, la pauvreté, l'exclusion et la discrimination coûtent la vie à certains » (122). L'exclusion est étroitement liée à la faiblesse des revenus, à la pauvreté ou aux obstacles financiers aux

services, mais ne s'y limite pas. Elle est également déterminée par des facteurs tels que le sentiment de maîtrise de la destinée (figure 2.20) (123). Farrell et al. (124) expliquent qu'elle relève de « la mise à l'écart de l'individu de la vie sociale, du pouvoir et des décisions et nuit aux individus et aux communautés, ainsi qu'à la société dans son ensemble et aux résultats sur le plan de l'état de santé ». Par exemple, il peut arriver que les sans-abri repoussent les soins pour des affections facilement évitables, non pour des raisons financières, mais car ils estiment que le système et les prestataires pratiquent la discrimination ou l'exclusion, ou car ils craignent qu'ils n'agissent de la sorte (125).

Selon une enquête commandée par la Commission européenne en 2004, et au vu des tendances de mortalité actuellement observées selon le niveau d'instruction, les inégalités de santé engendrent des pertes significatives pour la société (126). Dans les pays actuels de l'UE (à l'exception de la Bulgarie et de la Roumanie), par exemple, 707 000 décès leur sont imputables chaque année, d'où une perte annuelle de quelque 11,4 millions d'années de vie. De même, ces disparités sont à l'origine de plus de 33 millions de cas de mauvaise santé. Toujours dans ces pays, on estime qu'elles réduiraient de 1,84 an l'espérance de vie à la naissance, et de 5,14 ans l'espérance de vie en bonne santé. De surcroît, les inégalités socioéconomiques de santé pourraient avoir des répercussions économiques considérables. Les pertes estimées que les inégalités engendrent sur le plan de la santé envisagée comme bien durable (baisse de la productivité de la main-d'œuvre) semblent faibles en chiffres relatifs (1,4 % du PIB) mais sont importantes en chiffres absolus (141 milliards d'euros chaque année) (126).

La capacité à influencer sur les déterminants sociaux de la santé s'accroît. Les déficits d'informations factuelles et les difficultés d'analyse demeurent, en particulier pour mesurer les inégalités de santé tout au long de la vie et recueillir des données de meilleure qualité sur la

**Figure 2.20. Répartition du capital social tel que mesuré par le sentiment de maîtrise de l'existence par quintile de patrimoine, dans huit pays de la CEI**



dimension hommes-femmes et l'appartenance ethnique (6,91,92). Néanmoins, les méthodes de mesure et les bases factuelles se sont sensiblement améliorées au cours des dernières années. La nécessité d'une action, mais aussi ses modalités pratiques (6,125), apparaissent de plus en plus clairement, comme le montrent le rapport final et les travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé (6).

La résolution EB124.R6 du Conseil exécutif de l'OMS sur la réduction des inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé (127) se fonde sur le rapport final de la Commission. Cette résolution s'inscrit dans l'engagement à long terme de l'Organisation envers l'équité et l'action sur les déterminants de santé. Elle est en synergie avec la Charte de Tallinn (36), qui consacre l'engagement des États membres européens à : renforcer les systèmes de santé par des mesures fondées sur des valeurs partagées de solidarité, d'équité et de participation afin de s'attaquer aux inégalités sanitaires socialement déterminées ; favoriser les investissements dans les secteurs qui influencent la santé ; utiliser les soins de santé primaires comme d'une base pour la coopération intersectorielle et interprofessionnelle ; veiller à ce que les besoins des pauvres reçoivent l'attention nécessaire et empêcher que l'appauvrissement ne découle de la mauvaise santé.

L'action sur les déterminants de santé et la lutte contre les inégalités figurent au premier rang des priorités de l'OMS et des pays européens. Cette nécessité revêt une importance particulière dans le contexte économique actuel, où les décideurs cherchent comment investir au mieux pour agir sur les principaux déterminants sociaux de la santé et empêcher que les inégalités ne se creusent dans ce domaine (128).

## Défis d'aujourd'hui et de demain

Bien qu'au cours des dernières décennies, la situation sanitaire générale ait continué de s'améliorer dans la Région européenne, les pays vivent, aux niveaux démographique et épidémiologique, et en matière de soins, des transformations importantes qui détermineront le contexte sanitaire et mettent en jeu l'avenir des systèmes de santé.

Les efforts entrepris pour lutter contre les maladies transmissibles, retarder l'apparition des affections chroniques non transmissibles et réduire la mortalité prématurée découlant de ces deux facteurs, ont une incidence positive sur la santé et ont augmenté la longévité. Néanmoins, en dépit de l'apparition de nouveaux traitements et technologies limitant les effets aigus et la mortalité, l'incidence et la prévalence des maladies non transmissibles ont décliné pour certaines affections mais non globalement, d'où une hausse de l'invalidité. Couplés à la nécessité d'allonger la durée des soins et à l'augmentation des coûts de santé, ces facteurs peuvent imposer de nouvelles exigences au système de santé, qu'il faudra donc adapter. Si les tendances se confirment ou s'aggravent, ces pressions entraîneront une situation complexe difficile à résoudre. En revanche, d'autres scénarios plus optimistes (amélioration des soins de santé à long terme, adoption de modes de vie et de comportements plus sains dès le début de l'existence) pourraient au contraire alléger la charge pour le système de santé.

La présente section met en exergue quelques-unes de ces problématiques et montre leur interdépendance. Ces connaissances et bases factuelles sont nécessaires pour décider des interventions qui, en matière de systèmes de santé, seront requises pour améliorer la situation sanitaire de la population de la Région.

## Évolutions démographiques dans la Région européenne

Les pays de la Région connaissent une transition démographique majeure caractérisée par un ralentissement du taux d'accroissement de la population et une augmentation de l'espérance de vie. Par rapport aux autres Régions de l'OMS, l'Europe vivrait une phase de stabilité relative où la fécondité et la mortalité contrebalancent la croissance démographique naturelle. Néanmoins, certains facteurs, notamment les très faibles niveaux de fécondité, le vieillissement et l'immigration, génèrent une pression démographique supplémentaire. Il convient d'y porter attention et d'élaborer des politiques pour maîtriser ses effets potentiels sur les systèmes de santé et de protection sociale.

### Évolution et répartition de la population

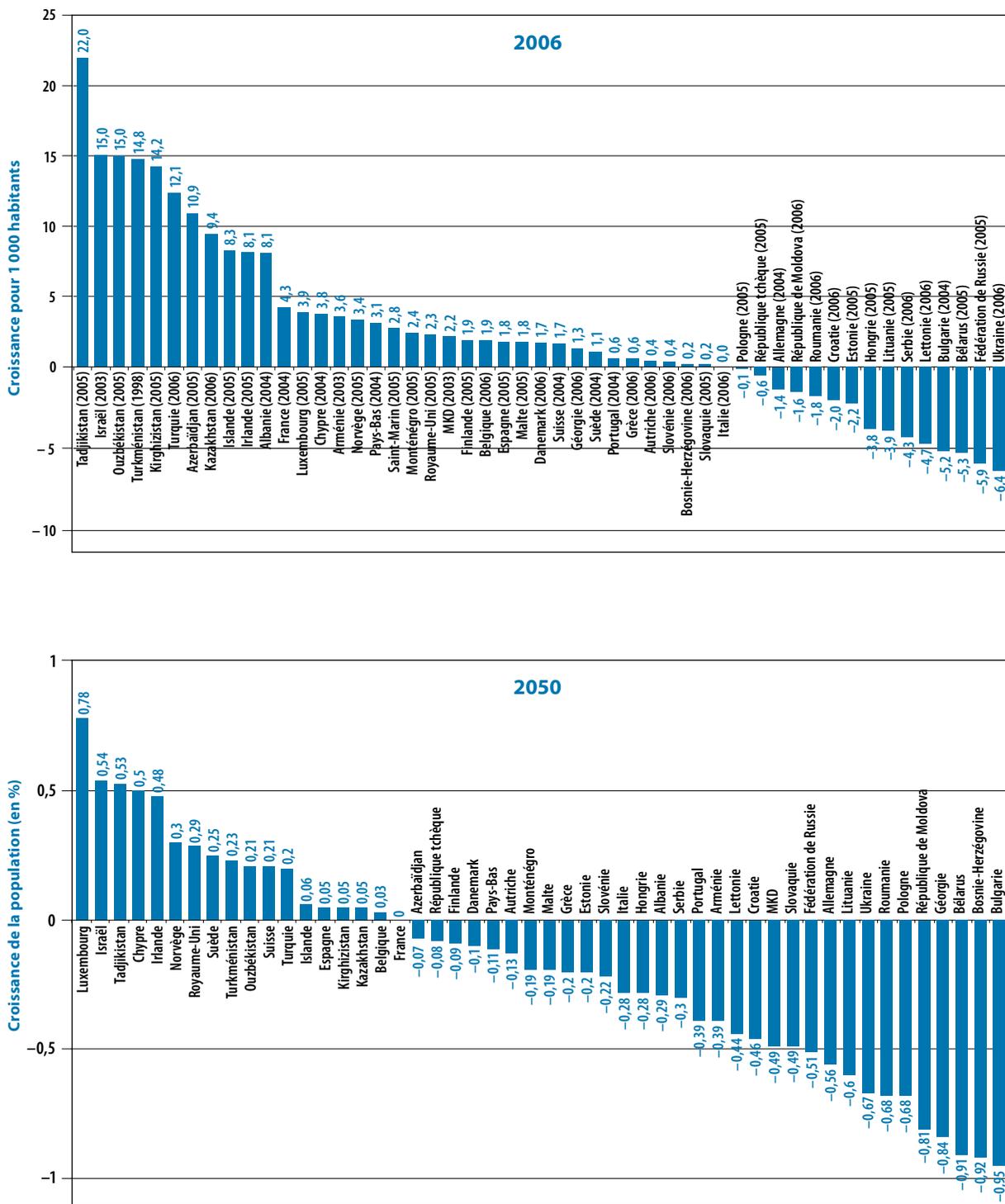
En 2007, les 53 pays de la Région européenne de l'OMS comptaient 883,5 millions d'habitants, soit une hausse de près de 9 millions (1 %) par rapport à 2003 (4). La fécondité a continué de baisser avec, en 2007, une moyenne de 1,6 enfant par femme en âge de procréer, les taux variant toutefois entre les groupes de pays (de 1,3 dans l'UE-12 à 2,4 dans le groupe RACK). La croissance démographique globale de la Région ralentit donc pour atteindre une moyenne annuelle de 0,1 %, 17 pays (dans la partie orientale essentiellement) connaissant déjà une baisse naturelle de 0,1 % ou plus (figure 2.21). Si la tendance de la croissance se confirme, la taille de la population, selon la variante moyenne de fécondité (129), devrait légèrement augmenter, pour atteindre un pic de 904,7 millions en 2030 (soit une hausse de 2 %), avant de revenir à 886,3 millions en 2050.

En 2005, 70 % de la population de la Région européenne vivait dans des zones urbaines (130). Cette proportion est plus élevée dans les pays de l'UE-15 (76 %) que dans la CEI (64 %) et le groupe RACK (41 %). L'urbanisation devrait se poursuivre à un rythme annuel de 0,2 point de pourcentage jusqu'en 2030, et la population urbaine atteindre donc 80 %. De manière générale, les zones urbaines et rurales diffèrent en matière de structure de la population, de niveaux d'instruction, de modes de vie, d'emplois occupés et d'exposition aux facteurs environnementaux, autant d'éléments susceptibles d'influencer l'état de santé et l'accès aux soins des populations (131).

Au cours des deux dernières décennies, la Région a connu d'autres mutations démographiques importantes dues aux migrations, une tendance qui devrait se poursuivre. S'il est difficile d'obtenir des informations précises sur les flux migratoires, la migration étant parfois illégale, on estime que près d'un million de migrants entrent chaque année dans l'UE depuis des régions voisines, les pays à haut revenu étant particulièrement concernés (102,132). Cet afflux de population a contribué à près de 70 % de la croissance démographique et concouru dans une moindre mesure aux niveaux d'emploi. Bien que les effets à long terme de la migration sur la croissance et la structure de la population soient encore incertains, le système de santé et les autres secteurs sociaux devront accorder une plus grande attention aux besoins actuels et futurs de cette population qui, généralement, est plus jeune et moins nantie, souffre de davantage de maladies et dispose d'un accès limité aux soins de santé (131).

L'augmentation de la longévité dans la Région a été associée à une réduction de l'incidence de certaines maladies chroniques non transmissibles, à une amélioration des soins de santé et à une baisse rapide de la fécondité (sauf dans certains pays, comme on l'a vu plus haut) (133). Globalement, le taux de fécondité se situe aujourd'hui bien en deçà du taux de renouvellement de 2,1 enfants par femme en âge de procréer. Ensemble, ces facteurs ont engendré une baisse du taux

Figure 2.21. Croissance démographique, Région européenne de l'OMS, 2006 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles et prévisions pour 2050



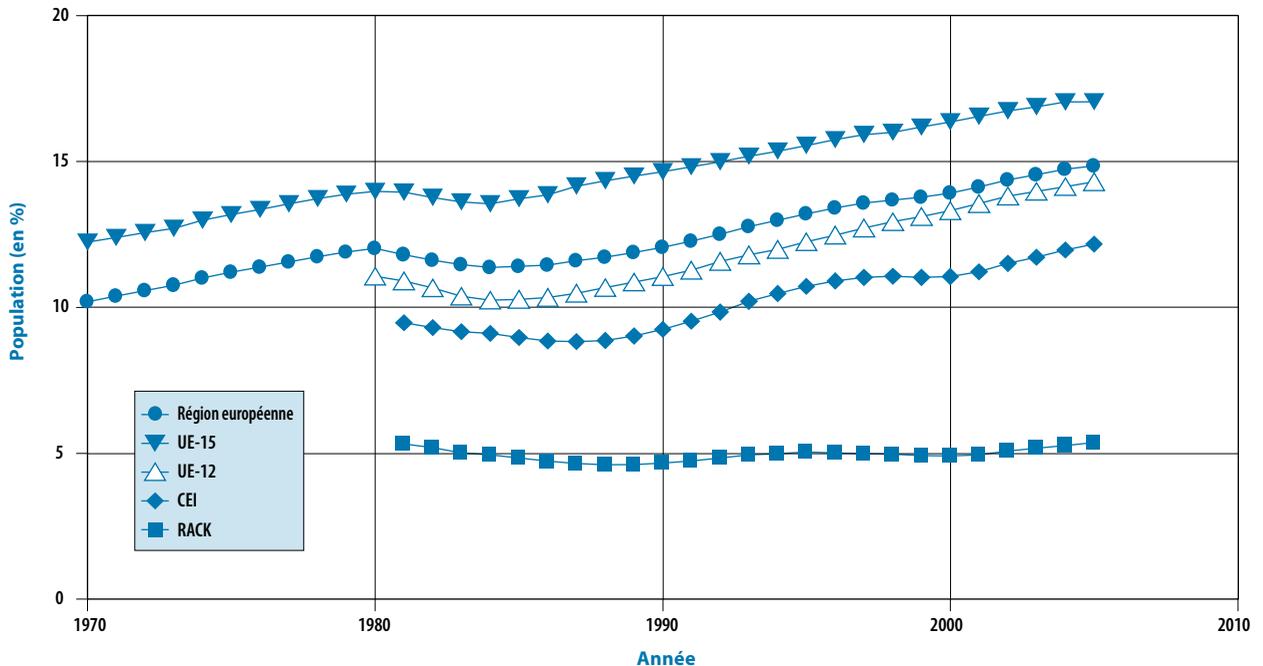
Note: MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine.  
 Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4) et Division de la population des Nations Unies (129).

d'accroissement et accéléré le vieillissement. Aujourd'hui, moins de 17 % de la population de la Région a moins de 15 ans et près de 16 % (138 millions de personnes environ) est âgée de plus de 65 ans (figure 2.22). Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans, toutefois, progresse plus vite que le reste de la population. En 2050, plus de 27 % de la population (soit près de 240 millions de personnes) devraient appartenir à ce groupe d'âge. Sur la base des chiffres ci-dessus, le rapport total de dépendance<sup>4</sup> devrait passer dans la Région de 47 % en 2007 à 74 % en 2050 (128).

Dans la Région, le rapport hommes/femmes était proche de 1 en 2006, mais il varie selon l'âge : de 1,1 pour les moins de 15 ans à 0,7 pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et 0,4 chez celles de 85 ans et plus (soit 2,5 femmes pour un homme). D'ici à 2050, il devrait rester similaire chez les personnes âgées de 0 à 14 ans et de 65 ans et plus, mais passer à 0,5 chez celles de 85 ans et plus (129).

La situation actuelle comme les tendances prévues de croissance démographique et de vieillissement varient souvent et beaucoup selon les pays. Par exemple, la structure par âge de la population des pays de la CEI se caractérisait en 2005 par une base étroite sous l'âge de dix ans, suivie d'une forte augmentation à l'âge de 15 ans et de fluctuations parmi les groupes en âge de travailler ; les proportions des groupes plus âgés baissent rapidement après 70 ans (figure 2.23). La transition est plus progressive dans les pays de l'UE-15. Selon les projections pour 2050, les personnes âgées de 65 ans et plus seront beaucoup moins nombreuses dans

**Figure 2.22. Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus par groupe de pays, Région européenne de l'OMS, 1970-2005**



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

<sup>4</sup> Le rapport de dépendance est le rapport existant entre le total des populations âgées de 0 à 14 ans et de 65 ans et plus, et la population âgée de 15 à 64 ans, supposée constituer la population active. Le résultat s'exprime en nombre de personnes à charge pour 100 personnes âgées de 15 à 64 ans.

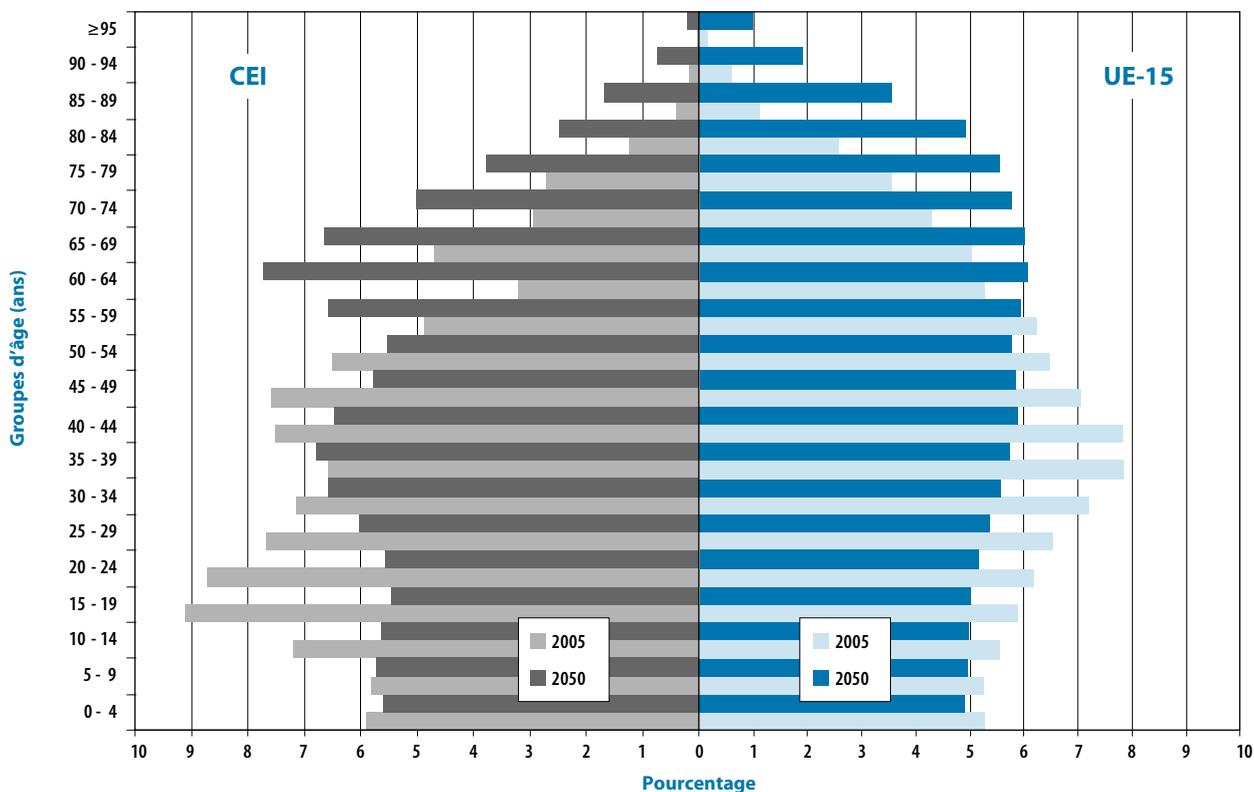
les pays de la CEI (20 %) que dans ceux de l'UE-15 (presque 30 %). En 2006, le rapport masculin/féminin des pays de l'UE-15 était estimé à 1,1 pour les moins de 15 ans et 0,8 pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Dans les pays de la CEI, ces chiffres étaient de 1,2 et 0,8, respectivement.

### Problèmes et incidences pour l'avenir

Le vieillissement de la population de la Région au cours de la décennie écoulée (accroissement de 13 % du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus) résulte d'un prolongement de l'espérance de vie à la naissance de 2,5 années depuis 1990 (augmentation de 3 %) et d'une amélioration globale des conditions de vie et de la situation sanitaire. Cependant, l'accroissement du nombre de personnes âgées peut avoir des effets négatifs. Au cours des années à venir, le vieillissement de la population, une faible fécondité et des retards dans l'apparition de maladies chroniques non transmissibles modifieront ou augmenteront le recours au système de santé des pays.

Comme les tendances sanitaires parmi les personnes âgées sont complexes, la façon dont le vieillissement influera sur les systèmes de santé et la santé de la population en général est encore très incertaine (134). Par exemple, il est estimé que 20 % de la population de l'UE ont signalé une maladie ou une incapacité de longue durée, mais les proportions les plus élevées et les plus basses dans les différents pays varient dans un rapport de 1 à 3 (135). Selon

Figure 2.23. Structure de la population par âge, pays de la CEI et de l'UE-15, 2005 et 2050 (projections)



les données disponibles, la proportion de personnes âgées atteintes d'une incapacité dans l'UE est en diminution, mais le nombre absolu de ces personnes augmentera, étant donné que la population âgée s'accroîtra. Entre-temps, la prévalence de la plupart des affections chroniques continue d'augmenter avec l'âge, et près de 75 % des personnes âgées de 65 ans et plus décéderont de maladies cardiovasculaires ou de cancers dans la plupart des pays de la Région.

Ces tendances sont également observées au sein des pays, ce qui rend plus difficiles l'interprétation et les prévisions. On a établi des scénarios possibles qui tiennent compte d'importants changements en matière de maladies, d'incapacités et de vulnérabilité qui déterminent la qualité de la vie. Un premier scénario postule que les individus vivront plus longtemps, mais souffriront de maladies chroniques et de leurs conséquences, ce qui se traduira par une incidence plus grande des problèmes de santé qui augmentera la demande de services de santé. Un deuxième scénario, généralement jugé plus probable, prévoit une baisse de la gravité des affections incapacitantes au cours de la vie active, accompagnée par une augmentation des incapacités modérées. Comme la morbidité peut être comprimée (ce qui concentre la charge de morbidité et d'incapacité au cours des dernières années de la vie en retardant l'apparition de maladies), l'hypothèse retenue n'aura peut-être pas d'incidence sur la demande globale de services de santé. Selon un troisième scénario, plus optimiste, l'amélioration des modes de vie de la population et l'apparition plus tardive des maladies et des incapacités créeraient les conditions d'une réduction de la demande des services de santé, ce qui validerait l'hypothèse d'une morbidité « comprimée », laquelle engendrerait une baisse des dépenses pour le système de santé.

Malgré la diminution de la prévalence des maladies chroniques, la charge économique d'un vieillissement plus prononcé sur les systèmes de santé peut entraîner, dans certains pays, une multiplication par deux des dépenses actuelles en raison d'une augmentation des coûts des soins de santé (133,136,137). Néanmoins, bien que les coûts globaux relatifs à la population âgée puissent être plus élevés, il n'en va pas de même pour les individus ; pour une affection identique, les personnes âgées ont des dépenses de santé inférieures à celles des plus jeunes, notamment parce qu'ils reçoivent des traitements moins intensifs (138). En outre, il a été suggéré que c'était l'imminence du décès et non nécessairement le vieillissement qui déterminait les dépenses de santé. Ici encore, les données disponibles (ou les mesures dont elles découlent) sont encore trop contradictoires pour permettre des prévisions exactes.

La diminution de la population économiquement active ainsi que l'augmentation prévue de la proportion de personnes à charge jusqu'à près des trois quarts de la population d'ici 2050, peuvent avoir des incidences sur le financement et la viabilité des systèmes de santé et de protection sociale dans de nombreux pays. Selon la Commission européenne, le vieillissement réduira la population économiquement active, de sorte que le taux de croissance annuel du PIB dans les pays de l'UE passera de 2,4 % pendant la période 2004-2010 à 1,2 % pendant la période 2030-2050. En outre, il est prévu que les dépenses publiques relatives aux pensions de retraite et aux services destinés à la population âgée augmenteraient de 3 à 4 points de pourcentage du PIB de 2004 à 2050 (134).

Plusieurs solutions ont été proposées en vue de la réduction des effets du vieillissement sur le système de santé, depuis des interventions spécifiques au système de santé jusqu'à des politiques sociales et économiques plus larges. Les interventions précitées consisteraient à :

- privilégier la prévention des maladies chroniques et des facteurs de risque les plus importants en favorisant l'adoption de modes de vie sains, au moins à partir du début de l'âge mûr, sinon sur l'ensemble de la vie ;
- veiller à ce que les soins de santé retardent l'apparition des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, de l'hypertension et de la démence ;
- favoriser les soins auto-administrés et l'amélioration des soins de longue durée grâce à une utilisation plus rationnelle des ressources, y compris les soins dispensés par des professionnels et des aidants ;
- associer directement les personnes âgées à un plus grand nombre de décisions et d'activités (y compris des choix économiques) qui ont des effets sur les soins qu'elles reçoivent (132,134,139).

En outre, il faudrait accorder une attention particulière à la sexospécificité et aux groupes à bas revenus. Actuellement, le nombre de femmes qui vivent au moins jusqu'à l'âge de 65 ans est près de 40 % supérieur à celui des hommes, et les femmes âgées d'au moins 85 ans sont trois fois plus nombreuses que les hommes. En outre, les pauvres et les personnes âgées courent un risque plus élevé de 30 à 65 % de contracter la plupart des maladies chroniques que les personnes aisées et jeunes (135). Comme on l'a indiqué plus haut, les femmes ont également une vie plus longue caractérisée par une moins bonne santé que les hommes, notamment en raison d'affections multiples, ce qui exige un recours plus important à des démarches coordonnées de soins. De plus, comme les femmes ont généralement un moins bon accès aux services de santé que les hommes, cet accès doit leur être facilité.

Les politiques sociales et économiques proposées pour limiter les effets du vieillissement sur la société sont notamment les suivantes : accroître l'emploi global, différer l'âge de la retraite obligatoire et améliorer la participation des personnes âgées à la population active, augmenter les recettes fiscales grâce à une croissance économique plus vigoureuse et réduire les dépenses du secteur public maintenant de façon à couvrir les augmentations des dépenses futures (140). La facilitation de la participation des personnes âgées à l'emploi exigera une amélioration des compétences et un recyclage (141). Aucune politique ou aucun ensemble de politiques unique ne suffira pour l'ensemble de la Région européenne, et les décisions devront être adaptées aux différentes situations.

## Réduction de la charge engendrée par les maladies transmissibles

Les maladies transmissibles menacent sérieusement la santé humaine et la sécurité internationale. Les maladies transmissibles à prévention vaccinale, d'origine alimentaire, zoonotiques, liées aux soins de santé et chroniques engendrent une grande partie des dépenses de santé (142). Bien que les maladies transmissibles ne figurent pas parmi les principales causes de mortalité et de morbidité dans la Région européenne, il est nécessaire de disposer de ressources importantes et durables pour maintenir la préparation aux flambées épidémiques et permettre aux pays de les combattre.

Les infections émergentes et réémergentes susceptibles de provoquer des épidémies suscitent de vives préoccupations publiques dans les pays et dans la Région dans son ensemble. Leur prévention et leur endiguement restent des fonctions de santé publique fondamentales des systèmes nationaux de santé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe élabore des normes, des orientations et d'autres outils pour aider les pays à mettre en œuvre des programmes

efficaces de lutte contre les maladies. En outre, le Bureau régional aide les pays à concevoir et à mettre en œuvre des interventions fondées sur des informations factuelles, en évaluant la charge de morbidité et les facteurs de risque et en surveillant les progrès accomplis vers la réduction des décès et des incapacités. Il le fait en intégrant ces activités dans la gestion et la diffusion de connaissances techniques, en vue de renforcer les systèmes de surveillance des maladies transmissibles, les systèmes d'action et les programmes et services de santé publique dans ce domaine.

## Tendances des maladies transmissibles dans la Région européenne

### Tuberculose

La Région européenne a recensé 431 518 nouveaux cas de tuberculose et 63 765 décès dus à cette maladie en 2007, soit 49 nouveaux cas et 7 décès par heure. Les pays ont signalé 350 529 nouveaux cas et rechutes, ce qui représente un taux de notification de 39 pour 100 000 habitants ; il s'est produit une baisse légère stable, puisqu'on est passé de 43 pour 100 000 habitants en 2002 à 39 pour 100 000 habitants en 2007. La prévalence de la tuberculose a baissé de 54 pour 100 000 habitants en 2006 à 51 pour 100 000 habitants en 2007, l'objectif étant de 27 pour 100 000 habitants d'ici à 2015. La mortalité par tuberculose a été stable : 7,0 pour 100 000 habitants en 2006 et 2007, contre un objectif de 3 pour 100 000 habitants d'ici à 2015. La couverture par la stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée par l'OMS (DOTS) a été de 75 % en 2007, 39 pays indiquant une couverture de 100 %, dont les 18 pays prioritaires de la Région européenne : Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bulgarie, Estonie, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, République de Moldova, Roumanie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie et Ukraine (143).

La lutte contre la tuberculose dans la Région est cependant loin d'être optimale. Le taux global de détection des cas (ensemble des cas provenant de toutes les sources) a été de 75 %, mais le taux de cas nouveaux à frottis d'expectoration positifs est de 55 %, ce qui est en dessous de l'objectif mondial de 70 %. Néanmoins, le taux global de détection de cas indique que 75 % des personnes atteintes de tuberculose dans la Région sont diagnostiqués, certains par des moyens autres que l'examen des frottis d'expectoration au microscope, tels que la culture et la radiographie.

La proportion de personnes nouvellement diagnostiquées à frottis d'expectoration positifs qui ont entamé un traitement en 2006 et ont été guéries a été de 70 % (l'objectif mondial est de 85 %). Parmi les pays prioritaires de la Région, le moins bon taux de succès du traitement a été signalé en Fédération de Russie (58 %), suivie de l'Ukraine (59 %) et de l'Azerbaïdjan (60 %). La Turquie (91 %), le Kirghizistan (82 %) et l'Ouzbékistan (81 %) ont les programmes de traitement les plus efficaces.

Il est inquiétant de constater que les souches de tuberculose multirésistantes représenteraient 43 600 (environ 10 %) des nouveaux cas de tuberculose et 43 % des cas faisant l'objet d'un nouveau traitement, et il est estimé que 42 300 personnes nouvellement atteintes de tuberculose étaient également infectées par le VIH (voir encadré 2.2 pour un exemple de l'action menée par l'OMS à cet égard). Le taux élevé de tuberculose multirésistante dans la Région européenne (le plus élevé du monde) représente le principal problème en matière de lutte antituberculeuse dans la Région. Parmi les 27 pays prioritaires qui représentent

## Encadré 2.2. Lutte contre la tuberculose et l'infection à VIH dans les pays baltes

Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH et une souche de tuberculose multirésistante en Estonie, en Lettonie et en Lituanie est en augmentation. Pour faire face à ce problème, le Bureau régional a créé un projet visant à amplifier les soins prodigués aux personnes atteintes du VIH/sida et de tuberculose, et à accélérer la prévention dans le cadre du système de santé de ces pays baltes. Son but est de réduire la transmission du VIH et de la tuberculose, et la vulnérabilité résultant de l'infection à VIH et de la tuberculose et des conséquences de ces maladies en renforçant les interventions nationales, en développant la collaboration entre les programmes nationaux et en permettant aux systèmes de santé de s'adapter aux problèmes que pose la lutte viable contre l'infection à VIH. Des groupes de travail nationaux pour la tuberculose, l'infection à VIH et le renforcement du système de santé ont récemment été créés, et les politiques nationales en matière d'infection à VIH et de tuberculose ont été examinées.

En outre, des plans d'action et des documents d'orientation en vue d'interventions menées en collaboration dans le domaine de la tuberculose et de l'infection à VIH ont été élaborés, et des travaux ont été accomplis en vue d'améliorer les systèmes de surveillance de ces deux maladies. Dans chaque pays, une analyse détaillée des dépenses et une évaluation du flux des fonds ont été réalisées avec le soutien du Bureau régional, en vue de mettre en évidence des domaines potentiels d'intervention collaborative en matière de tuberculose et d'infection à VIH et les incidences économiques de telles interventions. Des ateliers réguliers auxquels ont participé les trois groupes de travail nationaux et des experts de l'OMS ont eu lieu, de façon à évaluer et à réexaminer les progrès, les réalisations et les problèmes dans chaque pays.

ensemble 85 % du nombre estimé des cas de tuberculose multirésistante dans le monde, 15 (énumérés ci-après en fonction du nombre total de cas) se trouvent dans la Région européenne : Fédération de Russie, Kazakhstan, Ukraine, Ouzbékistan, Tadjikistan, Azerbaïdjan, République de Moldova, Kirghizistan, Bélarus, Géorgie, Arménie, Lituanie, Bulgarie, Lettonie et Estonie (144).

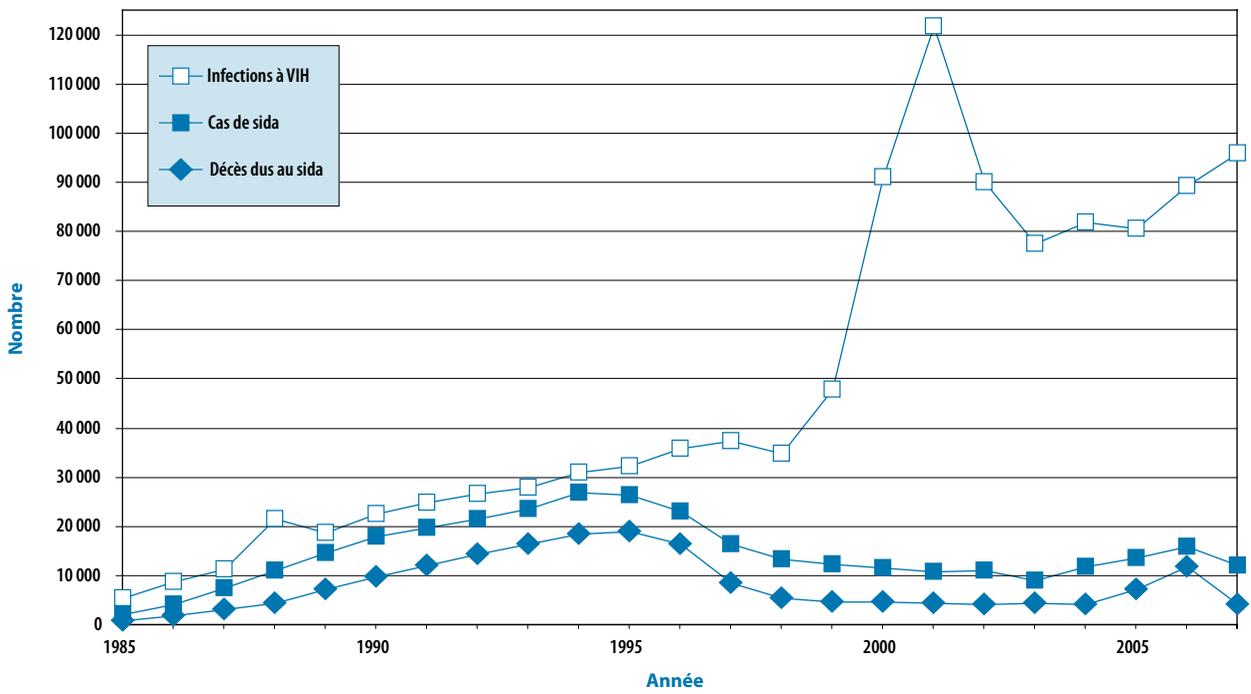
Une réunion ministérielle co-organisée par l'OMS et portant sur les pays ayant une charge élevée de tuberculose multirésistante et ultrarésistante a eu lieu à Beijing (Chine) en avril 2009. Elle visait à renforcer l'engagement requis (par un appel à l'action (145)) pour développer de façon considérable les mesures nécessaires pour s'attaquer à ces problèmes. Il s'agit notamment de la réalisation de diagnostics de meilleure qualité et plus rapides, du renforcement des réseaux de laboratoires et de la bonne gestion des médicaments de première et deuxième intentions. Les participants à cette réunion ont utilisé les résultats du Forum ministériel européen de l'OMS « Tous contre la tuberculose », tenu en octobre 2007 (146). Dans la Déclaration de Berlin sur la tuberculose (146) qui en a résulté, les États membres se sont engagés à adopter la stratégie Halte à la tuberculose (147), à essayer d'obtenir un financement durable pour la lutte antituberculeuse, y compris la prévention, et à évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration avec le concours du Bureau régional, de l'UE, et d'autres institutions et organisations compétentes.

### Infection à VIH

Il est estimé que 2,4 millions de personnes vivent avec le VIH dans la Région européenne. La figure 2.24 montre le nombre annuel de nouveaux cas signalés dans la Région et les tendances préoccupantes en matière de cas de sida et de mortalité liée à cette maladie (148). En signant la Déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale, en février 2004, les pays de la Région se sont engagés à offrir un accès universel à une prévention, à un traitement et à des soins efficaces, économiquement accessibles et équitables en matière d'infection à VIH. En 2007 et 2008, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a dirigé un examen de la mise en œuvre de la Déclaration par les pays avec le concours de plus de 100 experts de l'ensemble de la Région (149).

Ce rapport met en évidence des progrès importants en matière de couverture par le traitement (149). Le nombre de personnes recevant une thérapeutique antirétrovirale est passé de 282 000 en 2004 à environ 435 000 à la fin de 2007. Les cas d'absence de traitement dans les pays de la partie orientale de la Région restent cependant importants et sont en augmentation.

**Figure 2.24. Nombre annuel de nouveaux cas signalés d'infection à VIH et de sida, Région européenne de l'OMS, 1985-2007**



Source : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (148).

En outre, les toxicomanes par voie intraveineuse, qui représentent le groupe le plus gravement touché dans cette partie de la Région, éprouvent d'importantes difficultés à avoir accès à la prévention (notamment en ce qui concerne les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, et les traitements de substitution d'opiacés) et aux services de traitement. L'OMS a élaboré de nouveaux principes directeurs pour aider les pays à faire face à ces problèmes en vue de parvenir à un accès universel à la prévention de l'infection à VIH, ainsi qu'au traitement et aux soins dans ce domaine (150). L'Organisation continue à coopérer étroitement avec les autorités nationales pour améliorer l'accès et pour mener une action internationale de sensibilisation à l'importance de telles interventions de prévention.

L'accès au traitement constitue également un problème en Europe occidentale, où de nombreux migrants originaires de pays ayant une forte prévalence d'infection à VIH ne bénéficient pas des services dont ils ont besoin. En outre, en raison de l'augmentation récente des cas nouvellement signalés parmi les homosexuels masculins, le Bureau régional a organisé une consultation sur cette question à Bled, en Slovénie, lorsque ce pays occupait la présidence de l'UE. Les participants ont souligné l'importance d'une prévention ciblée, en particulier par l'utilisation du préservatif (151), étant donné que l'épidémie ne s'est pas encore étendue à la population générale. Il est encore nécessaire d'agir d'urgence pour amplifier et améliorer le ciblage de l'action menée en matière d'infection à VIH, afin de réduire le manque d'équité et de favoriser une plus grande harmonisation des normes les plus élevées en ce qui concerne les programmes et les politiques de prévention et de traitement. Cela exige de vigoureuses impulsions politiques au niveau européen et une forte responsabilisation pour pouvoir mettre en œuvre la Déclaration de Dublin (149) et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (17).

### Hépatite

L'hépatite B et l'hépatite C constituent la cause sous-jacente d'environ 1,5 million de décès par an dans le monde ; 500 millions de personnes sont actuellement atteintes d'hépatite B ou C chronique. Dans le monde entier, une personne sur trois a été exposée à l'un de ces virus ou aux deux. Ces derniers affectent des millions de personnes dans la Région européenne mais ne sont pas encore universellement reconnus comme une priorité de santé publique, pour les raisons suivantes :

- les responsables des soins de santé ne sont pas conscients de la gravité de ce problème ;
- aucune action vigoureuse de sensibilisation n'est menée aux niveaux national et international ;
- la surveillance des hépatites B et C chroniques est insuffisante dans l'ensemble de la Région ;
- le vaccin contre l'hépatite B et le traitement de l'hépatite ne sont pas disponibles ou sont trop coûteux.

Ces déficiences ont entraîné une mortalité prématurée et une augmentation des dépenses publiques de santé.

Le Bureau régional s'emploie à rendre la vaccination contre l'hépatite B plus accessible, en particulier pour les groupes à haut risque ; sur le plan international, il préconise une action contre les hépatites virales B et C, jugeant qu'il s'agit d'un des plus graves problèmes de santé publique de la Région. L'amélioration de la surveillance de l'hépatite transmise par le sang est l'une des principales priorités du Bureau régional. Elle est cruciale pour l'obtention d'informations fiables sur la prévalence de l'hépatite et la charge de morbidité dans la Région. Parmi les autres priorités essentielles, il faut citer la fourniture d'un accès universel au traitement de l'hépatite B, de l'hépatite C et de l'infection à VIH, et l'élaboration de stratégies visant à réduire le prix de ce traitement et à améliorer la surveillance de l'hépatite. En outre, ces dernières années, le Bureau régional a coopéré étroitement avec des groupes de patients pour mener une action de sensibilisation à l'utilité du dépistage et du traitement de l'hépatite.

### Infections et maladies à prévention vaccinale

La vaccination est l'une des interventions de santé les plus efficaces par rapport à leur coût, puisqu'elle prévient des millions de maladies, d'incapacités et de décès chaque année. Par exemple, les 53 États membres de la Région européenne ont tous été certifiés indemnes de poliomyélite en 2002. Des vaccins efficaces et sûrs contre plus de 20 maladies graves sont disponibles, et un grand nombre de nouveaux vaccins sont en cours d'élaboration. L'OMS s'emploie à mettre en place des systèmes de surveillance pour la collecte et l'utilisation d'informations factuelles de qualité élevée en vue de l'utilisation de nouveaux vaccins.

Bien qu'aujourd'hui les vaccins soient très efficaces et très sûrs, de nouveaux problèmes surgissent. Comme les maladies à prévention vaccinale continuent de représenter des menaces importantes dans la Région, le renforcement de la vaccination reste crucial. L'action publique la plus connue du Bureau régional dans ce domaine est la Semaine européenne de la vaccination, qui a lieu chaque année en avril (encadré 2.3) (152). Des progrès considérables ont été accomplis en matière de réduction de l'incidence de la rougeole dans l'ensemble de la Région, et il a été possible d'atteindre l'objectif d'une couverture de 95 % par une première dose de vaccin antirougeoleux (figure 2.25).

Au cours de la période 2005-2008, des activités de vaccination supplémentaire d'ampleur nationale ont été menées dans huit pays de la partie orientale de la Région européenne, ce

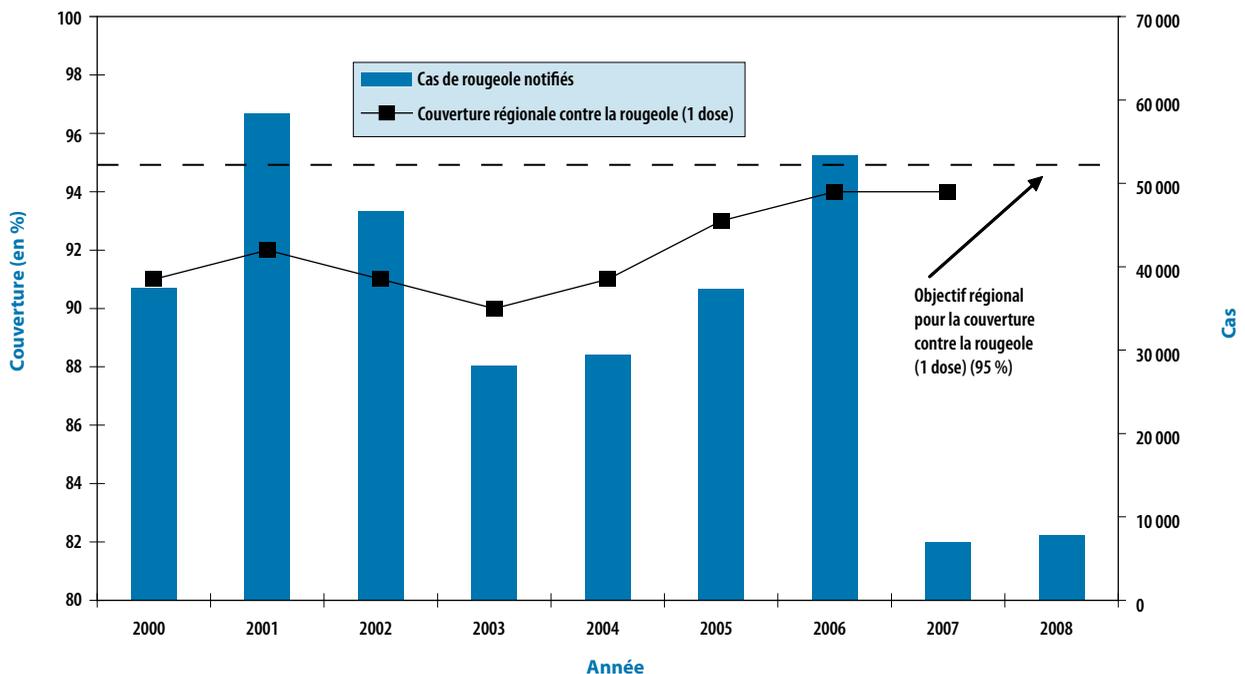
qui a permis d'atteindre environ 27 millions de personnes. Certains pays qui ont connu des flambées épidémiques de rougeole ont favorisé la vaccination grâce à une amélioration de la communication sanitaire et à la réalisation d'activités accélérées de vaccination systématique. Cependant, des épidémies de rougeole se sont produites dans la Région pendant toute la période 2008-2009, en particulier dans sa partie occidentale, ce qui a mis en péril les progrès accomplis vers les cibles régionales de 2010 d'élimination de la rougeole et de la rubéole. À ce moment crucial, il importe de mettre à nouveau l'accent sur la résolution EUR/RC55/R7 du Comité régional de l'Europe, qui demande instamment aux États membres de donner un degré de priorité élevé à la réalisation de ces cibles (155).

### Encadré 2.3. Quatrième Semaine européenne de la vaccination 2009 : une stratégie en ligne

Les principaux problèmes auxquels se heurtent les programmes de vaccination de la Région européenne sont en train de changer. Les programmes nationaux sont encore aux prises avec des difficultés pour fournir des services à des populations marginalisées sur les plans géographique et social, et l'efficacité avec laquelle les vaccinations réduisent l'incidence de maladies autrefois courantes a engendré des idées erronées dans la population. Un certain relâchement des efforts et du scepticisme ont permis la propagation persistante de fausses informations. Il en est résulté une stagnation ou une baisse de la couverture vaccinale dans de nombreux pays, ce qui a contribué à de récentes flambées épidémiques qui ont menacé la santé dans la Région européenne et d'autres Régions de l'OMS.

Pour faire face à cette situation, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a lancé une initiative à l'échelle de l'ensemble de la Région, à savoir la Semaine européenne de la vaccination. Ses principaux objectifs sont de sensibiliser la population, de mettre en évidence les avantages de la vaccination, de soutenir les systèmes nationaux de vaccination et de faciliter l'obtention d'un soutien de la population et des personnalités politiques aux efforts accomplis pour protéger la population grâce à la vaccination universelle des enfants. Le 22 avril 2009, la quatrième Semaine européenne de la vaccination est devenue « virale » grâce à une campagne en ligne qui a ciblé des millions de personnes dans la Région européenne en leur diffusant des informations sur la vaccination dans leurs pays et sur les flambées épidémiques qui se sont produites en Europe, ainsi qu'une vidéo sur les dangers que certaines maladies transmissibles représentent pour les jeunes enfants.

**Figure 2.25. Couverture vaccinale contre la rougeole et nombre de cas de rougeole notifiés, Région européenne de l'OMS, dernière année pour laquelle des données sont disponibles**



Sources : d'après WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system – 2008 global summary (153) et le Système d'information sur les maladies infectieuses (CISID) [base de données en ligne] (154).

Depuis 2006, la Région n'a enregistré aucun cas humain de grippe aviaire H5N1. Cependant, des pays limitrophes de la Région ont observé des cas et le taux de létalité reste élevé (62 %). De plus en plus de pays de la Région ont mis en place des plans d'intervention concernant la grippe aviaire H5N1. Certains d'entre eux ont procédé à des exercices de simulation théorique et sur le terrain, et formé du personnel à la détection des flambées épidémiques et à la prise en charge des cas, avec le soutien de l'OMS.

La préparation à une pandémie continue de bénéficier d'une priorité élevée dans la Région, étant donné que certains pays ne sont pas encore prêts. Depuis le début 2008, le Bureau régional a organisé des ateliers interpays pour souligner l'existence d'un risque persistant de pandémie et donc la nécessité d'une préparation. Ses spécialistes ont réalisé des visites d'évaluation dans huit pays de l'Europe du Sud-Est en 2008, afin d'estimer le niveau actuel de préparation à une pandémie et de sensibiliser les responsables à la nécessité d'une préparation et à l'ampleur de l'activité que cela suppose.

Le 13 février 2009, le Bureau régional s'est associé au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) pour lancer le premier bulletin régional sur la grippe, qui utilise le Système européen de surveillance de la grippe (156). Cela marque une phase nouvelle de la surveillance de la grippe dans la Région, caractérisée par un élargissement important de sa couverture géographique et la fourniture à tous les pays européens d'un instrument perfectionné et facile à utiliser. Le nombre de cas notifiés de paludisme a fortement baissé, passant de 90 712 en 1995 à 593 en 2008, à la suite d'interventions antipaludiques intensives (157). En raison d'une transmission locale, le paludisme est encore signalé en Azerbaïdjan, en Fédération de Russie, en Géorgie, au Kirghizistan, en Ouzbékistan, au Tadjikistan et en Turquie. Le Bureau régional coopère étroitement avec ces pays en vue de pouvoir les certifier indemnes de paludisme.

En 2005, tous les pays de la Région touchés par le paludisme ont adopté la Déclaration de Tachkent : « De l'endiguement à l'élimination du paludisme » dans la Région européenne de l'OMS (158). Bien que le but final soit d'interrompre la transmission du paludisme d'ici à 2015 et d'éradiquer cette maladie de la Région, une élimination réussie du paludisme contribuera à renforcer les systèmes de santé nationaux grâce à l'intégration de programmes ciblés sur des maladies déterminées dans leurs structures et services déjà existants. Pour éliminer le paludisme, l'OMS met en particulier l'accent sur les situations dans lesquelles cette maladie pourrait se propager d'un pays ou d'une région à l'autre. Les pays des Régions européenne et de la Méditerranée orientale se caractérisent par des situations épidémiologiques similaires et des problèmes de paludisme analogues. C'est pourquoi l'OMS favorise une coopération transfrontalière plus étroite en organisant des réunions frontalières, en améliorant la notification du paludisme dans ces zones, en élaborant des projets communs et des cours de formation internationaux, et en mettant sur pied des visites d'homologues des programmes nationaux de lutte contre le paludisme et de personnel de l'OMS.

L'OMS coordonne l'action mondiale contre la grippe pandémique H1N1 2009 et suit la propagation et les résultats de cette maladie (159). Le 27 avril 2009, les points focaux nationaux pour le Règlement sanitaire international ont informé le Bureau régional de la détection de quatre cas confirmés en laboratoire d'infection par le virus de la grippe pandémique H1N1 2009 : deux en Espagne et deux au Royaume-Uni. Israël a signalé deux cas confirmés supplémentaires le lendemain. À la fin novembre 2009, les pays de la Région européenne ont signalé une intensité élevée ou très élevée de syndromes de type grippal et/ou d'infections respiratoires aiguës, et 17 pays ont commencé des campagnes de vaccination. On rapporte

moins d'effets secondaires que pour la vaccination contre la grippe saisonnière, et la plupart d'entre eux sont bénins. Huit pays de la Région peuvent prétendre à des dons de vaccins de l'OMS.

Le 25 avril 2009, le directeur général de l'OMS a établi que la grippe pandémique H1N1 2009 était une urgence de santé publique de portée internationale au sens du Règlement actuel, et a conseillé aux pays d'intensifier la surveillance en vue d'une détection précoce des cas. Les autorités nationales ont pris d'importantes mesures pour réagir de façon efficace. Le 27 avril 2009, le docteur Marc Danzon, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, a contacté les ministres de la Santé, les directeurs régionaux de la santé et les points focaux nationaux de la Région pour leur faire part des mesures initiales prises par le Bureau régional. Il a souligné que la coopération entre l'OMS et ses homologues nationaux et internationaux serait cruciale en vue d'une préparation à une propagation potentielle du virus dans la Région et de l'action à mener à cet égard.

Du 27 au 29 avril 2009, l'OMS a fait passer le niveau d'alerte pandémique de la phase 3, à la phase 4, puis à la phase 5, en raison d'une transmission interhumaine soutenue au sein de la population dans au moins deux pays d'une Région de l'OMS. Le 11 juin, l'OMS a déclaré une pandémie (phase 6), en raison d'une propagation géographique du virus à plus d'une Région de l'OMS, et non de la gravité de l'infection. Ce faisant, elle demandait clairement aux pays de revoir leur stratégie contre la pandémie, en passant de l'endiguement à l'atténuation.

Le 7 juillet, l'OMS a annoncé la révision des obligations de notification à l'OMS dans le cadre de la surveillance de la pandémie. Il s'agissait de cesser de notifier des cas confirmés et d'utiliser des indicateurs de qualité relatifs aux activités concernant la grippe : extension géographique, tendance, intensité et effets sur les systèmes de soins de santé. Dans la Région européenne de l'OMS, les pays échangent des données et des informations avec l'OMS en recourant au site Web de surveillance de la grippe du Bureau régional (160). Les informations ainsi recueillies permettent de diffuser un bulletin hebdomadaire européen relatif à la grippe sur ce site, en anglais et en russe.

Cette pandémie se caractérise par une gravité « modérée », mais elle s'est propagée sur le plan international à une vitesse sans précédent. Si la plupart des cas sont bénins et ont pu se résoudre sans complications, certains groupes semblent courir plus de risques de développer une maladie grave et de succomber à l'infection. À la date du 20 novembre 2009, la Région européenne comptaient 652 décès. Dans la mesure du possible, les pays devraient suivre les caractéristiques virologiques du virus et, lorsque cela se justifie, tous les événements inhabituels, tels que des cas groupés de maladie sévère. En outre, l'OMS a recommandé trois objectifs que les pays pourraient adopter dans le cadre de leur stratégie de vaccination contre la grippe pandémique :

- protéger l'intégrité du système de soins de santé et l'infrastructure essentielle du pays ;
- réduire la morbidité et la mortalité ;
- réduire la transmission du virus pandémique au sein des populations.

En ce qui concerne les pays de la Région qui ne peuvent prétendre à des dons de vaccins, ne fabriquent pas de vaccins ou n'ont pas conclu d'accords d'achat préalables, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) s'activent à procurer des vaccins par le biais du service d'approvisionnement de l'UNICEF. En outre, le Bureau régional de l'OMS

pour l'Europe a organisé une série d'ateliers sous-régionaux, dont deux sur le déploiement du vaccin contre la grippe pandémique (août et octobre 2009), un sur l'action de santé publique face à la pandémie (août 2009) et trois sur la préparation des hôpitaux (septembre et octobre 2009).

Le Bureau régional coopère directement avec ses États membres, par l'intermédiaire des points focaux nationaux pour le Règlement sanitaire international et du réseau qui contribue au site Web sur la surveillance de la grippe, en assurant l'envoi de fournitures et l'apport d'outils, une formation ainsi qu'une assistance techniques en matière de plan de préparation. Le Bureau régional coopère étroitement avec la Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne et l'ECDC. De même, l'OMS consulte régulièrement les agences des Nations Unies et d'autres organisations internationales (y compris celles qui mènent des activités dans les domaines du commerce et des voyages) et des fabricants de vaccins, de médicaments, de matériel diagnostique et de fournitures de protection personnelle. Le site Web du Bureau régional présente des avis régulièrement mis à jour et d'autres informations (159).

Le Règlement sanitaire international révisé et adopté en 2005, est entré en vigueur en juin 2007, et constitue le cadre mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie au niveau international. Il traduit l'engagement de l'OMS et des 194 États parties à mettre en place, aux niveaux national et sous-national, les principales capacités de surveillance et d'action, et à détecter, évaluer, notifier, vérifier et combattre des événements qui peuvent constituer un problème de santé publique de portée internationale. De même, chaque État partie est tenu de désigner un point focal national fonctionnel ainsi que les autorités responsables, dans sa propre juridiction, de l'application du Règlement. La mission de l'OMS consiste notamment à vérifier des informations officielles sur des événements qui ont potentiellement des incidences internationales.

Depuis l'entrée en vigueur du Règlement en juin 2007 jusqu'en décembre 2008, les points focaux nationaux ont signalé 46 des 161 événements évalués qui peuvent constituer un problème de santé publique de portée internationale dans la Région européenne. Dans le cas de près de la moitié des événements évalués, il a initialement été déterminé qu'ils étaient potentiellement infectieux.

Le 14 juin 2009 au plus tard, chaque État partie devait évaluer les structures et ressources nationales lui permettant de disposer des principales capacités minimales requises pour la surveillance et l'intervention, et d'élaborer un plan d'action national. Ce dernier doit être mis en œuvre afin de faire en sorte que les principales capacités soient présentes et fonctionnent sur l'ensemble du territoire de l'État partie d'ici au 14 juin 2012. Le plan national doit reposer sur des structures, des capacités et des ressources existantes, et réduire autant que possible les doubles emplois et dépenses inutiles.

## **Progression constante des maladies chroniques**

La progression des maladies chroniques pose un problème de grande ampleur sur les plans de la santé et des systèmes de santé dans l'ensemble de la Région européenne. Comme ces maladies constituent une cause importante de mortalité prématurée, ainsi que d'incapacités, elles influent considérablement sur le nombre d'années vécues en bonne santé. Les modes de vie et les comportements modernes (voir section précédente) engendrent des augmentations

de la prévalence d'affections telles que l'obésité, l'hypertension et le diabète. Ce phénomène, combiné avec le vieillissement de la population et des traitements qui permettent aux patients de survivre à des événements aigus, entraîne des augmentations de la proportion de la population qui est atteinte d'une maladie chronique.

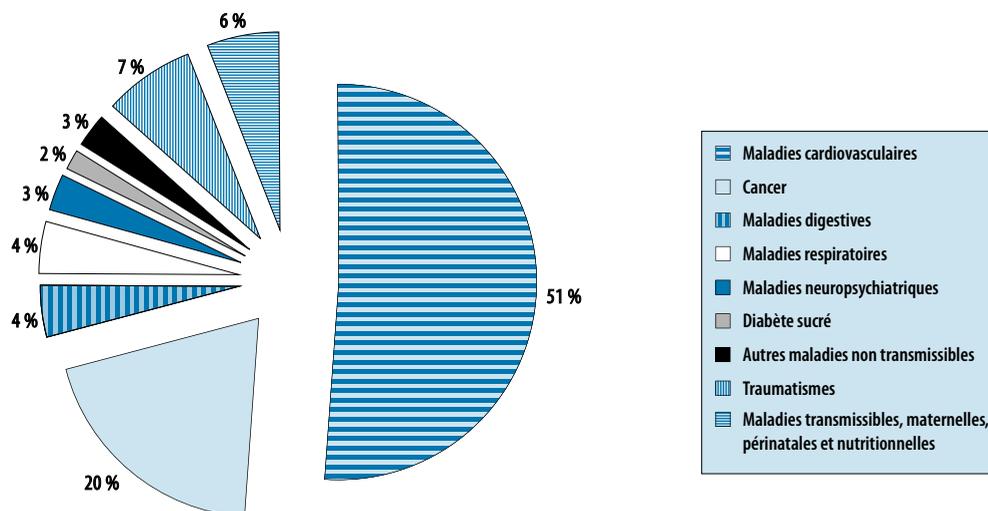
Bien que l'expression « maladies chroniques » soit souvent considérée comme synonyme de « maladies non transmissibles », ces deux notions sont distinguées dans la présente section. À des fins épidémiologiques, celle-ci utilise en grande partie les données relatives aux maladies non transmissibles, mais porte ensuite sur certaines affections qui ont un caractère principalement chronique.

### Évaluation de la situation

Selon des estimations mondiales concernant la charge de morbidité relative à 2004 (19), les maladies non transmissibles ont causé 8,45 millions de décès (87 % du nombre total de décès) dans la Région européenne, dont 52 % concernaient des personnes de sexe féminin. Les principales causes de décès, maladies cardiovasculaires et cancers, ont causé ensemble 71 % du total des décès, et sont suivies par les maladies digestives et les maladies respiratoires (figure 2.26). Selon les projections établies pour 2030 (année de référence 2004), le vieillissement des populations dans les pays à revenus faible et intermédiaire augmentera fortement le nombre total de décès causés par la plupart des maladies non transmissibles, de sorte que celles-ci représenteront 90 % du total des décès dans la Région (19).

Avec les traumatismes, les maladies cardiovasculaires contribuent dans une large mesure à l'importante différence (dans un rapport qui atteint presque 1 à 3) de mortalité entre les hommes et les femmes de la Région (1) et à l'écart d'espérance de vie d'environ 15 ans entre les parties occidentale et orientale de la Région. Les cardiopathies ischémiques constituent les principales maladies cardiovasculaires qui causent les décès, suivies par les maladies cérébrovasculaires. Les tendances moyennes de la mortalité par cardiopathie ischémique pour les pays de l'Eur-A sont en baisse, mais la situation est plus mitigée pour les pays de

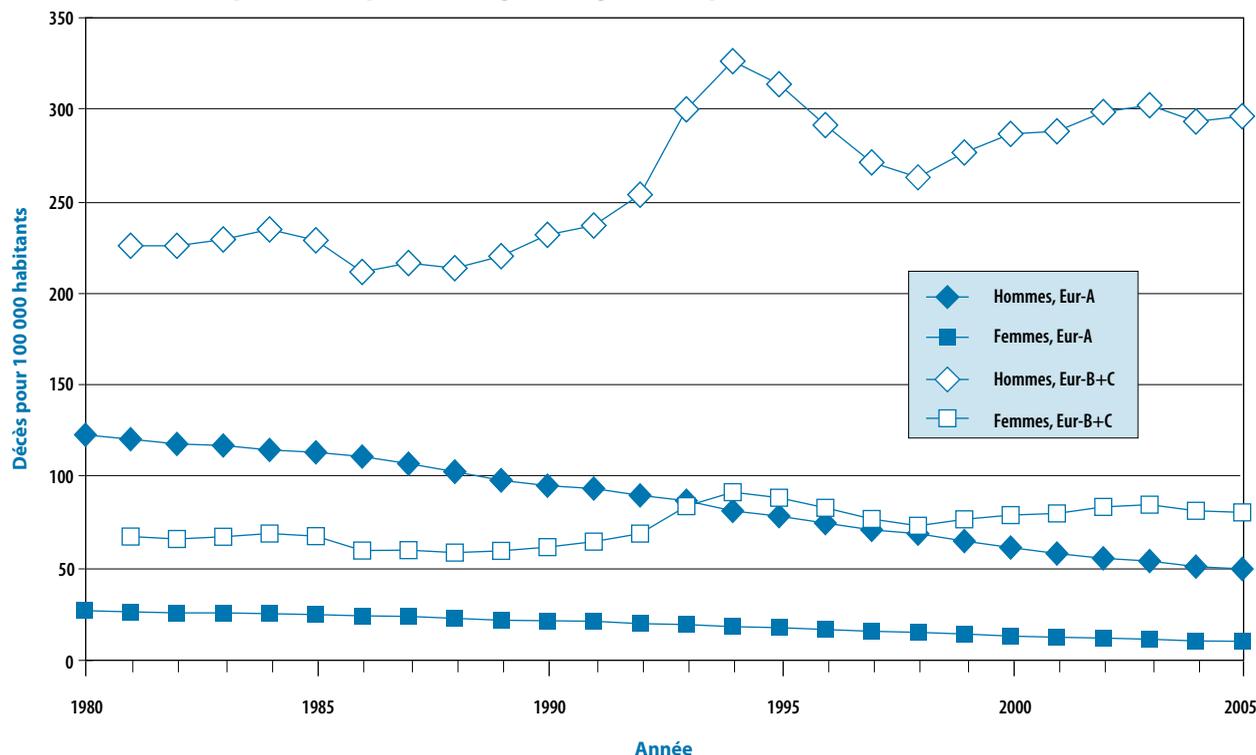
Figure 2.26. Projections des décès par cause, Région européenne de l'OMS, 2008



Source : The global burden of disease: 2004 update (19).

l'Eur-B et de l'Eur-C (figure 2.27). Les tendances moyennes ne mettent pas en évidence une amélioration (stabilité parmi les femmes et augmentation parmi les hommes), bien que les taux de mortalité aient baissé dans certains pays et augmenté dans d'autres depuis plusieurs années (20).

**Figure 2.27. Cardiopathies ischémiques chez les personnes âgées de 25 à 64 ans : TMS pour 100 000 habitants par sexe et par sous-région, Région européenne de l'OMS, 1980-2005**



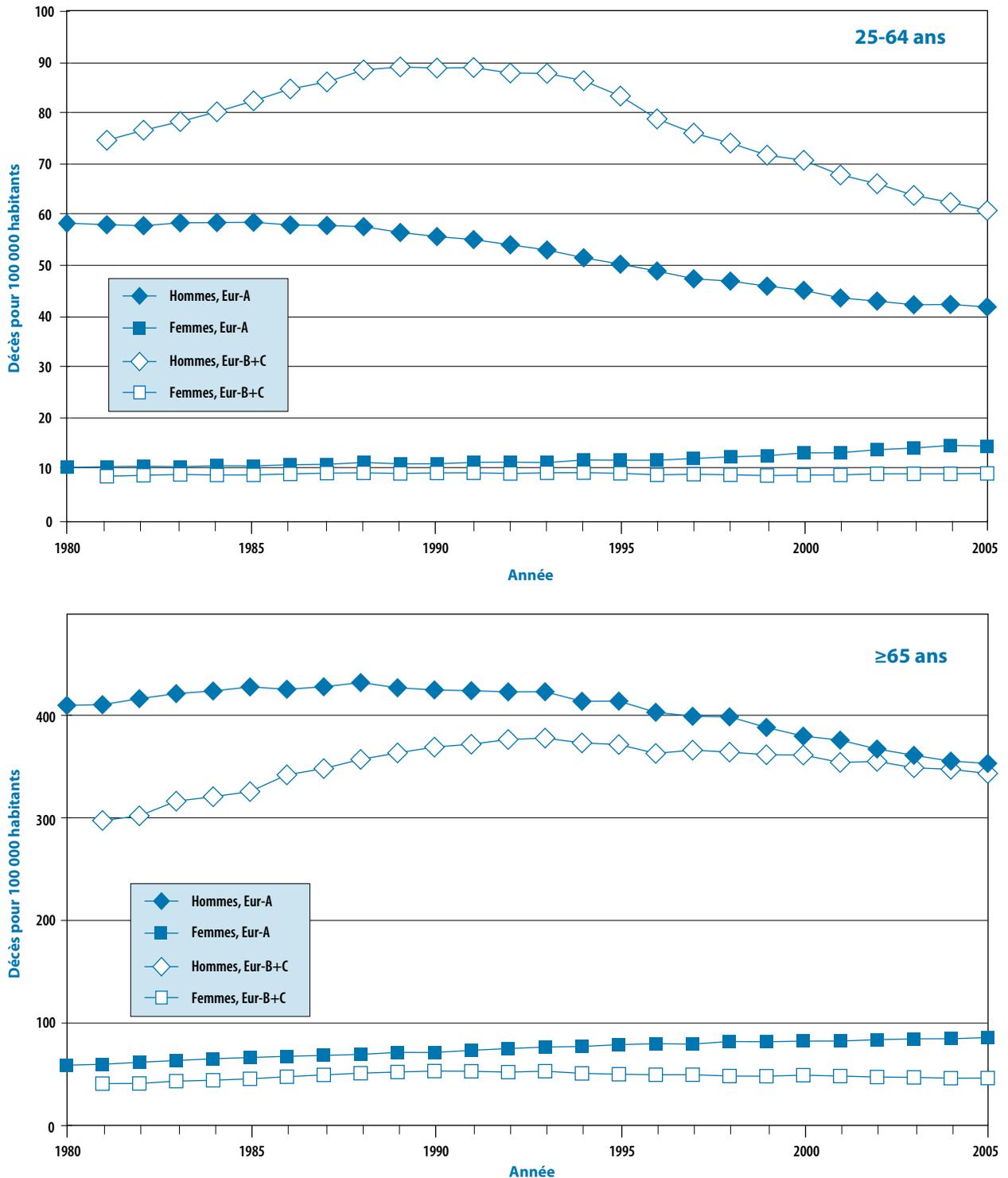
Source : Atlas of health in Europe (20).

Les taux de mortalité par cancer se sont quelque peu améliorés dans la Région (figure 2.28). Par exemple, dans les pays de l'Eur-A, la mortalité moyenne par cancer du poumon est relativement faible dans les groupes d'âge jeunes et relativement élevée dans la population plus âgée. Dans la partie orientale de la Région, la situation tend à être inversée, tandis que la mortalité par cancer est élevée dans les groupes d'âge jeunes et plus âgés dans la partie centrale de la Région. La mortalité par cancer du poumon augmente régulièrement chez les femmes des pays de l'Eur-A (20).

Le nombre de décès par maladies respiratoires baisse dans l'ensemble. Les maladies du foie chroniques et la cirrhose causent environ la moitié des décès dus à une affection du système digestif : la mortalité baisse constamment dans les pays de l'Eur-A, mais augmente dans les pays de l'Eur-B et de l'Eur-C (20).

En 2004, les maladies non transmissibles ont causé la perte de 112,4 millions d'AVCI (77,8 % de la charge de morbidité totale). Les affections qui y ont contribué principalement ont été les maladies cardiovasculaires (23,0 %) et les troubles neuropsychiatriques (19,6 %), suivis

**Figure 2.28. Cancers du poumon chez les personnes âgées de 25 à 64 ans et de 65 ans et plus : TMS pour 100 000 habitants par sexe et par sous-région, Région européenne de l'OMS, 1980-2005**



Source : Atlas of health in Europe (20).

du cancer (11,9 %) et des troubles des organes sensoriels (5,8 %) (19). Selon les projections relatives à la charge de morbidité en 2030, en raison du vieillissement de la population, il se produira une augmentation relative des affections neuropsychiatriques (22,1 %), du cancer (13,7 %) et des troubles des organes sensoriels (7,3 %), la part des maladies cardiovasculaires se situant à 22,3 % (1).

Les troubles mentaux constituent une cause importante de perte d'années de vie en bonne santé et touchent au moins une personne sur quatre à un moment ou l'autre de sa vie (161). Les troubles dépressifs unipolaires contribuent le plus à la charge de morbidité chez les femmes âgées de 15 à 44 ans dans les pays à tous les niveaux de revenu de la Région européenne, et concourent à raison de 5,8 % à la charge de morbidité totale (troisième cause) dans la Région (18). La dépression est souvent sous-diagnostiquée et représente une cause importante de suicide. Les troubles mentaux touchent de plus en plus les enfants et les adolescents en Europe (environ 2 millions d'entre eux) : le risque de suicide parmi les adolescents semble augmenter en Europe occidentale (figure 2.29) (161).

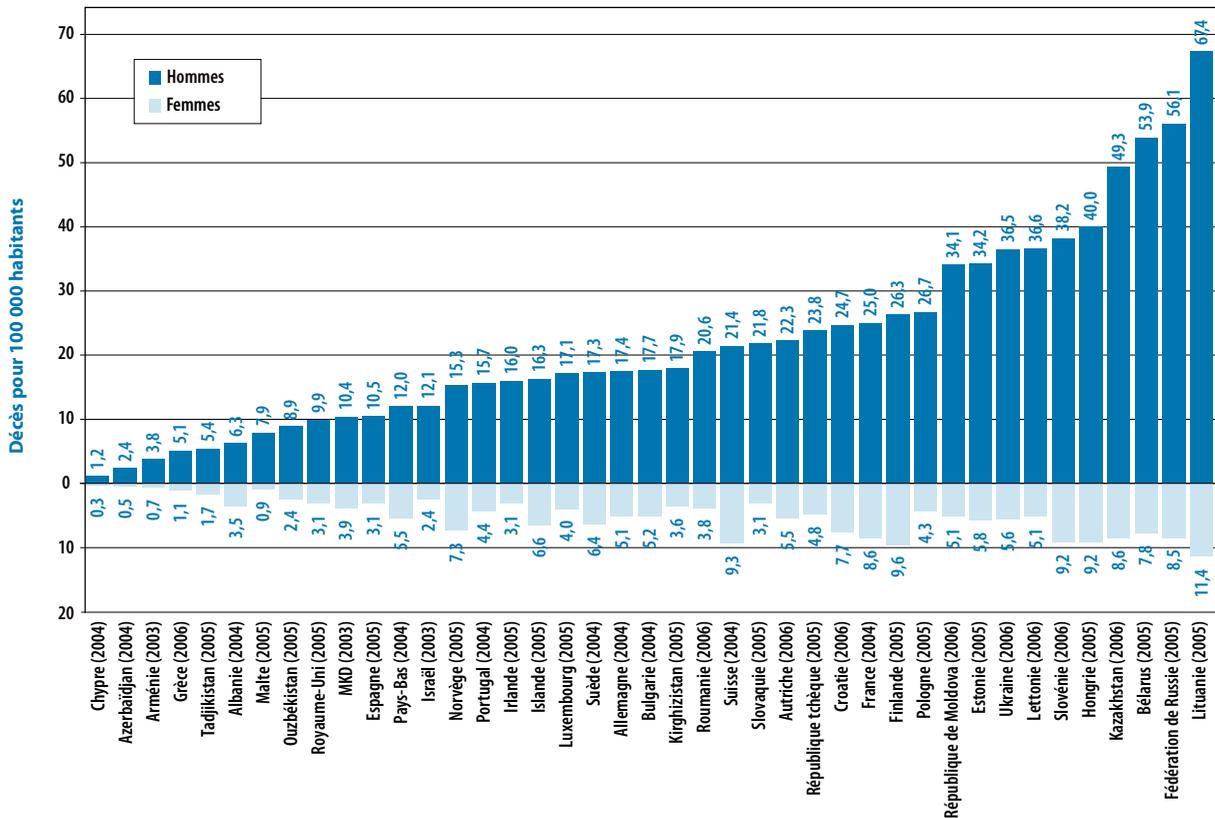
Il a été difficile de déterminer l'incidence des maladies non transmissibles en raison de leur longue période de latence et des déficiences de la surveillance systématique menée dans les pays. Cependant, les calculs relatifs à la charge de morbidité mondiale pour 2004 (19) ont permis d'établir certaines estimations. Par exemple, les affections dont l'incidence est la plus élevée en Europe ont été les néoplasmes malins (3,1 millions de cas ; 353 pour 100 000 habitants), les accidents vasculaires cérébraux (2,0 millions de cas ; 228 pour 100 000 habitants) et l'insuffisance cardiaque congestive (rhumatisme articulaire aigu, cardiopathie, cardiopathie hypertensive, cardiopathie ischémique ou cardiopathie inflammatoire : 1,3 million de cas ; 148 pour 100 000 habitants). L'incidence du cancer par site était la plus élevée pour le côlon et le rectum, les poumons, le sein, l'estomac et la prostate ; ils ont représenté près de la moitié des nouveaux cas de cancer. Des soins de santé appropriés et prodigués en temps voulu peuvent réduire la mortalité et les incapacités résultant de la plupart de ces types de cancer.

La prévalence d'une maladie indique le nombre de personnes atteintes d'une affection à un moment donné, mais non sa gravité et les incapacités qui en résultent, lesquelles peuvent varier considérablement selon l'affection. La prévalence des affections les plus fréquentes par grand groupe dans la Région européenne se présente comme suit :

- 71,6 millions de personnes pour les affections neuropsychiatriques (troubles dépressifs unipolaires, troubles affectifs bipolaires, schizophrénie, épilepsie, troubles de la consommation de l'alcool, maladie d'Alzheimer et autres types de démence, et maladie de Parkinson) ;
- 26,8 millions pour les maladies cardiovasculaires (y compris l'angine de poitrine et l'accident vasculaire cérébral) ;
- 40,1 millions pour les maladies respiratoires (bronchopneumopathie chronique obstructive et asthme) ;
- 44,5 millions pour le déficit auditif (modéré et sévère) ;
- 46,4 millions pour les troubles inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde et arthrose) ;
- 45,4 millions pour le diabète (modéré à sévère), qui constitue la maladie la plus fréquente.

La prévalence du diabète dans la Région varie de 0,1 (Turkménistan) à 7,6 (Malte) pour 100 habitants (20). La Fédération internationale du diabète soutient que la prévalence régionale peut être plus élevée et prévoit qu'elle s'élèvera pour atteindre 9,8 % d'ici à 2025,

**Figure 2.29. Suicide : TMS pour 100 000 personnes par sexe, Région européenne de l'OMS, 2006 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**



Note : MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine.  
Source : *Atlas of health in Europe* (20).

en partie en raison de la hausse du nombre de cas d'obésité, des augmentations relativement fortes étant attendues dans des pays en transition économique et nutritionnelle tels que le Bélarus, la Pologne, la Slovaquie et la Turquie (162). Le diabète porte atteinte au système circulatoire, aux yeux, aux reins et aux nerfs, et un accroissement de sa prévalence augmentera probablement les décès et les incapacités dues à d'autres affections.

La coexistence de problèmes de santé doit être reconnue, en particulier lorsque le centre de l'attention se déplace des soins axés sur les maladies aux soins axés sur la personne. La dépression, par exemple, est plus courante parmi les personnes atteintes de maladies physiques que les autres. La prévalence de la dépression grave dans la Région comprend 33 % des personnes atteintes d'un cancer, 29 % des personnes souffrant d'hypertension et 27 % des diabétiques. À mesure que les individus vieillissent, le nombre de problèmes de santé qui coexistent augmente, en particulier chez les femmes (67).

Enfin, bien que des estimations des incapacités par groupe d'âge et par sexe ne soient pas disponibles pour la Région, les chiffres mondiaux suggèrent que l'incapacité résultant de plusieurs affections neuropsychiatriques, telles que la dépendance à l'alcool et la consommation d'alcool à problème, la dépression, la schizophrénie, les troubles bipolaires et la toxicomanie, est 20 à 80 fois plus fréquente avant qu'après l'âge de 60 ans dans les pays de tous les niveaux de

revenu, mais est plus élevée dans les pays à revenus faible et intermédiaire (19). La prévalence des affections neuropsychiatriques est généralement plus élevée chez les hommes ; celles qui sont dues à l'alcoolisme et à la toxicomanie constituent jusqu'à un tiers de la charge totale représentée par les affections neuropsychiatriques chez les hommes. En revanche, les autres affections inflammatoires et les maladies dégénératives (cataracte, arthrose, dégénérescence maculaire, glaucome, maladie d'Alzheimer et autres types de démence) ont une prévalence plus élevée chez les personnes de plus de 60 ans dans les pays de tous les niveaux de revenus, et chez les femmes.

## Problèmes et actions

### Charge pesant sur les individus, les familles et la société

Si l'on porte exclusivement son attention sur les chiffres et les faits épidémiologiques, on risque de ne pas appréhender les effets sociaux et économiques plus larges des maladies chroniques. Un grand nombre d'informations factuelles suggèrent que ces maladies représentent des coûts importants pour la société (163). Par exemple, des études sur le coût de la maladie ont permis d'estimer que le coût des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque oscille de 0,02 % à 6,77 % du PIB dans divers pays (164) ; au Royaume-Uni, les maladies cardiovasculaires représentent à elles seules, selon les estimations, 18 % du total des dépenses de santé (142). Les coûts directs, indirects et intangibles de la maladie représentent une charge pour les individus et leur famille, et comprennent des coûts de traitement, une baisse du revenu, un départ prématuré à la retraite et une dépendance accrue à l'égard de la protection sociale pour les malades et les aidants. Les employeurs et, plus largement, la société supportent une charge d'absentéisme, de productivité réduite et de rotation du personnel. Certaines maladies chroniques prédominent. Les troubles musculosquelettiques sont, après les troubles respiratoires, la deuxième cause d'absences de courte durée pour maladie et sont la cause la plus fréquente des absences de longue durée pour maladie (165). En Suède, 35 % des personnes en congé de maladie le sont en raison de troubles mentaux ; par ailleurs, la proportion de personnes qui perçoivent des prestations ou des pensions de protection sociale en raison d'une incapacité due à des problèmes de santé mentale varie de 44 % au Danemark à 8 % en Fédération de Russie (166).

L'exclusion sociale peut exacerber les problèmes dus à une mauvaise santé mentale et à certaines maladies chroniques. Trop souvent, la stigmatisation et la discrimination qui vont de pair avec ces affections peuvent limiter l'aptitude du malade à obtenir du travail et un logement, ou à reprendre le travail. Le Plan d'action pour la santé mentale en Europe (161,167) définit des mesures qui visent à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, notamment la promotion des droits de l'Homme, la mise en place de politiques et de programmes d'intégration sociale, la protection juridique contre la discrimination et des moyens de soutenir l'emploi, tels que la formation professionnelle, l'adaptation des postes de travail et des politiques de reprise du travail.

De nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques doivent prendre des médicaments pendant toute leur vie et, comme les dépenses qu'elles doivent supporter elles-mêmes représentent une proportion importante de leurs revenus, cela peut engendrer des difficultés énormes pour les familles et compromettre l'observance. Par exemple, les familles à revenus faible et intermédiaire qui sont obligées de faire un choix peuvent acheter les soins de santé nécessaires pour faire face à des complications du diabète qui mettent la vie en danger, mais renoncer à la prévention des maladies cardiovasculaires, qui constituent la principale

cause de décès parmi les diabétiques. Pour prévenir une telle situation, il serait possible de recourir à un financement des soins de santé qui réduise les obstacles financiers aux soins et d'assurer un accès universel à un ensemble de base de mesures efficaces de prévention et de traitement (67).

### **Prévention des maladies d'un bout à l'autre de la vie**

La Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte (67) préconise une démarche globale à trois niveaux, à savoir : la promotion de la santé et la prévention des maladies au niveau de la population, l'identification et le ciblage des personnes à risque et des soins efficaces pour les personnes atteintes de maladies non transmissibles.

Il faut prévenir l'apparition de maladies non transmissibles en modifiant les modes de vie, en mettant en place des environnements favorables à la santé et en agissant sur les déterminants socioéconomiques de la santé. Une fois qu'une personne est atteinte d'une telle maladie, ces interventions, accompagnées d'un traitement et d'une rééducation efficaces et assurés en temps voulu, revêtent également une grande importance pour éviter que des affections ne deviennent chroniques et que des incapacités n'apparaissent. Par exemple, l'activité physique peut avoir des effets positifs sur des affections chroniques multiples. Elle peut en effet réduire les risques de maladies cardiovasculaires, améliorer la santé musculosquelettique et atténuer les symptômes de la dépression (73). L'arrêt du tabac peut avoir des effets importants : l'abstinence tabagique avant l'âge mûr permet d'éviter plus de 90 % du risque de cancer du poumon attribuable au tabac (78).

La combinaison de plusieurs interventions portant sur le comportement, dont le sevrage tabagique, l'augmentation de l'activité physique et l'adoption d'un régime alimentaire qui favorise la perte de poids, peut réduire le risque de maladies cardiovasculaires de plus de 60 % chez les personnes atteintes d'une cardiopathie et contribuer à une bonne maîtrise de la glycémie chez les diabétiques (168). En ce qui concerne les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, un traitement médicamenteux peut encore réduire de façon importante le risque d'infarctus du myocarde récurrent (169).

Il est de plus en plus reconnu que le bien-être mental est un élément fondamental de la qualité de la vie (161). L'exposition à un stress néfaste peut engendrer une augmentation de l'anxiété et de la dépression, de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, des actes de violence et du comportement suicidaire. La promotion de la santé mentale peut être avantageuse non seulement parce qu'elle améliore le bien-être et prévient les problèmes de santé mentale, mais également du fait qu'elle permet d'améliorer la santé physique et la convalescence après une maladie. La santé mentale est un élément fondamental de la résilience et permet de faire face à l'adversité. Au Royaume-Uni, les 20 à 25 % des personnes qui souffrent d'obésité ou s'adonnent au tabagisme font partie des 26 % de la population qui vivent dans la pauvreté et connaissent également la prévalence la plus élevée d'anxiété et de dépression (39).

### **Réorientation des systèmes de soins**

Les services de santé sont souvent axés sur les soins et non la prévention, et sur des modèles de soins aigus et non chroniques (tableau 2.17). Les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de maladies chroniques peuvent avoir besoin d'un soutien pendant toute leur existence, et d'une prise en charge à long terme, qui peuvent être assurés dans une large mesure par des soins auto-administrés et des soins de proximité, alors que de nombreux services sont encore centrés sur les soins spécialisés prodigués par les hôpitaux (170).

**Tableau 2.17. Besoins en matière de traitement à domicile des maladies mentales et d'accès à ce dernier par groupe de pays, Région européenne de l'OMS**

Traitement à domicile	UE		UE-15		UE-12		Israël, Norvège et Suisse		Europe du Sud-Est		CEI		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
<b>Rendu obligatoire par les politiques, les plans ou la législation</b>														
Oui	21	78	14	93	7	58	3	100	6	86	3	60	33	79
Non	6	22	1	7	5	42	0	0	0	0	2	40	8	19
Informations non disponibles	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	0	0	1	2
<b>Personnes atteintes de troubles mentaux qui bénéficient d'un accès</b>														
Toutes ou presque toutes (81 à 100 %)	3	11	3	20	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7
Majorité (51 à 80 %)	1	4	1	7	0	0	1	33	0	0	1	20	3	7
Une certaine proportion (21 à 50 %)	5	19	4	27	1	8	2	67	3	43	1	20	11	26
Un petit nombre (1 à 20 %)	6	22	3	20	3	25	0	0	2	29	1	20	9	21
Aucune	5	19	0	0	5	42	0	0	1	14	2	40	8	19
Informations non disponibles	7	26	4	27	3	25	0	0	1	14	0	0	8	19

Source : *Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges* (166).

Même dans les cas où l'efficacité des soins primaires a été démontrée, il se peut que le traitement offert dans le cadre de ceux-ci soit limité. Il résulte ainsi d'une enquête de l'OMS que 31 pays de la Région limitaient les soins prodigués par des généralistes à des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, par exemple en restreignant le droit de prescrire certains médicaments ou d'accomplir certaines tâches (166).

La participation active des patients à leur traitement peut réduire les effets des maladies chroniques sur l'état de santé et le fonctionnement physiques et mentaux (171). Pour assurer l'éducation thérapeutique des patients, accroître leurs compétences et assurer une prise de décision partagée, il faut que le rôle des professionnels de santé ne repose pas sur l'autorité, mais privilégie l'autonomisation et des changements des systèmes de santé qui facilitent leur fonctionnement (172). On a proposé des modèles de soins dispensés aux malades chroniques pour rendre plus aisée la prise en charge des maladies d'une façon qui transcende les cloisonnements existant dans l'univers des soins de santé ; l'un d'entre eux est ce qu'il est convenu d'appeler le « modèle de soins aux malades chroniques » (173-175).

En outre, il peut être utile d'associer les patients et leur famille à la conception des soins. De nombreux pays de la Région autorisent des associations d'utilisateurs de services et d'aidants à faire partie de comités qui planifient les services de santé mentale (166). Dans certains pays, les utilisateurs et les aidants participent également à la formation des professionnels de santé et soutiennent les patients dans leur propre prise en charge de leur maladie chronique (176).

## Augmentation des dépenses de santé

Les responsables politiques craignent que les dépenses de santé n'aient augmenté plus rapidement que le revenu national. Les dépenses de santé moyennes dans la Région européenne sont passées de 7,3 % du PIB en 1998 à 7,7 % en 2005 (tableau 2.18). Le secteur public a supporté la plus grande partie de cette augmentation récente. La proportion des dépenses totales qui résultent du financement public (impôts et assurance sociale, notamment) a

augmenté au cours de la décennie écoulée, et les soins de santé ont représenté une part accrue du total des dépenses publiques. Il existe des exceptions à ces tendances générales, telles que la baisse des dépenses de santé dans les pays de la CEI et en Albanie, en Croatie, en Estonie, en Finlande et en Lituanie, et la baisse de l'importance relative du financement public dans certains pays, tels que la Bulgarie, l'Estonie, la Lituanie, la République tchèque et la Slovénie. Globalement, cependant, on observe une poursuite de la croissance des dépenses de santé dans la Région européenne.

Bien que les estimations relatives aux dépenses futures dépendent d'hypothèses sous-jacentes concernant l'importance relative des principaux facteurs de coût, les dépenses de santé devraient augmenter encore davantage dans l'avenir. Si le niveau futur des dépenses publiques affectées aux soins de santé est très incertain, il est estimé qu'il augmentera de 1-2 à 2-4 points de pourcentage du PIB d'ici à 2050 (177,178). Lorsque les dépenses relatives aux soins de longue durée sont incluses, l'augmentation estimée va de 1-4 à 3-6 points de pourcentage du PIB (178). Des facteurs non démographiques, tels que les effets des nouvelles technologies, l'augmentation des coûts unitaires et les évolutions en matière de santé et d'incapacité et les changements connexes en matière d'utilisation, constituent, selon les hypothèses retenues, les principaux déterminants de la croissance future. Le fait que l'action des pouvoirs publics influe sur la plupart de ces facteurs devrait réassurer les responsables politiques.

### Facteurs qui influent sur les dépenses

On peut considérer que les dépenses de santé sont simplement fonction des prix et des quantités utilisées : les dépenses augmentent si l'un de ces paramètres ou les deux paramètres augmentent. De nombreuses études empiriques réalisées en Europe et ailleurs ont porté sur les facteurs de hausse des prix et du volume, et leur influence relative sur la croissance passée et future des dépenses de santé. Les facteurs de dépenses qui bénéficient de la plus grande attention sont liés à l'augmentation du volume des services utilisés. Il s'agit notamment du vieillissement de la population et des changements démographiques plus larges (voir plus haut la section consacrée à l'évolution de la situation démographique dans la Région), de

**Tableau 2.18. Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB et dépenses du secteur public en pourcentage du total des dépenses de santé par groupe de pays, Région européenne de l'OMS, 1998-2005 (estimations)**

Groupe de pays et dépenses	1998	2000	2002	2004	2005	Indice, 2005 (en %) (1998 = 100 %)	Évolution en points de pourcentage, 1998-2005
<b>Région européenne</b>							
Total des dépenses de santé (en %)	7,43	7,15	7,56	7,61	7,74	104,2	0,31
Dépenses de santé du secteur public (en %)	68,07	66,86	67,36	67,89	68,48	100,6	0,41
<b>UE</b>							
Total des dépenses de santé (en %)	7,87	8,07	8,42	8,78	8,92	113,3	1,05
Dépenses de santé du secteur public (en %)	74,45	74,91	75,47	75,25	75,54	101,5	1,09
<b>UE-15</b>							
Total des dépenses de santé (en %)	8,47	8,66	9,00	9,42	9,57	113,0	1,10
Dépenses de santé du secteur public (en %)	75,66	75,53	76,20	76,43	76,78	101,5	1,12
<b>UE-12</b>							
Total des dépenses de santé (en %)	5,75	5,70	6,33	6,40	6,49	112,9	0,74
Dépenses de santé du secteur public (en %)	70,15	72,68	72,81	70,88	70,92	101,1	0,77
<b>CEI</b>							
Total des dépenses de santé (en %)	6,55	5,51	5,88	5,38	5,51	84,1	-1,04
Dépenses de santé du secteur public (en %)	57,47	53,13	53,31	55,04	56,18	97,8	-1,29

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (4).

l'accroissement des revenus et des attentes, des progrès des technologies et des modifications de l'utilisation des services qui en résultent. En outre, la hausse des prix relatifs des soins de santé, eu égard en particulier à des marchés du travail manquant de flexibilité, augmente également les dépenses.

### **Viellissement et changements démographiques**

En raison des tendances démographiques observées en Europe, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté. En particulier, les taux de fécondité sont inférieurs aux taux de remplacement naturel (voir plus haut la section consacrée à l'évolution de la démographie dans la Région), l'espérance de vie s'accroît (avec des exceptions, comme dans certains pays de la CEI) et les migrations internes s'intensifient dans des entités telles que l'UE.

Ces tendances suscitent des craintes concernant la santé future et l'évolution à long terme des dépenses de santé nécessaires pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. Cependant, la santé des personnes âgées continue de s'améliorer : on assiste à un recul de la plupart des mesures de la morbidité pour ces personnes depuis les années 1990, ce qui indique soit une compression de la morbidité (179), soit un équilibre dynamique entre une longévité croissante et des améliorations constantes de la santé (180).

Par ailleurs, même si les dépenses par personne sont à un moment donné beaucoup plus élevées chez les personnes âgées, le vieillissement de la population ne semble constituer qu'un déterminant relativement mineur de la croissance annuelle des dépenses de santé. Celles-ci sont concentrées dans la période qui précède immédiatement le décès, de sorte que les dépenses relatives aux soins des personnes âgées sont plus élevées que celles qui se rapportent aux jeunes, principalement parce que les maladies chroniques représentent alors une charge plus importante. Il faut tenir compte de cet aspect lorsqu'on mesure le lien qui existe entre l'âge et les dépenses.

Les dépenses de santé effectives semblent baisser avec l'âge et, progressivement, ces dépenses augmentent plus lentement chez les personnes en fin de vie que chez les autres. Eu égard à la tendance à l'augmentation de l'espérance de vie, à la baisse de la mortalité (qui implique une réduction des dépenses puisque moins de personnes décèdent) et à une réduction de la morbidité parmi les personnes âgées (qui peuvent ou non réduire le recours aux services de santé), le vieillissement de la population aura une influence relativement limitée sur les futures dépenses de santé (181). Des analyses des caractéristiques des dépenses de santé au cours des décennies écoulées montrent que le vieillissement de la population explique moins d'un dixième de la croissance des dépenses de santé (178).

Les projections concernant les dépenses de santé futures font donc apparaître que, si le vieillissement de la population est un facteur de coût d'importance secondaire, il constitue cependant un facteur beaucoup plus important pour les dépenses en matière de soins de longue durée. Cependant, les responsables politiques doivent examiner la façon dont la nature des soins de santé évoluera et, en particulier, les moyens de favoriser un vieillissement en bonne santé et d'assurer l'adoption appropriée de technologies caractérisées par un bon rapport coût/efficacité.

### **Changements technologiques et utilisation des soins de santé**

Les changements technologiques jouent un rôle complexe dans l'augmentation des dépenses de santé. Les nouvelles technologies peuvent réduire les dépenses en améliorant l'efficacité ou la santé, ce qui permet de réduire la nécessité d'autres soins susceptibles d'être plus

coûteux. En revanche, les nouvelles technologies peuvent également engendrer un recours accru aux soins de santé et, par conséquent, une augmentation des dépenses. Elles élargissent en effet l'ampleur et la gamme des traitements disponibles et peuvent ainsi étendre un traitement donné à un plus large ensemble d'indications, qui peuvent ou non contribuer à une amélioration de la santé au niveau de la société.

L'utilisation des nouvelles technologies et, par conséquent, l'augmentation des dépenses qui peut en résulter dépendent des incitations données aux prestataires au sein du système (182). Les estimations concernant les effets des changements technologiques sur les dépenses en Europe donnent à penser que l'adoption de progrès techniques et médicaux augmente le recours aux soins et les dépenses (177). En se fondant sur les données relatives aux dépenses concernant la Suisse de 1970 à 1995, une étude a estimé qu'une hausse des dépenses annuelles de 1 % résultait des changements technologiques (183).

Si l'on applique cette estimation aux projections relatives aux dépenses de santé, il apparaît que ces changements technologiques et l'utilisation des technologies représenteront 77 % de la croissance des dépenses de santé d'ici à 2050. Eu égard à l'augmentation des dépenses de santé, garantir le recours aux évaluations des technologies de santé pour justifier l'adoption de nouvelles technologies offrant de véritables avantages, et pour décourager le recours à celles qui sont moins efficaces par rapport à leur coût (184), constitue un important défi pour les responsables politiques.

#### **Augmentation des revenus, des attentes et des prix unitaires**

Si les corrélations existant entre, d'une part, les coûts des soins et, d'autre part, le vieillissement et les progrès technologiques sont complexes, les autres facteurs apparemment responsables de la hausse de ces coûts, tels que l'augmentation des revenus, des attentes relatives aux systèmes de santé et des prix unitaires, sont encore moins mesurables et moins bien compris. Les dépenses de santé sont étroitement liées au revenu national : selon les estimations disponibles, les dépenses de santé tendent à augmenter de façon assez proportionnelle à la croissance économique. En conséquence, les soins de santé semblent constituer un bien normal dont l'élasticité-revenu est proche de 1.

Selon certaines études, l'élasticité-revenu est plus élevée, ce qui suppose que les soins de santé constituent un bien de luxe et qu'à mesure que les revenus augmentent, les dépenses de santé augmenteront encore davantage. Cela pourrait résulter d'une absence de prise en compte des prix relatifs des principaux éléments des soins de santé que sont notamment les salaires, les investissements en biens d'équipement et le prix des médicaments. Par exemple, il résulte d'une étude que les dépenses de santé sont déterminées par des augmentations de salaires qui dépassent la croissance de la productivité dans l'ensemble de l'économie de 19 pays de l'OCDE (185).

Au niveau individuel, l'augmentation des revenus peut également entraîner une hausse des attentes relatives à des technologies de santé nouvelles et plus coûteuses. Or, la hausse de ces attentes ou leur rôle potentiel dans l'augmentation des soins de santé n'ont pu être déterminés de manière empirique. Les prestataires de soins exercent une influence majeure dans la mesure où ils déterminent l'adoption et l'utilisation de technologies de santé. Les incitations mises en place, outre la gestion des attentes des patients par les prestataires, seront donc plus importantes pour la gestion des dépenses de santé, compte tenu du fait que la population toujours plus instruite peut consulter une grande quantité d'informations (et, aspect important, est la cible de messages publicitaires) disponibles sur Internet et ailleurs.

## Le rôle des systèmes de santé dans l'amélioration de la santé de la population

Comme l'indiquent les tendances en matière d'état de santé, d'espérance de vie et de morbidité, dont il a été question dans la section relative aux grands indicateurs de l'état de santé, les systèmes de santé peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de l'état de santé des populations de l'ensemble de la Région européenne. Cependant, bien qu'il soit généralement admis que le système de santé (et les activités et services liés à la santé<sup>5</sup>) peut améliorer l'état de santé global de la population, il n'existe pas un tel consensus au sujet de l'ampleur de sa contribution, étant donné que d'autres facteurs jouent également des rôles importants, à des degrés divers, dans différents contextes. Il s'agit notamment des habitudes alimentaires locales, de la géographie, des déterminants sociaux de la santé et des effets des politiques menées dans les autres secteurs qui ne vise pas directement à améliorer la santé, mais influent sur cette dernière (6,186). En conséquence, il importe de déterminer si et comment on peut attribuer les indicateurs de la santé de la population ou certains résultats spécifiques aux interventions des services de santé.

Bien que des études récentes suggèrent que les systèmes de santé parviennent à améliorer la santé dans des mesures variables (187) (voir plus loin la section consacrée à l'amélioration des résultats sur le plan de l'état de santé), elles montrent également que les services de santé peuvent être très bénéfiques. Les systèmes de santé peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de la santé globale de la population, grâce à quatre de leurs fonctions :

- prestation de services : fournir des services personnels de soins de santé et, aspect tout aussi important, prévenir la maladie et préconiser des modes de vie sains ;
- financement : collecter, mettre en commun et affecter des fonds aux prestataires de soins d'une façon qui favorise l'équité et la transparence, protège la population contre l'obligation de payer le coût des soins de santé et offre des incitations en vue d'une prestation de services rationnelle et de bonne qualité ;
- obtention de ressources : investir dans une combinaison appropriée de ressources humaines et matérielles nécessaires (dont des installations, des technologies et des médicaments), en vue d'obtenir de bons résultats ;
- direction ou *stewardship* : des politiques (y compris celles qui influent sur les déterminants de santé), des mécanismes réglementaires et des dispositions et des moyens de mise en œuvre, en particulier des systèmes qui permettent de suivre et d'évaluer la situation de façon transparente, afin de donner des directives et d'assurer la responsabilité des acteurs.

Comme le cadre d'action de l'OMS sur les systèmes de santé l'indique, un système de santé comprend la population et les services de santé individuels, y compris les buts et les résultats publics et personnels<sup>6</sup> (188). La fonction de direction (*stewardship*) du gouvernement, du ministère de la Santé et d'autres organismes et acteurs importants de la santé constitue un

<sup>5</sup> Dans la présente section, les expressions « services de santé », « soins de santé » et « activités de soins de santé » sont interchangeables.

<sup>6</sup> Les services de santé destinés à la population, notamment les mesures de protection de la santé, les services de prévention des maladies, les activités de promotion de la santé (y compris celles qui sont extérieures aux lieux de soins), et les services et interventions de soins de santé, sont le fondement de la santé des populations et des individus, et contribuent aux résultats sur le plan de l'état de santé. Outre les services de traitement des maladies et des traumatismes (fournis par les services de soins), certains services agissent en amont en protégeant la santé, en prévenant les maladies et en favorisant une amélioration de la santé (autant d'activités considérées comme relevant de la santé publique). Les activités qui portent sur la santé ou lui sont clairement liées, mais qui sont éventuellement extérieures au secteur de la santé, revêtent de l'importance pour l'ensemble de ces moyens mis au service de la santé. La performance de l'ensemble du système de santé et les activités intersectorielles visant à améliorer la santé contribuent par conséquent à la santé de la population.

aspect essentiel du système de santé, car ils incorporent les buts de santé dans les autres politiques et mènent des activités intersectorielles pour améliorer la santé (voir la section consacrée à la fonction de direction (*stewardship*) dans l'optique de politiques publiques favorables à la santé dans la troisième partie).

Cependant, les décideurs politiques de l'ensemble de la Région éprouvent souvent des difficultés à obtenir des médicaments, des vaccins, des informations et d'autres moyens de prévention des maladies, de soins ou de traitement (à temps, de façon fiable, en quantité suffisante et à un coût raisonnable) pour ceux qui en ont besoin (188). Dans de nombreux pays, les personnes qui requièrent le plus de soins sont dans l'incapacité de les obtenir parce que les médicaments et les traitements, l'argent, l'information et même les professionnels de santé ne sont pas disponibles ou sont utilisés de façon inefficace. Par conséquent, malgré des investissements énormes, les systèmes de santé (en particulier dans les pays à revenus faible et intermédiaire) ont du mal à mener des actions sanitaires prioritaires, à offrir des services efficaces aux personnes à bas revenu et à établir un équilibre entre les soins aigus et de longue durée. Une telle situation peut réduire considérablement la contribution du système de santé à la santé de l'ensemble de la population. En outre, le mauvais fonctionnement des systèmes de santé devient un obstacle important qui entrave les efforts déployés par certains pays européens pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (17,189).

Pour faire face aux multiples problèmes de santé de part et d'autre de la Région, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe axe une grande partie de ses efforts sur l'aide accordée aux pays en vue de l'amélioration de la performance et des capacités de leur système de santé. Le renforcement du système de santé est le moyen le plus stratégique de répondre aux besoins sanitaires à long terme et d'éviter la fragmentation, la variabilité des capacités et le manque d'universalité et de souplesse qui caractérisent souvent les ressources sanitaires, en particulier dans les pays à revenus faible et intermédiaire. L'effort accompli pour renforcer les systèmes de santé procède de la conviction que la santé est un droit de l'homme, d'une volonté de partage pour des raisons de solidarité, d'une compréhension du fait que la participation de la population améliore les résultats sur le plan de l'état de santé et d'une vision éthique de toutes les questions relatives à la santé. Idéalement, des systèmes de santé plus forts améliorent la santé de façon équitable, assurent une répartition plus juste des contributions financières, respectent les droits des patients, et utilisent de façon viable et efficace les ressources humaines, financières et autres (190). La section suivante portera donc sur les effets positifs observés et potentiels des interventions du système de santé dans la Région, et mettra ainsi en évidence les raisons pour lesquelles les gouvernements devraient continuer à investir de façon adéquate dans ces interventions, en particulier dans l'environnement économique et budgétaire actuel.

## Amélioration des résultats sur le plan de l'état de santé

Pour faire face à la charge de morbidité dans la Région européenne, il faut mener de nombreuses activités dans l'ensemble du système de santé et en dehors de ce dernier, en les dirigeant tant vers les individus que vers la population dans son ensemble. On se rend de mieux en mieux compte que, pour s'attaquer de façon efficace à la charge croissante que représentent les maladies non transmissibles et chroniques, et aux difficultés que continuent de poser les maladies transmissibles, il faut que la prévention des maladies et la promotion de la santé se trouvent au cœur de stratégies et d'une politique cohérentes. À cet effet, il faut améliorer les quatre fonctions du système de santé.

### Mortalité évitable

Des études récentes ont démontré que des services de santé efficaces peuvent influencer considérablement sur les résultats obtenus sur le plan de l'état de santé. En particulier, Nolte & McKee (25) se sont efforcés d'utiliser la notion de mortalité évitable afin d'évaluer la performance des systèmes de santé ; ils ont ainsi obtenu la preuve qu'une amélioration de l'accès à des soins de santé efficaces et dispensés en temps voulu, combinée à d'autres facteurs, a nettement réduit la mortalité dans de nombreux pays de la Région européenne pendant les années 1980 et 1990. Chez les personnes âgées de moins de 75 ans, la réduction de la mortalité a atteint jusqu'à 23 % de la mortalité totale chez les personnes de sexe masculin et 32 % chez les personnes de sexe féminin dans les pays qui connaissaient les niveaux les plus élevés de mortalité évitable, dont la Finlande, l'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni (25). Ce résultat a été obtenu principalement par une réduction de la mortalité due à des maladies sensibles aux soins de santé dans plusieurs groupes d'âges. La contribution la plus importante a été fournie par la baisse de la mortalité infantile, mais la mortalité a également été réduite parmi les adultes d'âge mûr au Danemark, en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède.

Comme cela a été relevé dans les sections précédentes, les maladies non transmissibles occupent une place dominante dans la charge de morbidité de tous les États membres. Comme le tableau 2.19 l'indique, elles représentent 77 % de la charge de morbidité totale, étant entendu qu'il y a des différences selon le sexe pour les différentes causes, telles que les affections neuropsychiatriques qui représentent 17,5 % de l'ensemble de la charge de morbidité chez les personnes de sexe masculin et 22,5 % chez les personnes de sexe féminin. Les maladies non transmissibles représentent l'essentiel de la mortalité et de la morbidité qui sont sensibles à des interventions, en particulier à la prévention des maladies. Les maladies cardiovasculaires sont celles qui sont les plus meurtrières dans la Région européenne : aux Pays-Bas, par exemple, 46 % de la baisse de la mortalité par cardiopathie de 1978 à 1985 a été attribuée au traitement dispensé par les services de soins coronariens, au traitement après infarctus et au pontage coronaire. Quarante-quatre pour cent supplémentaires de la baisse de mortalité au cours de la même période est attribuée à des activités de prévention primaire : campagnes en faveur du sevrage tabagique, modification du taux de cholestérol sérique et traitement de l'hypertension (191). Pour une ventilation plus détaillée des données contenues dans le tableau 2.19, il faut se reporter plus haut à la section concernant les grands indicateurs de l'état de santé et l'annexe du présent rapport. Ces chiffres globaux masquent une disparité dans la Région : les pays de la partie orientale présentent des taux beaucoup plus élevés de traumatismes et de maladies transmissibles (192).

Cependant, pour améliorer les résultats sur le plan de l'état de santé, il faut que les systèmes de santé s'attaquent non seulement aux affections, mais également à leurs causes. À cet effet, ils doivent agir sur les facteurs socioéconomiques et l'inégalité (voir les deux sections suivantes), le tabagisme, l'abus d'alcool, les régimes alimentaires inadaptés, les modes de vie sédentaires et l'obésité, et assurer une protection efficace et efficiente contre les menaces qui pèsent sur la santé. L'accès aux services de santé, en particulier aux services de prévention des maladies, et leur qualité et leur efficacité sont également d'importants facteurs à cet égard. En effet, les politiques, programmes, stratégies, activités et services ont pour but, dans l'ensemble de la Région européenne, de faire face à ces problèmes et d'améliorer la santé. Cet élément de prévention des maladies et des causes évitables exige la participation de ceux qui, en général, ne dépendent pas directement des services de santé et établit une différenciation entre les notions de mortalité évitable (par le traitement, par la prévention) (133). Une étude portant sur les 27 pays qui constituent actuellement l'UE a permis de conclure que les taux

**Tableau 2.19. Charge de morbidité et décès dus à certaines maladies non transmissibles importantes dans la Région européenne de l'OMS, par cause, estimations de 2005**

Cause	Charge de morbidité		Décès	
	AVCI perdues (en milliers)	Pourcentage de l'ensemble des causes	Nombre (en milliers)	Pourcentage de toutes les causes
Maladies cardiovasculaires	34 421	23	5 067	52
Affections neuropsychiatriques	29 370	20	264	3
Cancer (néoplasmes malins)	17 025	11	1 855	19
Maladies du système digestif	7 117	5	391	4
Maladies respiratoires	6 835	5	420	4
Maladies des organes des sens	6 339	4	0	0
Maladies musculosquelettiques	5 745	4	26	0
Diabète sucré	2 319	2	153	2
Affections buccodentaires	1 018	1	0	2
Ensemble des maladies non transmissibles	115 339	77	8 210	86
Ensemble des causes	150 322	100	9 564	100

Source : Améliorer la santé : stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte (67).

de mortalité évitable ont baissé nettement de 1990 à 2002 (193). Elle a également mis en évidence d'importantes disparités entre les parties orientale et occidentale de la Région : la mortalité évitable par le traitement variait de 13 % aux Pays-Bas à 30 % en Bulgarie pour les personnes de sexe masculin âgées de 0 à 74 ans et de 26 % en Suède à 44 % en Roumanie pour les personnes de sexe féminin âgées de 0 à 74 ans. Les proportions de mortalité évitable par la prévention allaient de 10 % en Suède à 21 % en Italie chez les personnes de sexe masculin et de 4 % en Bulgarie à 10 % en Hongrie chez les personnes de sexe féminin. Ces chiffres montrent que les services de santé peuvent influencer sur la santé, mais mettent également en évidence d'autres éléments du système de santé et d'autres secteurs.

### Prévention des maladies et promotion de la santé

Les activités de prévention des maladies et de promotion de la santé sont fondamentales pour l'amélioration de la santé dans son ensemble dans la Région européenne, car elles s'attaquent aux maladies transmissibles et non transmissibles. Elles visent à faire participer des secteurs autres que celui de la santé, en exigeant un exercice vigoureux de la fonction de direction (*stewardship*) du système de santé. Les interventions préventives de santé publique peuvent fortement réduire la mortalité et la morbidité. Elles passent par des mesures prises dans le cadre des services de soins individuels, telles que la vaccination, la prophylaxie après l'exposition à une maladie transmissible ou la maîtrise de l'hypertension, en particulier lorsqu'elles sont combinées à des actions menées au sein de la population. La vaccination reste la principale méthode de prévention des maladies dans de nombreux pays, où des programmes complets sont bien établis.

Néanmoins, les activités de prévention des maladies peuvent également comprendre l'apport d'informations sur les risques comportementaux et sanitaires et de conseils sur la façon de les réduire, et l'attribution d'un rôle important aux soins primaires. La prévention secondaire comprend des activités telles que des programmes de dépistage précoce fondés sur des informations factuelles. Par conséquent, une action en amont pour prévenir la maladie et favoriser une amélioration de la santé exige l'élaboration de stratégies qui soient efficaces par rapport à leur coût, suscitent un large soutien et puissent être effectivement mises en œuvre. Ces mesures vont au-delà des activités dont la santé est le but premier (actions en aval) et englobent celles qui influent indirectement sur la santé par d'autres moyens, tels

que la politique fiscale ou l'action des services sociaux et les prestations sociales, qui sont généralement financées et mises en œuvre en dehors du secteur de la santé.

Les activités de promotion de la santé font partie d'un processus plus large qui consiste à permettre à chacun de mieux maîtriser sa santé et ses déterminants, et de l'améliorer de cette façon. Pour mener une action de promotion de la santé réussie, il faut :

- favoriser des changements de mode de vie et de l'environnement afin de créer une culture de la santé ;
- mener des activités éducatives et de communication pour favoriser des conditions de vie, des modes de vie, des comportements et des environnements favorables à la santé ;
- réorienter les services de santé afin de concevoir des modèles de soins qui favorisent la promotion de la santé ;
- renforcer les partenariats intersectoriels en vue de mener des activités de promotion de la santé plus efficaces ;
- évaluer les effets des politiques des pouvoirs publics sur la santé.

Les services peuvent cibler l'ensemble de la population ou des groupes qui courent des risques particuliers d'être en mauvaise santé. Pour ces derniers, il faut agir dans les domaines suivants : santé sexuelle et mentale, comportement relatif à la transmission du VIH, toxicomanie, tabagisme et consommation d'alcool, activité physique, prévention de l'obésité et promotion d'un régime alimentaire sain, réduction des dangers pour la santé liés au travail, prévention des traumatismes, et promotion de la santé au travail et environnementale. Il incombe tout particulièrement aux systèmes de santé de changer les comportements à l'égard d'un grand nombre de facteurs de risque (194). L'action plus large de promotion de la santé comprend des conseils prodigués aux responsables politiques concernant les risques pour la santé, l'état de santé et les besoins sanitaires, et la conception de stratégies adaptées à différents contextes.

### Tabagisme

Le tabagisme est un problème de santé publique et un facteur de risque très simples, et il représente environ 25 % de la mortalité et 17 % des AVCI perdues (132). C'est la raison pour laquelle la plupart des pays de la Région ont signé la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac (79), le premier traité de santé publique juridiquement contraignant au niveau mondial (adopté en 2003). Cette Convention fait obligation aux signataires de mettre en œuvre une série de mesures en vue de réduire le tabagisme. Des dispositions législatives concernant le tabac, qui sont recommandées par la Stratégie européenne sur la lutte antitabac (195) et ont été élaborées dans le cadre de la Convention, ont maintenant été adoptées dans de nombreux pays de l'ensemble de la Région. De nombreux pays, à commencer par l'Irlande et la Norvège, l'Estonie, la Finlande, le Danemark, la France, l'Italie, Malte, la Slovaquie, la Suède, l'Espagne, la Turquie et le Royaume-Uni, interdisent le tabagisme dans tous les lieux publics, y compris les bars, les cafés et les restaurants. Des restrictions sur le tabagisme dans les véhicules de transport en commun ont également été imposées et la plupart des pays de la Région interdisent désormais de fumer dans les autobus et les taxis, ainsi que dans les trains dans plus de la moitié des pays (69). La plupart des gouvernements ont renforcé leur législation restreignant la publicité, la promotion et le parrainage (sponsoring) depuis 2002.

Des études menées dans la Région européenne et dans d'autres régions du monde ont montré que des démarches multiples, et dépassant le secteur sanitaire sont probablement

les plus efficaces. La Stratégie européenne de lutte antitabac (195) recommande par conséquent la prise de mesures nationales stratégiques pour maintenir les prix et les taxes à des niveaux élevés pour tous les produits du tabac, en plus des interdictions, d'un étiquetage et d'avertissements, et d'autres mesures. Par exemple, il est estimé qu'une augmentation de prix de 10 % entraîne une baisse estimée à 3-5 % de la consommation (196). L'industrie du tabac a réagi à l'augmentation de la fiscalité en réduisant les prix hors taxes dans certains cas, de sorte que les prix ont moins augmenté qu'initialement prévu. Dans certains pays, les prix réels des produits du tabac ont baissé ces dernières années, notamment en Albanie, au Danemark, en Fédération de Russie, en Finlande et au Kirghizistan (tableau 2.20) (69).

Une démarche globale et intersectorielle peut donner de bons résultats. En Australie, les taux de cancer du poumon ont baissé et les décès par cardiopathie coronarienne ont diminué de 59 % chez les hommes et de 55 % chez les femmes de 1980 à 2000. Une démarche globale comprendrait des mesures qui porteraient sur les éléments suivants : prix, avertissements sur les paquets, interdictions de la publicité, campagnes nationales de lutte contre le tabagisme, lignes téléphoniques spéciales destinées aux personnes désireuses de cesser de fumer, vastes programmes de sensibilisation, interdictions de fumer, adoption de foyers sans tabac et procès intentés par des fumeurs et des fumeurs passifs aux fabricants des produits du tabac (197).

Dans la Région européenne, la Turquie est en pointe pour ce qui est de l'adoption de mesures globales et intersectorielles sous la direction du ministère de la Santé, dans le cadre de la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac (encadré 2.4). Les services de sevrage tabagique sont un lieu important de la lutte antitabac. En 2007, 21 États membres avaient adopté des programmes nationaux de prévention, de diagnostic et de traitement dans le cadre de leurs services de soins primaires, et dix autres pays offrent de tels services au niveau régional (198). Il n'existe cependant aucune norme commune pour ces services. Le tableau 2.21 décrit la façon dont les politiques et les interventions de lutte contre le tabagisme relèvent des quatre fonctions du système de santé.

### Régime alimentaire et activité physique

Comme cela a été souligné plus haut, une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique, surtout lorsqu'ils engendrent un surpoids ou une obésité, constituent des problèmes

**Tableau 2.20. Variation annuelle du prix (en %) des produits du tabac en termes réels (ajustés pour l'inflation) dans certains pays de la Région européenne de l'OMS, 31 décembre 1997-31 décembre 2001 et 31 décembre 2001-31 décembre 2005**

Pays	Variation de prix (en %)	
	1997-2001	2001-2005
Albanie	-2,1	-0,4
Allemagne	+1,6	+11,0
Arménie	+14,0	-5,4
Autriche	+1,5	+2,4
Azerbaïdjan	-8,9	-2,4
Belgique	+1,6	+3,5
Bulgarie	-2,1	+21,0
Chypre	+5,8	+14,8
Croatie	-	+1,4
Danemark	-1,1	-3,2
Espagne	+4,7	+2,3
Estonie	+5,3	+5,5
Fédération de Russie	-	-6,2
Finlande	+0,7	-1,1
France	+3,8	+13,1
Grèce	+3,1	+1,5
Hongrie	+0,5	+11,8
Irlande	+3,2	+4,1
Islande	+4,8	+5,7
Israël	+4,1	+5,2
Italie	+0,9	+6,1
Kirghizistan	-0,2	-2,6
Lettonie	+1,9	+5,3
Lituanie	-	+7,9
Luxembourg	+1,6	+1,8
Malte	-	+7,9
Norvège	+7,3	+7,6
Pays-Bas	+2,6	+6,3
Pologne	+4,3	+1,9
Portugal	+1,8	+2,8
République de Moldova	+3,5	-3,8
République tchèque	0,0	0,0
Roumanie	-	+2,9
Slovaquie	+1,6	+10,7
Slovénie	0	+9,3
Suède	+2,9	+0,7

Source : The European tobacco control report 2007 (69).

### Encadré 2.4. Volonté politique de lutter contre le tabagisme en Turquie

La Turquie est un important producteur de tabac, puisqu'elle compte 280 000 cultivateurs locaux, et fait partie des dix principaux pays consommateurs du monde, avec ses 20 millions de fumeurs. Cependant, elle a obtenu des résultats très encourageants dans sa lutte pour endiguer l'épidémie de tabagisme. Ceux-ci sont dus en grande partie à une volonté politique forte et aux impulsions vigoureuses du gouvernement. Lors de l'adoption, en 1996, de la première loi de lutte antitabac, qui interdisait la publicité pour le tabac ainsi que le tabagisme dans les lieux publics, nombreux furent ceux qui ont soutenu qu'elle allait à l'encontre de la culture turque et ne pourrait jamais être appliquée. Si la mise en œuvre de l'interdiction du tabagisme a connu quelques revers à l'époque, la loi est restée non seulement inchangée, malgré de nombreuses tentatives de représentants de divers groupes d'intérêts, mais elle a été encore renforcée en 2008. Cela a été dû en grande partie à la ratification par la Turquie de la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac (79) en 2004, qui a permis aux responsables politiques de poursuivre leur action dans ce domaine.

La volonté politique du ministère de la Santé et son leadership ont joué un rôle crucial dans l'ensemble de l'action menée. En premier lieu, un service spécial chargé exclusivement de la lutte contre le tabagisme a vu le jour en 2006. Deuxièmement, un Comité national de lutte contre le tabagisme a été créé ; ses membres sont de hauts fonctionnaires de ministères essentiels et des représentants de la société civile, comme le prévoit la Convention-cadre. Troisièmement, en 2007, le Premier ministre a annoncé la création du programme et du plan d'action nationaux quinquennaux de lutte contre le tabac, établis par le Comité national de lutte contre le tabagisme. Quatrièmement, le gouvernement a régulièrement augmenté les taxes sur les produits du tabac, jusqu'à ce qu'elles atteignent en tout 73 à 87 %, selon la marque, soit l'un des taux les plus élevés du monde. Enfin, la loi modifiée de 2008 a élargi les lieux sans tabac à tous les locaux de bâtiments. Cette loi s'applique aux cafés, restaurants et hôtels, et plus généralement au secteur du tourisme (une importante source de devises) auxquels une période de transition de 18 mois a été accordée. Lorsque la loi est entrée en vigueur pour ce secteur, le 19 juillet 2009, la Turquie était le sixième pays du monde à avoir adopté une législation antitabac qui ne mentionne aucune exemption : il n'existe aucune disposition prévoyant des fumeurs dans les lieux publics.

Cette nouvelle loi et la volonté politique qui la soutient représentent un exemple de pratique optimale dont d'autres pays peuvent tirer les enseignements. Elle ne comporte pas d'échappatoires ou d'ambiguïtés. Par exemple, la loi précédente prévoyait la diffusion de 90 minutes de temps d'antenne consacré à l'information, à l'action éducative et à la communication en faveur de la lutte contre le tabagisme, mais la loi modifiée précise que 30 de ces 90 minutes doivent être diffusées pendant les périodes de grande écoute afin de contribuer à créer une culture hostile au tabagisme auprès de 90 % de la population d'ici à 2012. En outre, les produits du tabac ne peuvent apparaître dans les émissions de télévision, les films, les clips vidéo et les publicités, et toutes les scènes de tabagisme doivent être floutées. L'application de cette loi est prise très au sérieux, étant donné que les chaînes de radio et de télévision sont tenues d'utiliser un ensemble de messages approuvés par le ministère de la Santé aux fins de l'information, de l'action éducative et de la communication, et d'établir chaque mois un CD reprenant toute leur publicité pour examen par le Conseil supérieur de la radio et de la télévision. Il s'agit d'une action très importante dans un pays où la pénétration de la radio et de la télévision est presque universelle, puisqu'on dénombre quelque 1 400 stations de radio et de télévision nationales, régionales et locales.

Malgré des objections initiales fondées sur des raisons culturelles, de récents sondages d'opinion montrent que plus de 85 % de la population est maintenant en faveur de la législation antitabac. Les attitudes et la sensibilisation ont tellement évolué que le Premier ministre a évoqué publiquement la lutte contre le tabagisme en relation avec la lutte contre le terrorisme (communication personnelle du ministère de la Santé, Turquie, juin 2009).

### Tableau 2.21. Exemples d'action de lutte contre le tabagisme par fonction du système de santé

Fonction	Action
Prestation de services	Services de sevrage tabagique offerts par les généralistes lorsqu'ils le jugent opportun Activités de promotion de la santé dirigées contre le tabagisme dans les écoles Lieux sans tabac
Financement	Fonds affectés aux services de sevrage tabagique dans le cadre des soins primaires Fonds affectés à la promotion de la santé dans les écoles
Obtention de ressources	Disponibilité d'experts capables de donner des conseils en matière de sevrage tabagique dans des cadres de proximité
Direction ( <i>stewardship</i> )	Politique en matière de fiscalité : droits spécifiques sur les produits du tabac Coordination intersectorielle pour la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé liées au tabagisme dans certains environnements, en particulier les écoles et les lieux de travail Adoption et application d'interdictions globales de fumer dans les lieux publics

importants dans l'ensemble de la Région européenne. Les aliments énergétiques et peu nutritifs sont à cet égard une cible privilégiée, de même que les modes de vie sédentaires, étant donné que deux tiers des adultes de l'UE sont trop peu actifs pour jouir d'une santé optimale (199). De nombreux pays n'ont pas lutté contre l'apparition d'environnements favorables à l'obésité.

Celle-ci est liée à un grand nombre de problèmes de santé de plus en plus préoccupants tels que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, les problèmes d'articulation et d'autres affections musculosquelettiques qui vont de pair avec un poids excessif (200). Les maladies liées à l'obésité constituent un problème tant économique que sanitaire. Par exemple, les dépenses de santé dues à l'obésité représentent, selon les estimations, 4,6 % du total au Royaume-Uni (192). La Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé (201), que l'Assemblée mondiale de la santé a approuvée en 2004, présente des buts et des actions relatifs à l'amélioration du régime alimentaire et de l'activité physique dans tous les pays.

Les données disponibles montrent que la consommation de fruits et de légumes est peu importante dans les pays d'Europe occidentale, septentrionale et centrale, et que la consommation de matières grasses saturées est élevée dans l'Europe du Nord-Ouest (33). En outre, on observe des différences importantes en matière de consommation de boissons riches en sucre dans les divers pays de la Région. La consommation de boissons non alcoolisées (sodas) dans 11 pays d'Europe occidentale en 1999 allait de moins de 50 ml par jour en Italie à 200 ml par jour au Royaume-Uni (199). Cependant, les régimes alimentaires de la Région tendent à se rapprocher ; par exemple, la consommation de matières grasses en Europe méridionale, centrale et orientale augmente, alors qu'elle a été longtemps basse, et la consommation de fruits et de légumes a augmenté dans de nombreux pays d'Europe septentrionale et occidentale (33).

De nombreuses interventions agissant en aval, dont l'efficacité est avérée, permettent de lutter contre l'obésité ; il s'agit en particulier de modifications du mode de vie de longue durée, axées sur le régime alimentaire et l'activité physique, de la thérapie comportementale, de la chirurgie et du traitement médicamenteux (199). Des activités plus larges menées au niveau de la population prennent une place plus importante et sont jugées essentielles pour l'obtention de solutions à long terme. Elles comprennent des activités intersectorielles ciblant le mode de vie et le comportement qui créent des environnements favorables à la santé. À titre d'exemple, en Norvège, un projet sur l'activité physique et la nutrition à l'école a non seulement permis la fourniture de repas et de collations plus sains, mais également la modification de l'environnement physique de l'école et le changement des horaires des cours de manière à donner davantage de place à l'activité physique.

Grâce à ce projet, la concentration pendant les cours s'est accrue (70 % à l'école primaire et 50 % dans des établissements d'enseignement secondaire du premier cycle), l'environnement scolaire a été amélioré et un élève sur trois a signalé qu'il était moins victime de brimades (communication personnelle, ministère de la Santé, Norvège, 2008). Un examen des études économiques portant sur l'obésité (202) a révélé qu'un investissement dans des programmes qui favorisent l'activité physique et un régime alimentaire sain est très efficace par rapport à son coût.

La réduction de l'obésité, et de la morbidité et de la mortalité qui l'accompagnent, exige une action plurisectorielle. En particulier, pour s'attaquer aux environnements favorables à l'obésité, il faut, dans de nombreux pays, assurer une coopération entre divers secteurs, notamment la santé publique, l'industrie alimentaire, l'urbanisme et l'enseignement. Par conséquent, il s'agit d'une tâche qui incombe à l'ensemble du système de santé (tableau 2.22) et doit être menée dans le cadre de la fonction de direction (*stewardship*) du ministère de la Santé afin d'obtenir une coopération intersectorielle.

**Tableau 2.22. Exemples d'actions concernant le régime alimentaire et l'activité physique par fonction du système de santé**

Fonction	Action
Prestation de services	Conseils sur le régime alimentaire et l'activité physique prodigués par les médecins généralistes Profiter d'occasions favorables pour repérer des patients à risque à tous les niveaux du système de santé, comme dans les hôpitaux-santé Conseils du secteur de la santé aux écoles en ce qui concerne les repas et les activités sportives Environnements de loisirs favorables à la famille
Financement	Fonds consacrés à des actions relatives au régime alimentaire et à l'activité physique dans le cadre des soins primaires, telles que le ciblage des personnes à haut risque, la mesure de l'indice de masse corporelle et de la cholestérolémie, etc. Fonds destinés à financer la promotion de la santé dans les écoles
Obtention de ressources	Veiller à ce que des experts soient disponibles dans le cadre des soins primaires et secondaires pour cibler les personnes qui courent un risque particulier de contracter des maladies non transmissibles en raison d'un régime alimentaire peu équilibré et d'un manque d'activité physique Veiller à ce que des experts soient disponibles dans divers lieux tels que les écoles Financement destiné à permettre aux autorités locales de mener des actions de proximité et d'aménager des structures, telles que des installations de sport, des lieux publics et des pistes cyclables
Direction (stewardship)	Coordination des fonctions de promotion de la santé dans l'ensemble du système de santé Elaboration de dispositions législatives et réglementaires, de codes de conduite et d'accords avec les détaillants concernant l'étiquetage des aliments Restriction des ventes de certains articles dans certains lieux, tels que les écoles (distributeurs automatiques) Restriction de la publicité Coordination intersectorielle concernant des environnements favorables à la santé

## Alcool

La consommation d'alcool est une question dont l'importance va croissant. Certains pays constatent des augmentations appréciables du nombre de cas de maladies liées à l'alcool. Par exemple, la prévalence des maladies hépatiques chroniques augmente au Royaume-Uni, même si elle était faible dans le passé, et dans des pays d'Europe du Sud-Est, où elle est nettement plus élevée que dans l'UE-15 (203). Environ 8 % de la mortalité et 14 % des AVC perdus peuvent être attribués à la consommation d'alcool (133), malgré une baisse globale de la consommation enregistrée dans de nombreux pays. Cependant, deux facteurs revêtent une importance particulière : la consommation d'alcool non enregistrée, qui porte souvent sur des produits de fabrication artisanale, et l'augmentation de l'alcoolisation massive ou de « soûleries », qui sont particulièrement néfastes pour la santé. En outre, la consommation globale enregistrée d'alcool a beaucoup augmenté dans de nombreux pays.

Les pays ont recours à toute une série d'activités pour lutter contre la consommation excessive d'alcool, en fonction de leur situation propre et de la nature des problèmes. Par exemple, des interventions en amont, telles que la taxation, peuvent être efficaces dans les pays à revenu élevé. En Suède, une combinaison de mesures législatives, de taxes et de programmes de certification pour le secteur commercial concerné a permis de réduire les écarts de santé dus à l'alcool, du moins jusqu'à ce que la Suède adhère à l'UE en 1995 (204). Des activités en aval telles que l'amélioration de la réglementation relative aux liquides contenant de l'alcool peuvent avoir plus de succès dans des pays à revenus faible et intermédiaire, ce qui est en particulier le cas dans les pays de la CEI et les États baltes. Des études portant sur la Fédération de Russie ont montré que l'alcool est à l'origine de 40 % des décès chez les hommes en âge de travailler (205). L'UE a adopté une stratégie en matière d'alcool qui consiste à examiner les bonnes pratiques utilisées dans le cadre d'une série d'activités menées dans les pays (206). En effet, un grand nombre de ceux-ci ont pris des mesures dans divers domaines pour lutter contre l'abus d'alcool, en particulier des campagnes dans les médias, des interventions des parties prenantes, des actions éducatives et des dispositions législatives concernant la vente, l'achat, la conduite en état d'ivresse et les pouvoirs de la police. Les pays de l'UE-12 ont été au moins aussi actifs et parfois plus actifs que ceux de l'UE-15. La Pologne et les pays baltes, par exemple, ont eu recours à des démarches globales pour limiter la consommation

d'alcool, comme la Norvège et la Suède l'avaient déjà fait avant eux. Le tableau 2.23 présente des exemples de politique de lutte contre l'abus d'alcool selon les quatre fonctions du système de santé.

## Conclusion

**Tableau 2.23. Exemples de mesures de lutte contre l'abus d'alcool par fonction du système de santé**

Fonction	Action
Prestation de services	Conseils relatifs à la consommation d'alcool prodigués par des généralistes Disponibilité de services de conseil destinés aux personnes qui ont des problèmes d'alcool Activités de promotion de la santé liées à l'alcool dans les écoles Environnements de loisirs favorables à la famille
Financement	Fonds destinés à financer des activités de lutte contre l'abus d'alcool dans le cadre des soins primaires Fonds affectés à la promotion de la santé à l'école
Obtention de ressources	Veiller à ce que des spécialistes de l'abus d'alcool soient disponibles dans le cadre de la médecine générale et des soins secondaires pour repérer des problèmes d'alcool lorsque l'occasion se présente Veiller à ce que des spécialistes de l'abus d'alcool soient disponibles dans d'autres cadres, notamment parmi les fonctionnaires de police, les enseignants, etc. Fonds destinés à financer des actions de proximité menées par les autorités locales
Direction ( <i>stewardship</i> )	Politique en matière de taxation, prélèvement de droits spécifiques sur les produits contenant de l'alcool en vue de réduire la consommation Obligation de détenir un permis spécial pour vendre de l'alcool et autres restrictions en matière de vente Restrictions concernant la publicité Coordination intersectorielle visant à mener une action de promotion de la santé liée à l'alcool dans divers cadres

Le rôle de secteurs autres que celui de la santé est essentiel pour une action efficace à long terme en faveur de régimes alimentaires sains, d'une plus grande activité physique, et de la lutte contre l'alcool et le tabac, et l'obtention de résultats positifs résulte le plus souvent d'une action intersectorielle intégrée dans les services destinés tant à l'ensemble de la population qu'aux individus. La plupart des activités qui visent à réduire, en particulier de façon préventive, le nombre de cas de maladies les plus fréquentes dans la Région européenne peuvent donc être renforcées par des activités intersectorielles globales et stratégiques, c'est-à-dire une démarche qui incorpore les préoccupations de santé dans toutes les politiques. Un grand nombre de telles activités sont menées dans la Région. Un aspect essentiel de la fonction de direction (*stewardship*) du système de santé consiste à agir sur les politiques et les mesures mises en œuvre dans tous les secteurs qui peuvent avoir des incidences sur la santé de la population, y compris des actions extérieures au système de santé. À cet égard, un rôle essentiel revient au gouvernement dans son ensemble et au ministère de la Santé en particulier (voir la section consacrée à la fonction de direction dans l'optique de politiques publiques favorables à la santé dans la troisième partie). L'action menée par l'Australie pour lutter contre le tabagisme constitue à cet égard un bon exemple.

L'évaluation des effets de toutes les décisions fondamentales sur la santé peut soutenir une démarche reposant sur l'incorporation des préoccupations en matière de santé dans toutes les politiques. Elle facilite la prise de décisions sur la base d'informations factuelles concernant l'impact probable de certaines décisions et d'autres options sur la santé non seulement parce qu'elle guide le processus décisionnel, mais également du fait qu'elle permet de prendre des mesures pour remédier aux effets négatifs éventuels des décisions prises. L'évaluation des effets sur la santé est principalement utilisée dans les pays d'Europe occidentale, en particulier la Finlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni (207). Parmi les pays de l'UE-12, c'est la Slovaquie qui l'a utilisée le plus. L'évaluation des effets sur la santé démontre qu'elle permet de guider la prise de décisions principalement au cas par cas, bien que des études indiquent qu'elle peut être à la fois efficace en tant qu'outil décisionnel et avantageuse sur le plan économique (207).

L'objet des actions menées dans l'ensemble du secteur de la santé est d'améliorer les résultats sur le plan de l'état de santé dans la Région européenne. Les responsables de l'élaboration de la politique de santé et les professionnels de santé peuvent le plus contribuer à la réduction de la charge de morbidité en portant plus particulièrement leur attention sur les principaux déterminants des problèmes de santé. Des progrès ont été accomplis dans chacun de ces domaines dans tous les pays. Le rôle du système de santé est essentiel à cet égard, non seulement dans l'optique de ses propres actions, mais également dans le cadre de l'action intersectorielle qu'il est responsable au premier chef de surveiller, conformément à la fonction de direction (*stewardship*) qui incombe aux ministères de la Santé.

À l'échelle mondiale, les systèmes de santé doivent aussi faire face à de nouvelles difficultés résultant de maladies et de causes de morbidité et de mortalité prématurées qui sont causées par le mode de vie, et de maladies transmissibles anciennes et nouvelles qui exigent une action nationale d'ensemble et une coopération internationale. Les stratégies récemment mises en œuvre pour renforcer les systèmes de santé européens en vue d'améliorer la santé de la population ont par conséquent revêtu diverses formes qui sont allées d'un changement général de l'organisation ou du financement du secteur de la santé à des mesures plus individualisées portant sur certains éléments du système de santé.

Les pays ont élaboré des stratégies concernant le secteur de la santé, des méthodes permettant d'évaluer la performance du système de santé, des mécanismes de fixation de priorités permettant de choisir des interventions qui ont le plus d'effets sur la santé de la population pour un coût abordable (telles que l'outil CHOICE de l'OMS (208)) et des cadres de dépenses à moyen terme. D'autres pays ont adopté des stratégies axées sur certaines maladies ou certains services afin de s'attaquer à des causes précises de maladies, ou des stratégies intersectorielles qui visent à remédier aux inégalités en matière de santé. Les démarches et les mesures de ce type sont cruciales pour l'efficacité du ciblage de ressources limitées. En outre, il faut que les résultats obtenus confirment que l'action menée est efficace par rapport à son coût et a des incidences positives sur la santé afin de pouvoir démontrer qu'un investissement constant dans le système de santé se justifie.

## Augmentation de la couverture et de la protection financière

La couverture comporte un accès aux soins et une protection des patients contre le fardeau que représentent les dépenses de santé qui restent à leur charge. La couverture universelle consiste à permettre à la population d'utiliser les services dont elle a besoin sans que les dépenses laissées à sa charge soient tellement élevées qu'elles les appauvrissent, eux-mêmes ou leur famille. La présente section porte d'abord sur la protection financière dans la Région européenne et aborde ensuite les questions soulevées par l'accès aux soins. La protection financière est étroitement liée à l'équité financière, selon laquelle les personnes à faible revenu ne devraient pas déboursier davantage pour les services de santé que les personnes plus nanties et ce, en termes de pourcentage de leurs revenus.

### Protection financière et équité du financement

Un but fondamental du système de santé est de faire en sorte que personne ne devienne pauvre en raison d'une utilisation des services de santé et que nul ne soit obligé de choisir entre la santé (tant physique que mentale) que son bien-être économique en cas de maladie (36,209). En effet, la santé et le bien-être sont étroitement liés dans la mesure où les dépenses

de santé laissées à la charge des patients les appauvrissent ou, au contraire, dans la mesure où l'efficacité du système de financement de la santé empêche les patients de devenir pauvres tout en leur permettant d'utiliser les services. À cet égard, deux mesures peuvent être réalisées pour tout pays qui dispose de données fiables provenant d'une enquête auprès des ménages :

- le pourcentage de ménages qui doivent faire face à des dépenses de santé ruineuses ;
- les dépenses qui entraînent la pauvreté, mesurées en fonction des effets des dépenses de santé sur le nombre de pauvres (c'est-à-dire le nombre ou le pourcentage de ménages qui descendent en dessous du seuil de pauvreté défini sur le plan national en raison de dépenses de santé) ou l'écart de pauvreté (c'est-à-dire la mesure dans laquelle les ménages descendent en dessous du seuil de pauvreté en raison de leurs dépenses de santé).

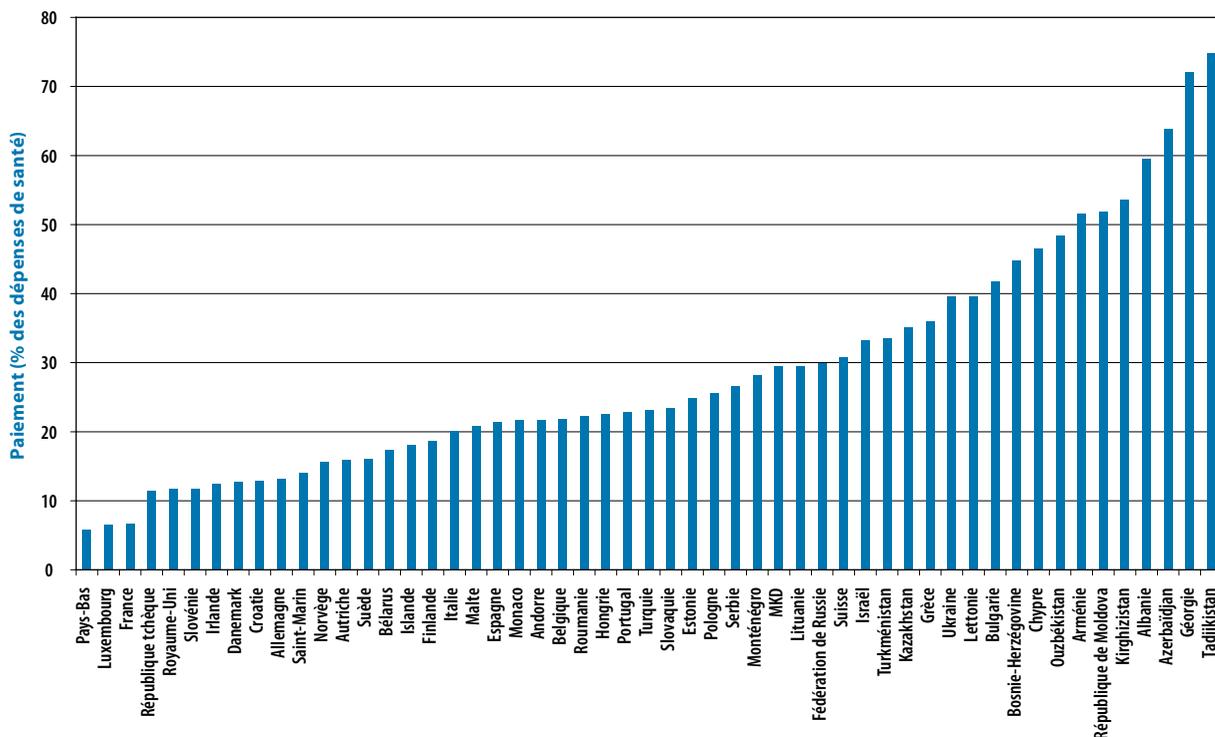
Les dépenses de santé ruineuses sont les dépenses de santé qui dépassent un certain pourcentage des dépenses totales d'un ménage ou des dépenses autres que celles qui permettent la subsistance. Le seuil retenu peut varier. Dans le présent rapport, un seuil de 40 % du revenu autre que celui qui permet la subsistance est retenu. En d'autres termes, il s'agit du revenu qui reste après les achats de biens essentiels, tels que l'alimentation. Une fois que les dépenses à la charge du patient dépassent ce niveau pendant une certaine période, elles sont considérées comme ruineuses pour le ménage.

Même en l'absence d'une analyse approfondie de données d'enquêtes pour déterminer les effets ruineux et appauvrissants, des informations factuelles internationales permettent de penser qu'un niveau élevé de dépenses à la charge des patients est préoccupant. Une analyse de données provenant de près de 80 pays effectuée par l'OMS met en évidence une forte corrélation entre la part des dépenses à la charge des patients dans le total des dépenses de santé et le pourcentage de familles qui est aux prises avec des dépenses de santé ruineuses (210). Les résultats de cette analyse montrent clairement que les paiements ruineux disparaissent presque complètement une fois que les dépenses à la charge des patients descendent au-dessous de 15 % du total des dépenses de santé.

Si l'on retient ce pourcentage, il est certainement préoccupant de constater qu'un grand nombre de personnes vivant dans la Région européenne risquent de devoir faire face à des niveaux ruineux de dépenses laissées à la charge des patients. Comme l'indique la figure 2.30, ces paiements laissés à la charge des patients dépassent 15 % du total des dépenses de santé dans la plupart des pays, 30 % dans un grand nombre d'entre eux et 50 % dans certains d'entre eux. Le risque de niveaux ruineux de dépenses est élevé lorsque ces paiements représentent des proportions aussi fortes. Ces données donnent à penser que le risque de devoir faire face à des dépenses ruineuses est particulièrement élevé dans les pays du Caucase et d'Asie centrale, mais que d'autres pays, dont des États membres de l'UE tels que la Bulgarie, Chypre, la Grèce et la Lettonie, ont également des niveaux élevés de paiements à la charge des patients et doivent peut-être examiner les options dont ils disposent à cet égard.

Comment peut-on expliquer cette variation de la dépendance vis-à-vis des dépenses à la charge des patients, et donc les différences qui existent en matière de protection et d'équité financières, de part et d'autre de la Région ? La plupart des pays à revenus faible et intermédiaire ont besoin de fixer les dépenses à la charge des patients à des niveaux élevés, mais il existe plusieurs exceptions. Le rapport qui existe entre les dépenses publiques et privées peut expliquer en partie ces écarts. Les dépenses publiques en matière de santé sont déterminées par l'importance globale du secteur public dans l'économie (total des dépenses des pouvoirs

Figure 2.30. Paiements à la charge des patients en pourcentage du total des dépenses de santé, 2006



Note : MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine.

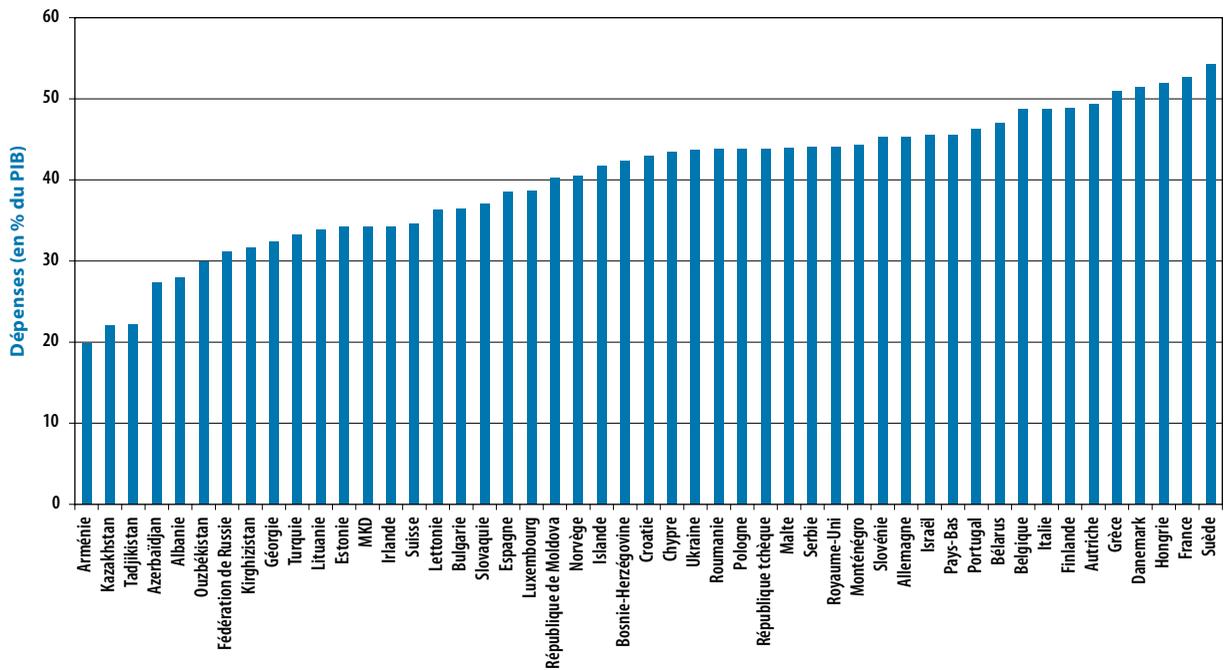
Source : Comptes nationaux de la santé. Informations sur les pays [site Web] (211).

publics en pourcentage du PIB) et la priorité relative que les pouvoirs publics accordent à la santé lorsqu'ils affectent les ressources (crédits affectés à la santé en pourcentage du total des dépenses publiques).

Les figures 2.31 et 2.32 résument les données concernant ces deux aspects pour la Région et mettent en évidence des variations importantes dans celle-ci. Le produit de ces indicateurs de la capacité budgétaire et de la priorité accordée à la santé par le secteur public est constitué par les dépenses de santé des pouvoirs publics exprimées en pourcentage du PIB. Comme l'indique la figure 2.33, il varie considérablement d'un bout à l'autre de la Région, et fait apparaître une forte corrélation inverse avec la dépendance du système de santé du pays considéré vis-à-vis des dépenses à la charge des patients, et donc de la mesure dans laquelle il existe ou non un problème de protection financière.

Si la corrélation entre les niveaux de dépenses publiques et la dépendance des systèmes de santé à l'égard des paiements à la charge des patients est forte, il existe des variations importantes autour de la tendance mise en évidence dans la figure 2.33. Par exemple, les pouvoirs publics de 12 pays avaient des dépenses de santé qui représentaient environ 6 % du PIB en 2006. Parmi eux, la proportion représentée par les paiements à la charge des patients dans le total des dépenses de santé allait de 11 % en République tchèque à 36 % en Grèce. En conséquence, les données semblent indiquer que tant le contexte budgétaire que les priorités du secteur public sont d'importants déterminants de la protection financière dans les pays européens, mais la variation mentionnée donne également à penser que les modalités de financement des soins de santé (c'est-à-dire la politique en matière de financement des soins de santé) revêtent également de l'importance. Bien que cette relation générale entre les dépenses de santé des

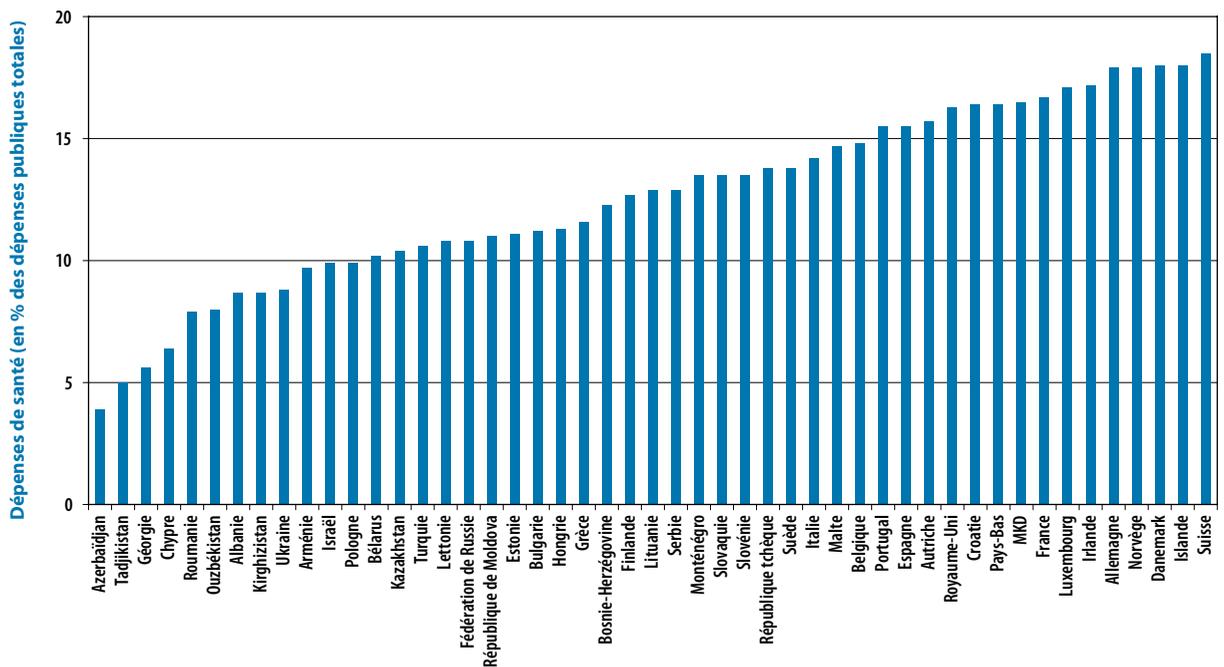
**Figure 2.31. Capacité budgétaire : total des dépenses des pouvoirs publics en pourcentage du PIB, Région européenne de l'OMS, 2006**



Note : MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine.

Source : Comptes nationaux de la santé. Informations sur les pays [site Web] (211).

**Figure 2.32. Degré de priorité accordé à la santé dans l'allocation des ressources du secteur public, Région européenne de l'OMS, 2006**



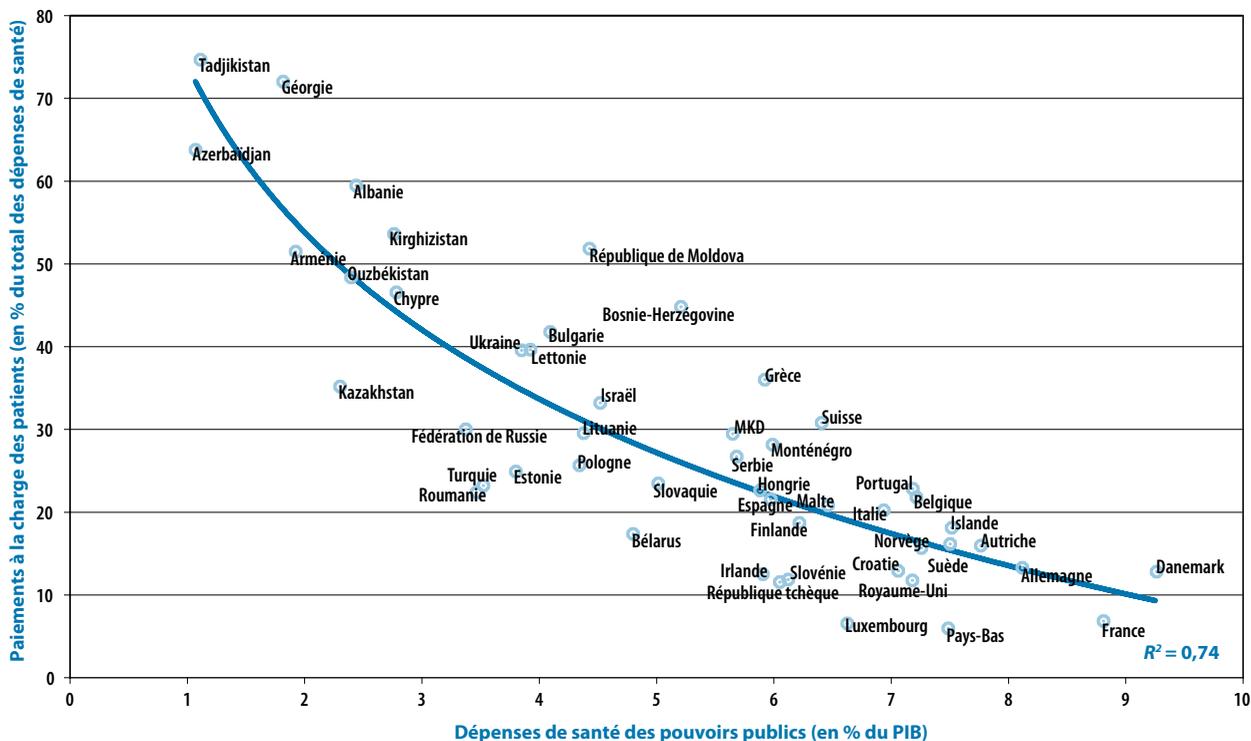
Note : MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine.

Source : Comptes nationaux de la santé. Informations sur les pays [site Web] (211).

pouvoirs publics, les paiements à la charge des patients et les dépenses de santé ruineuses donne une idée d'ensemble, pour comprendre la situation dans un pays déterminé, il faut procéder à une analyse approfondie des données d'enquêtes auprès des ménages. L'exemple de quelques pays illustre cette affirmation.

Dans la figure 2.33, l'Estonie s'écarte positivement de la tendance générale, puisqu'il y existe un niveau relativement faible de paiements laissés à la charge des patients eu égard au niveau des dépenses de santé des pouvoirs publics. Une analyse approfondie des données relatives à l'Estonie montre la façon dont les paiements à la charge des patients qui causent un appauvrissement ont évolué dans le temps. Les données (figure 2.34) indiquent que ces paiements ont représenté une charge particulière pour les pauvres et les quasi-pauvres, ce qui indique la nécessité de protéger cette couche de la population contre les paiements laissés à la charge des patients pour éviter de les appauvrir encore davantage (212). En conséquence, bien que l'Estonie semble être dans une situation favorable sur le plan de la protection financière, compte tenu de la proportion générale des dépenses à la charge des patients dans le total des dépenses de santé, en particulier par comparaison avec la plupart des pays qui ont le même niveau de dépenses de santé des pouvoirs publics, l'analyse révèle qu'une amélioration de la protection financière pour les personnes qui courent le risque le plus élevé doit rester une importante préoccupation.

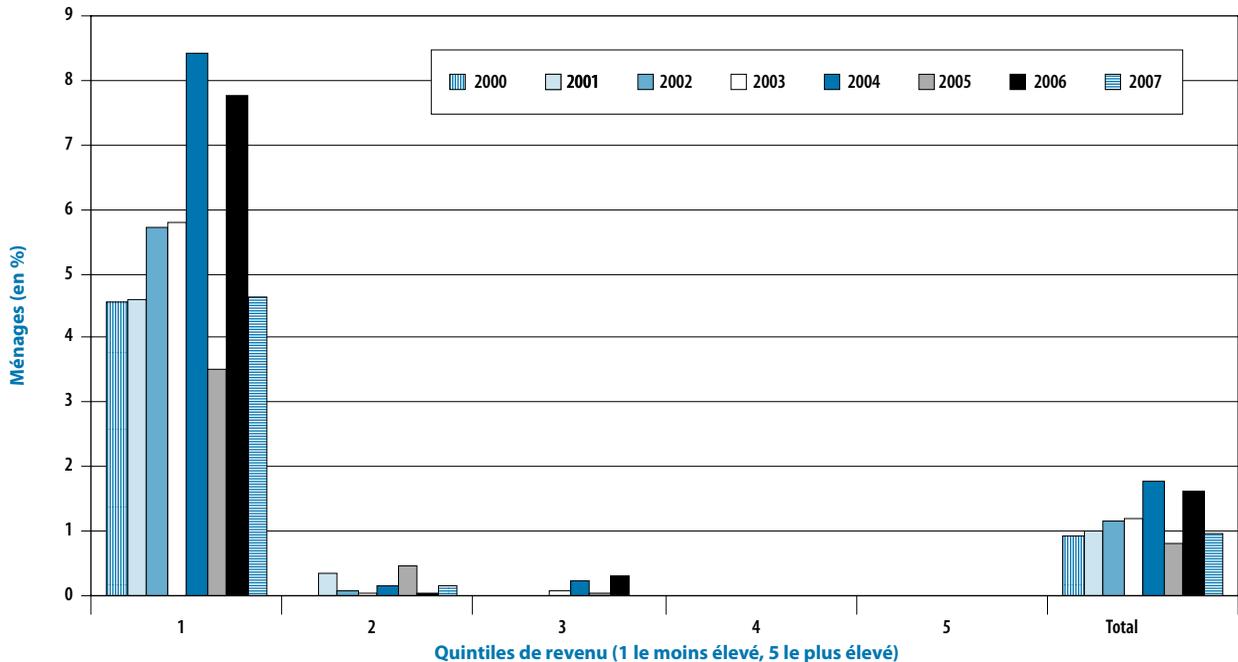
**Figure 2.33. Relation entre le niveau des dépenses de santé des pouvoirs publics et la part des paiements à la charge des patients dans le total des dépenses de santé de la Région européenne, 2006**



Note : MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine.

Source : Comptes nationaux de la santé. Informations sur les pays [site Web] (211).

**Figure 2.34. Proportion de ménages appauvris par les paiements à la charge des patients, Estonie, 2000-2007**



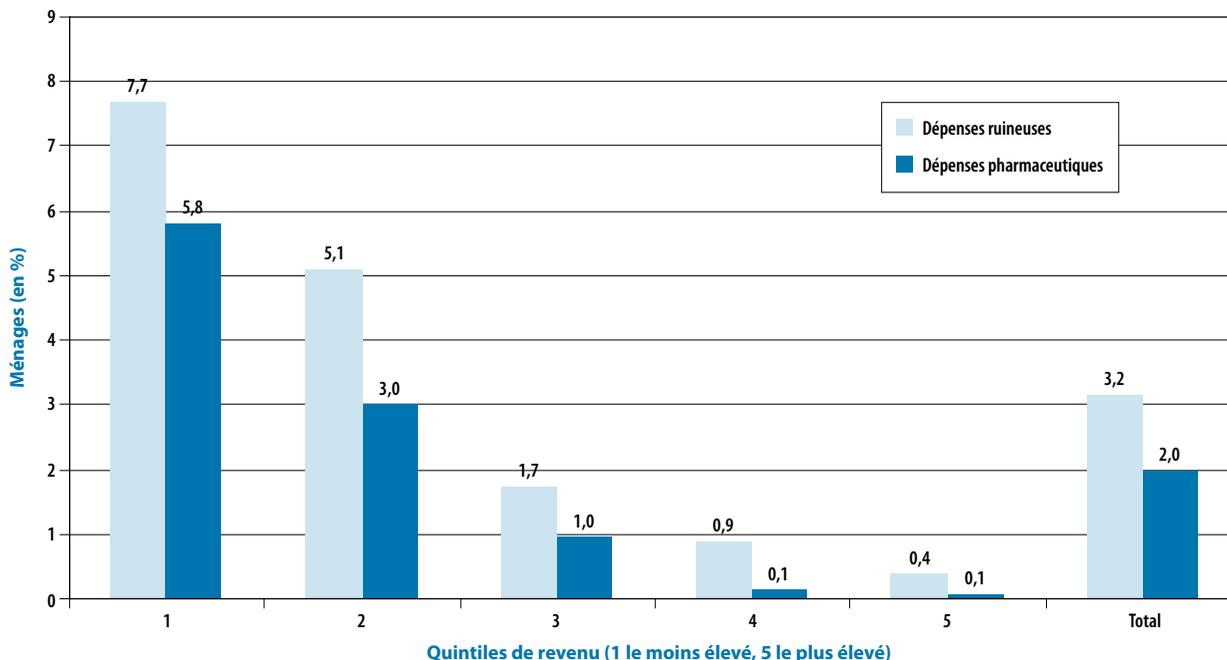
Source: Võrk (212).

En Lettonie, les préoccupations concernant la protection financière résultent de la proportion relativement élevée des paiements à la charge des patients dans le total des dépenses de santé, soit 40 %, taux qui figure parmi les plus élevés de l'UE et est important par comparaison avec le niveau des dépenses publiques de santé (figure 2.35) (213). Selon des données d'une enquête de 2006, 3,2 % des ménages de Lettonie ont été atteints d'une maladie qui les a obligés à faire des dépenses de santé ruineuses. En outre, 8,2 % de ménages supplémentaires ont consacré de 20 à 40 % des dépenses autres que celles de subsistance pour financer des soins de santé (214). Comme l'indique la figure 2.35, les dépenses de santé ruineuses ont été étroitement liées à des dépenses élevées pour des médicaments, en particulier pour les 40 % de la population ayant les revenus les plus bas (213).

Malheureusement, certains ménages n'utilisent pas du tout les services de santé lorsque l'un de leurs membres est malade parce qu'ils s'attendent à devoir payer des montants élevés. Dans ce cas, le montant payé par le ménage est nul et cette analyse n'appréhende pas cet effet très important. En Lettonie, 30 % de la population ont déclaré qu'ils n'utilisaient pas les services de santé lorsqu'ils étaient malades précisément pour cette raison, et le chiffre correspondant est plus élevé encore parmi les ménages pauvres.

Ce type d'analyse peut être utile pour guider la politique ou suivre les effets des réformes dans le temps. Grâce à un indicateur de l'équité dans le financement, les données provenant d'une enquête auprès des ménages au Kirghizistan montre que la charge financière de la tranche de 40 % de la population qui a le plus bas revenu a baissé de façon appréciable de 2003 à 2006 (figure 2.36) (215,216). Ce calcul des paiements à la charge des patients porte sur tous les paiements des ménages en matière de santé, en particulier les honoraires payés par les patients

**Figure 2.35. Dépenses de santé ruineuses, y compris les paiements à la charge des patients pour des médicaments, par quintile de revenu, Lettonie 2006**



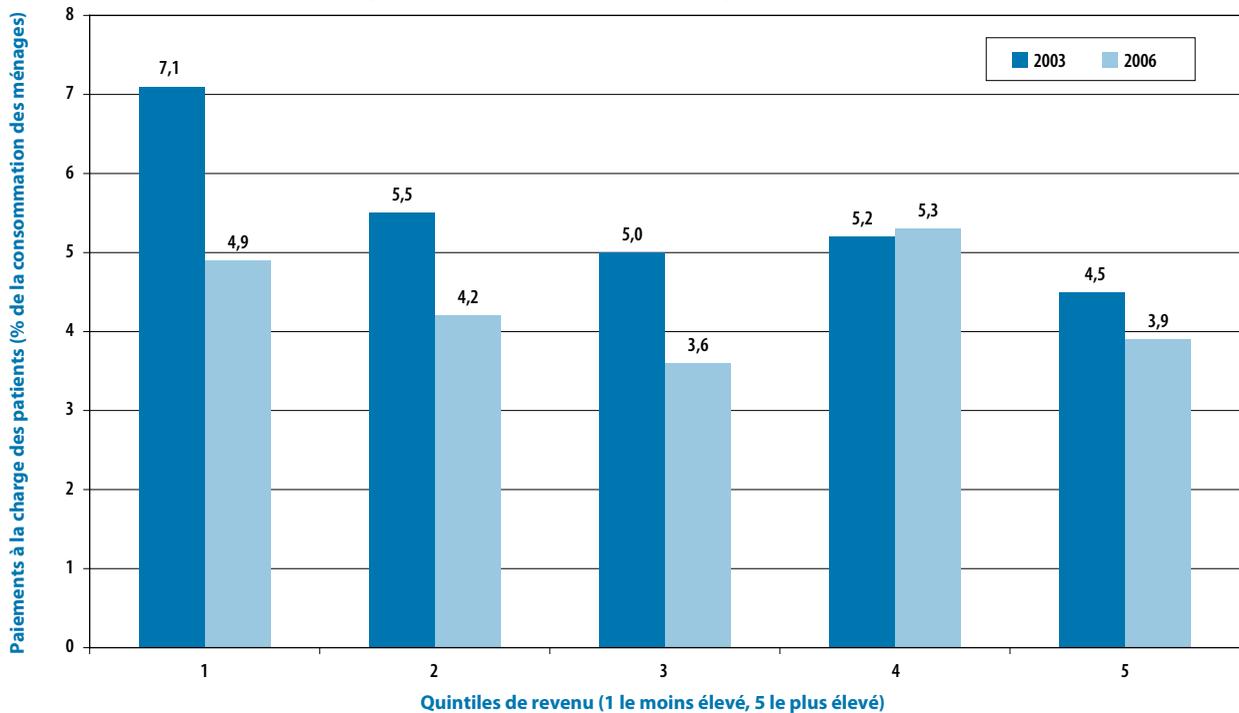
Source: Xu et al. (213).

ambulatoires, les médicaments, les tickets modérateurs concernant les hospitalisations, d'autres honoraires officiels pour les examens de laboratoire et les diagnostics, et les paiements informels versés aux prestataires au titre de médicaments et de fournitures. L'utilisation des services parmi la tranche de 40 % de la population qui a le revenu le plus bas a augmenté, ce qui semble indiquer à nouveau que la couverture, tant l'accès que la protection contre les risques, s'est améliorée pendant cette période (215).

Il résulte de la tendance des dépenses de santé effectuées dans la Région que la protection financière reste un sujet de préoccupation. En général, les pays riches ont un secteur public plus important et accordent un degré plus élevé de priorité à la santé dans l'allocation des ressources publiques. Les dépenses de santé des pouvoirs publics sont par conséquent plus élevées, ce qui se traduit par de plus faibles paiements à la charge des patients et un moindre risque de dépenses de santé ruineuses pour les ménages.

Il y a cependant de nombreuses exceptions et la nécessité d'assurer une protection financière reste donc un sujet de préoccupation dans l'ensemble de la Région, et non uniquement dans les pays à faible revenu. De plus, les variations entre pays en ce qui concerne les paiements à la charge des patients pour un niveau donné de dépenses de santé des pouvoirs publics indiquent que les décisions relatives au financement de la santé revêtent également de l'importance. La troisième partie du présent document aborde les tendances récentes en matière de politique de financement de la santé.

**Figure 2.36. Paiements moyens à la charge des patients pour des soins de santé, en proportion du total de la consommation des ménages par quintile de revenu, Kirghizistan, 2003 et 2006**



Source : Mid-term review report: Manas Taalimi Health Sector Strategy (215).

## Réduction du manque d'équité en santé et accès aux soins de santé

La section précédente a présenté le lien qui existe entre les déterminants sociaux de la santé et le manque d'équité en matière de santé (84), et mis l'accent sur l'augmentation du manque d'équité en matière de santé tant dans les pays de la Région européenne à revenu élevé que dans les pays à revenus faible et intermédiaire (9,92). En raison de la récession économique mondiale, il est particulièrement urgent de choisir des options d'action et de déterminer ce qui peut être fait et ce qui est efficace.

### Agir en utilisant le système de santé

Les systèmes de santé représentent un déterminant de santé crucial, et une répartition inégale des soins est un déterminant social de la santé (6). Les systèmes de santé doivent veiller à ce que leurs politiques et interventions n'accroissent pas involontairement le manque d'équité socioéconomique et sanitaire. En outre, ils peuvent s'attaquer directement aux effets du manque d'équité sanitaire d'origine sociale grâce aux services de santé, et agir sur les déterminants sociaux de la santé qui sont extérieurs au secteur de la santé (6,217). Les possibilités d'action du secteur de la santé vont au-delà des services de soins de santé et englobent d'autres fonctions du système de santé, en particulier la fonction de direction (*stewardship*).

Trois types d'action des systèmes de santé peuvent contribuer à réduire le manque d'équité en matière de santé :

- remédier à ses propres insuffisances en s'attaquant aux types de manque d'équité relatifs aux services de santé qui contribuent au manque d'équité sur le plan de l'état de santé ;
- prévenir les atteintes à la santé qui sont causées par des conditions de vie défavorables, ou y remédier ;
- s'attaquer à la pauvreté et à d'autres déterminants sociaux plus larges de la santé de façon plus directe, notamment en menant une action de sensibilisation auprès d'autres secteurs pour qu'ils réalisent des changements, via la fonction de direction (*stewardship*) (218).

L'action visant à remédier aux insuffisances du système de santé peut prendre diverses formes : fournir des services qui contrecarrent la tendance selon laquelle il existe une corrélation inverse entre la disponibilité de soins de santé de qualité et les besoins du groupe de la population desservi (*inverse care law* ou loi de la relation inverse en matière de soins), adapter l'allocation des ressources à des besoins accrus, offrir un ensemble complet de services universels, voire empêcher les systèmes de santé de contribuer à la pauvreté.

Par exemple, la Pologne renforce son système national d'assurance maladie grâce à des mécanismes législatifs et réglementaires qui visent à améliorer l'accès des groupes vulnérables à des services universels de soins de santé. Cinq solutions législatives ou réglementaires ont été adoptées pour faire en sorte que les personnes à faible revenu aient un meilleur accès aux soins de santé, notamment en donnant un libre accès à des services de santé financés par les pouvoirs publics destinés aux personnes non assurées et en protégeant l'accès aux soins dentaires des personnes assurées. Les changements ont résulté de la surveillance des effets de l'adoption du nouveau système d'assurance maladie universel : toutes les informations relatives à l'exclusion non intentionnelle ont été analysées afin de repérer des groupes sociaux nouveaux ou exclus, de façon à ce qu'ils puissent être inclus dans la législation afin d'assurer l'équité de l'accès aux services de santé. Le suivi effectué après la mise en œuvre du nouveau système a permis de constater que le nombre de bénéficiaires était plus faible que prévu et que les dépenses totales étaient elles aussi inférieures aux prévisions.

Cependant, et d'après les conclusions d'une analyse plus approfondie, l'utilisation des services était la plus importante dans les circonscriptions administratives englobant des grandes villes (telles que Varsovie), là où se concentrent surtout les populations à bas revenus et vraisemblablement non assurées (comme les sans-abris), ou ayant diffusé des informations sur les nouveaux droits là où vivent ces catégories de populations (219).

La méthode d'affectation des ressources qui est utilisée par le ministère anglais de la Santé représente un autre exemple intéressant. En effet, une pondération permet de tenir compte des besoins sanitaires supplémentaires des organismes de soins primaires situés dans des zones défavorisées (220,221).

L'action menée pour prévenir les atteintes à la santé causées par une situation défavorisée ou y remédier prend la forme de services de soutien supplémentaires qui répondent à des besoins accrus. Il s'agit notamment de renforcer les services sensibles ou certains services de prévention des maladies et de promotion de la santé, et les activités intersectorielles ou plurisectorielles mises en œuvre pour faire face aux effets néfastes d'une situation défavorisée. L'encadré 2.5 présente deux exemples d'activités menées à cette fin (222-224).

### Encadré 2.5. Remédier aux effets néfastes d'une situation défavorisée

#### Réforme de la santé en milieu carcéral en Angleterre et au pays de Galles

Les détenus sont souvent issus de groupes pauvres, défavorisés et marginalisés de la société, qui sont particulièrement vulnérables aux maladies transmissibles telles que l'infection à VIH, d'autres infections sexuellement transmissibles et la tuberculose. Si le ministère de la Santé est responsable de la santé des détenus, il a créé un partenariat égal avec les services pénitentiaires en vue d'offrir des services de santé améliorés aux personnes incarcérées. Dans le cadre de l'initiative *Service de santé du Nord-Ouest* (Angleterre), *Objectif : bien-être*, un financement supplémentaire a été octroyé pour favoriser un régime alimentaire sain, l'activité physique et une bonne santé mentale parmi les détenus de 17 prisons. Le but à long terme est d'améliorer les perspectives d'emploi des détenus, grâce à l'affectation de ressources spéciales de promotion de la santé, et d'améliorer les connaissances des familles des détenus en matière de santé. Cette initiative associe de nombreux partenaires et parties prenantes relevant d'autres organismes, y compris des organisations non gouvernementales (222,223).

#### Roumanie : démarche communautaire en matière de tuberculose

La tuberculose est un problème de santé publique qui fait sa réapparition et progresse régulièrement en Roumanie. Elle touche en particulier la population rom. La pauvreté et la marginalisation des Roms ont entraîné des taux élevés de mortalité par tuberculose, d'absence de traitement et d'échec. En se fondant sur une enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques, et sur d'autres données, le ministère de la Santé et HealthRight International ont conçu une campagne communautaire d'information, d'éducation et de communication, afin d'accroître les connaissances relatives à la tuberculose dans les groupes vulnérables et les Roms de certains départements, de réduire la stigmatisation liée à la tuberculose et les attitudes négatives à l'égard de celle-ci au sein de ces groupes, et d'accroître le taux de détection de cas et l'observance du traitement contre la tuberculose (224). L'évaluation menée a révélé que les répondants touchés par cette campagne étaient mieux informés que les autres au sujet du traitement et de la transmission de la tuberculose. À l'issue de cette initiative, le ministère de la Santé a engagé des éducateurs faisant partie du groupe cible comme médiateurs de santé pour les Roms. En ce qui concerne l'élaboration de politiques et la fonction de direction (*stewardship*), cette initiative a fourni un important retour d'informations et des données qui ont permis d'adapter le programme national de lutte contre la tuberculose.

Les mesures prises à l'égard de la pauvreté et des déterminants plus larges de la santé englobent directement des actions du système de santé telles qu'une coopération intersectorielle et des évaluations d'impact sanitaire portant sur des politiques nationales ou sous-nationales relevant ou non du secteur de la santé.

Par exemple, les évaluations d'impact sur la santé axées sur l'équité et consacrées à des plans de développement régionaux permettent de mettre en évidence les effets potentiels de ceux-ci sur l'équité en matière de santé, et de recommander des moyens de les renforcer pour maximiser et répartir plus équitablement les améliorations de la santé potentielles. Il faut aussi prendre en compte le système de santé en tant qu'important employeur aux niveaux national et sous-national. L'encadré 2.6 présente un exemple provenant de Norvège (225,226).

### Encadré 2.6. Norvège : activité intersectorielle relative au gradient social

La stratégie nationale que la Norvège a adoptée pour réduire les inégalités sociales de santé (225), ainsi que les rapports du Parlement sur l'emploi, la protection sociale et l'intégration, et les interventions précoces en vue d'un apprentissage tout au long de la vie, font partie de la politique globale que les pouvoirs publics mettent en œuvre pour réduire le manque d'équité sociale, favoriser l'intégration sociale et lutter contre la pauvreté. Il s'agit de l'une des premières politiques nationales dont l'objet explicite est de s'attaquer au gradient social en santé.

Cette stratégie nationale énonce des principes directeurs qui doivent guider les efforts que le gouvernement et les ministères accomplissent pour réduire les inégalités sociales en matière de santé au cours de la prochaine décennie. Son objectif premier est de réduire ces inégalités en procédant à un nivellement par le haut. Cette stratégie donne suite aux informations sanitaires utilisables qui démontrent que les inégalités sociales en matière de santé touchent l'ensemble des groupes de la population en Norvège (226). Les quatre priorités sont les suivantes :

- réduire les inégalités sociales qui contribuent aux inégalités de santé en recourant à des moyens tels que la création de conditions de vie sûres pour les enfants, une vie professionnelle bien intégrée et des lieux de travail sains ;
- réduire les inégalités de santé qui découlent du comportement en matière de santé et de l'utilisation des services de santé, en recourant à des moyens tels que la réduction du deuxième plafond des paiements réclamés aux patients et des activités intersectorielles visant à élaborer des programmes systématiques d'activité physique, de conseils diététiques et d'arrêt du tabagisme ;
- mener des initiatives ciblées pour promouvoir l'intégration sociale grâce à des moyens tels que la création de meilleures conditions de vie pour les plus défavorisés ;
- accroître les connaissances et concevoir des outils intersectoriels pour développer les connaissances concernant les causes et les mesures efficaces.

Le système de santé peut également coopérer avec d'autres acteurs pour s'attaquer directement aux déterminants sociaux plus larges de la santé en utilisant des programmes de prestations en espèces. Celles-ci constituent des incitations, car les prestations sont versées lorsque certaines conditions sont remplies, par exemple lorsque des enfants bénéficient de services de santé et fréquentent l'école, que les femmes reçoivent des soins prénatals et que de jeunes chômeurs acceptent des conseils en vue de la recherche d'un emploi (227).

Selon les conclusions d'un examen récent des données mondiales concernant l'exclusion sociale, « les programmes de transferts conditionnels ont toute une série de résultats positifs à court et moyen termes, en particulier une amélioration légère mais importante de l'état de santé » (227). Néanmoins, les programmes de ce type posent des problèmes dans les milieux à faible revenu. Les modifications recommandées pour maximiser les bienfaits potentiels en termes de santé et d'équité prévoient, en effet, d'utiliser leur caractère conditionnel uniquement quand il est nécessaire pour atteindre le résultat recherché, et d'offrir des prestations en espèces plus élevées ou d'améliorer la qualité des services (227). Les éléments récemment ajoutés au programme de transferts de prestations en espèces au Kirghizistan (encadré 2.7) (228) montrent que ce type de programme peut être adapté en vue d'une amélioration de l'équité en matière de santé. Les programmes de transferts de liquidités font de plus en plus souvent partie des stratégies de réduction de la pauvreté et des initiatives visant à atténuer l'exclusion sociale.

### Liens avec les fonctions du système de santé

Les trois catégories mentionnées plus haut englobent des actions menées dans le cadre d'au moins une des fonctions du système de santé (190). Le tableau 2.24 présente des exemples d'action du système de santé afin d'illustrer l'importance de ces fonctions pour la réduction du manque d'équité en matière de santé. Les quatre éléments du système de santé jouant un rôle crucial dans la promotion de l'équité (217,218) sont les suivants :

- l'utilisation d'une action intersectorielle associant l'ensemble des ministères en vue de favoriser la santé de la population ;
- les dispositions et pratiques organisationnelles qui associent les groupes de la population et les organisations de la société civile ;
- un universalisme progressif : le financement des soins de santé et les dispositions relatives à la dispensation des services qui visent une couverture universelle en ce qui concerne certaines prestations destinées aux personnes socialement défavorisées et aux groupes marginalisés ;
- la réactivation de la démarche globale reposant sur les soins de santé primaires.

En conséquence, ces éléments constituent un important fondement pour la conception et l'évaluation d'actions du système de santé en vue de pallier le manque d'équité en matière de santé.

#### Encadré 2.7. Éléments ajoutés au programme de prestations en espèces au Kirghizistan

En 2008, la Banque mondiale a approuvé l'octroi d'un montant supplémentaire de 10 millions d'USD pour contribuer au financement du programme de versement de prestations en espèces au Kirghizistan, afin de faire face à l'augmentation vertigineuse du prix des denrées alimentaires, telle que la multiplication par trois du prix du pain, en raison de laquelle certaines familles risquaient de ne pas pouvoir acheter suffisamment d'aliments pour leurs enfants (228). Les 450 000 personnes qui recevaient déjà des prestations en espèces bénéficieraient d'un versement supplémentaire de 10 %. Le programme reposait sur une stratégie visant à réduire le nombre de personnes qui avaient droit aux prestations mais ne les recevaient pas. Pour faire face à ce problème, des assistants sociaux interrogent les familles pour leur faire connaître ce programme et faire en sorte que tous ceux qui ont droit aux prestations reçoivent les fonds destinés à permettre l'achat d'aliments.

**Tableau 2.24. Présentation de trois types d'action visant à remédier au manque d'équité en santé d'origine sociale par fonction du système de santé**

Fonction	Action du système de santé : exemples		
	Le système de santé remédie à ses propres insuffisances : initiatives d'activités sensibles aux inégalités, Service national de santé, zone métropolitaine de Glasgow et de la Clyde, et lutte contre la discrimination, Écosse (Royaume-Uni) (229)	Les services de santé préviennent les atteintes à la santé causées par une situation défavorisée, et y remédient : initiative de foyers favorables à la santé de Liverpool, Angleterre (Royaume-Uni) (230)	Les services de santé préviennent les atteintes à la santé causées par une situation défavorisée ou y remédient : une stratégie de lutte antituberculeuse appliquée à la communauté rom de Roumanie (224)
<b>Prestation de services</b>	Sevrage tabagique adapté au sexe dans les services de maternité, en vue de renforcer les capacités à aider les femmes enceintes à cesser de fumer Service aux personnes confinées à domicile pour permettre la prestation de soins primaires à des groupes difficiles à atteindre	Évaluation des besoins sanitaires et orientation vers des services de santé appropriés, y compris des formateurs en santé, des infirmiers de promotion de la santé et des conseillers en modes de vie là où cela se justifie	Facilitation de l'accès et du recours des Roms aux services de diagnostic et de traitement existants en assurant la formation des prestataires de services de santé spécialisés dans la tuberculose (médecins et infirmiers) et des médecins locaux Stratégie davantage axée sur les clients se soldant par une meilleure utilisation des services de santé
<b>Financement</b>	Des fonds sont disponibles pour financer la participation de personnes handicapées à la mise en place de nouveaux services Plan d'allocation des ressources pour la santé communautaire et partenariats de soins en vue de services destinés à des enfants et à des personnes âgées, grâce à l'utilisation de la pauvreté comme indicateur	Des structures de financement des services de santé et d'allocation des ressources destinées aux autorités locales de santé permettent la mise en commun de fonds en vue de la création d'un partenariat et d'une initiative intersectorielle entre le secteur de la santé et d'autres acteurs, tels que le conseil municipal	Services financés par le Programme national de lutte contre la tuberculose Financement supplémentaire d'organisations non gouvernementales (Agence américaine pour le développement international et Open Society Institute) pour les composantes pédagogiques ciblées du projet, et recrutement d'éducateurs de pairs et d'infirmiers de proximité Le ministère de la Santé désormais également chargé du financement et de la gestion des composantes pédagogiques ciblées/sélectives du projet
<b>Obtention de ressources</b>	Des centres d'accès direct devraient améliorer l'accès de personnes vivant dans des quartiers défavorisés à des services de santé et des services sociaux Formation de praticiens et de personnel du Service national de santé à la sensibilisation aux inégalités et à la façon dont celles-ci influent sur la santé et le bien-être	Partenariat bénéficiant de la participation de l'organisme local de soins primaires : 27 professionnels du Service national de santé et des services de l'administration locale ont participé à cette activité pendant trois ans, pour un coût total de 4 millions de GBP, en plus d'un investissement en capital de 4,7 millions de GBP	Éducateurs de pairs sélectionnés dans la communauté rom et formés afin de transmettre un message sanitaire sur la tuberculose Plus de la moitié des éducateurs recrutés par le ministère de la Santé au terme du projet afin de poursuivre leurs activités avec la communauté rom, le personnel médical et les autorités de santé publique
<b>Direction (stewardship)</b>	Amélioration des informations sanitaires utilisables : développement de la collecte et de la ventilation d'informations sur les patients par sexe, race, handicap et orientation sexuelle	Réalisations de travaux dans les logements loués les plus malsains (par exemple, pour éliminer de graves dangers pour la santé détectés par des inspecteurs de la santé environnementale) pour lutter contre les dangers qui menacent le plus la santé et la vie, en particulier chez les personnes vulnérables	Informations sanitaires utilisables et surveillance améliorées par une étude de référence visant à recenser les connaissances, comportements et pratiques en matière de tuberculose chez les Roms de trois pays Recommandations politiques améliorées par l'utilisation des conclusions de l'étude sur lesquelles reposent la formation des éducateurs de pairs et l'élaboration du matériel approprié d'information, de communication et pédagogique relatif à la tuberculose et destiné aux Roms ; et par l'utilisation des résultats du projet pour réviser le Programme national de lutte contre la tuberculose Étude de référence pour évaluer l'impact et les résultats du projet Coalitions renforcées entre le ministère de la Santé et des organisations non gouvernementales

### Modification de la conception et de l'exécution des programmes de santé publique

Des informations factuelles nouvelles et de plus en plus nombreuses indiquent la façon de concevoir et d'exécuter des programmes de santé publique (relatifs aux maladies transmissibles et non transmissibles) en vue d'améliorer l'équité en matière de santé et d'accroître la couverture des services offerts. Le Réseau des connaissances sur les problèmes de santé publique prioritaires (231) a examiné 14 maladies non transmissibles et transmissibles et questions connexes, dont la violence et les traumatismes, la tuberculose, le paludisme, les maladies tropicales mal soignées, les troubles liés à l'alcool, la santé

des enfants, les maladies cardiovasculaires, le diabète, la sécurité sanitaire des aliments, l'infection à VIH, la santé maternelle, la santé mentale, la nutrition, la santé buccodentaire, la santé sexuelle et génésique et le tabagisme. Son rapport final n'est pas encore publié, mais les résultats préliminaires, qui ont été communiqués à l'OMS, indiquent des méthodes qui permettent de rendre les programmes plus efficaces et plus équitables.

Selon Blas et al., « ... on dispose de multiples occasions d'adapter la conception et la mise en œuvre coordonnée de ces initiatives pour accroître l'équité en matière de santé lorsqu'une démarche axée sur les déterminants sociaux de la santé est adoptée » (232). Pour cela, il faut repérer les obstacles à l'accès au programme de santé publique et les éléments qui facilitent ce dernier, notamment en analysant les déterminants sociaux de la santé qui ont des effets sur l'accessibilité, l'acceptabilité et l'adéquation des programmes (233) et réduisent par conséquent la couverture efficace ou accroissent le manque d'équité en matière de santé (231). Selon une étude récente (234), une bonne exécution d'interventions conformes aux meilleures pratiques actuelles portant sur quatre facteurs de risque classiques pour réduire la prévalence des coronarites dans des groupes de niveaux socioéconomiques élevé et faible peut réduire l'essentiel du manque d'équité qui caractérise la mortalité due à cette cause.

À l'aide de cette démarche, les programmes de santé publique peuvent agir individuellement ou collectivement pour obtenir des résultats plus équitables sur le plan de l'état de santé, en particulier lorsque des problèmes sanitaires, tels que la tuberculose, l'infection à VIH et une mauvaise nutrition, ont des déterminants sociaux communs. En conséquence, pour parvenir à une plus grande équité en matière de santé, il faut non seulement mettre en œuvre de nouveaux ensembles d'interventions, mais probablement aussi modifier l'organisation et le fonctionnement des programmes de santé publique, notamment en faisant participer des secteurs autres que la santé d'une manière générale et non à titre exceptionnel (encadré 2.8) (231).

### Conception d'une démarche systématique permettant de mesurer et d'évaluer l'action menée par les systèmes de santé

La présente section passe en revue les différents types d'action que les systèmes de santé prennent dans l'ensemble de la Région européenne pour réduire le manque d'équité sanitaire qui sont d'origine sociale. Ces actions traduisent le fait que les pays acceptent de plus en plus la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre, au sein des systèmes de santé, des politiques qui

#### Encadré 2.8. Axer un programme national de lutte contre la tuberculose sur les déterminants sociaux de la santé

La tuberculose reste une menace croissante pour la santé publique au Tadjikistan. Ce dernier est l'un des 18 pays hautement prioritaires pour la mise en œuvre de la stratégie actualisée Halte à la tuberculose (144). Un gradient social relatif à la tuberculose existe dans tous les pays : le risque de contracter cette maladie est beaucoup plus élevé chez les personnes qui ont un bas niveau socioéconomique. Un réseau mondial de l'OMS, qui a mené des activités dans le cadre du Réseau des connaissances sur les problèmes de santé publique prioritaires de la Commission des déterminants sociaux de la santé, a examiné le rôle des facteurs de risque de la tuberculose et des déterminants sociaux de la santé. Il s'est plus particulièrement penché sur la façon de combiner les démarches actuelles, telles que la stratégie Halte à la tuberculose, avec une action préventive qui prévoit notamment la réduction de la vulnérabilité des individus à contracter la tuberculose en tenant compte de déterminants tels que les migrations.

Compte tenu du niveau élevé des migrations de la main-d'œuvre et de l'incidence de la tuberculose au Tadjikistan, le ministère de la Santé procède à une enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques relatives à la tuberculose parmi les travailleurs migrants, afin de mieux comprendre comment ce facteur influe sur le traitement de la tuberculose et d'améliorer la couverture et les résultats du programme. L'OMS et l'Organisation internationale pour les migrations aident le ministère de la Santé à améliorer les informations sanitaires utilisables portant sur les migrations de la main-d'œuvre comme déterminant social de la santé et ses effets sur la tuberculose (235).

visent à réduire le manque d'équité, comme le préconise la Charte de Tallinn (36). De plus, il est tenu compte d'une demande de plus grande spécificité des informations sanitaires concernant la manière dont ces actions influent sur le manque d'équité, à savoir : la mesure de l'ampleur relative ou absolue du manque d'équité, la mise à disposition des données pertinentes et la détermination des actions ou politiques qui sont les plus efficaces. Des pays tels que la Lituanie, la Norvège, la Slovaquie, la Slovénie et le Royaume-Uni ont fait des investissements importants pour améliorer l'évaluation de la performance des politiques visant à réduire le manque d'équité sanitaire d'origine sociale.

Ce qui précède donne à penser que les informations concernant les actions menées par les systèmes de santé pour remédier au manque d'équité sanitaire doivent être recueillies de façon plus systématique, afin d'aider les responsables politiques et de guider l'élaboration des politiques dans ce domaine, notamment du point de vue de la possibilité de transférer certaines actions d'un pays à l'autre de la Région. C'est du reste ce qui découle des recommandations issues d'autres initiatives importantes prises à cet égard, telles que le projet Eurothine sur le manque d'équité sanitaire d'origine sociale, qui a recommandé la création d'une banque de données et d'un Bureau européen de centralisation des informations sur les initiatives concernant l'équité (92).

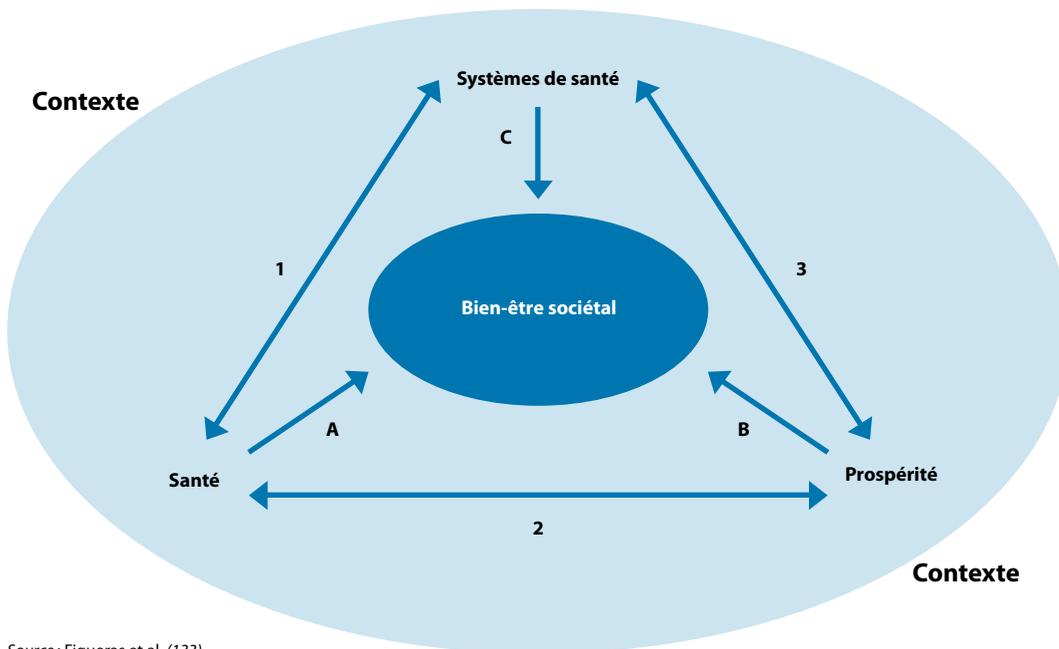
Enfin, toutes les actions décrites exigent une modification de la démarche adoptée pour concevoir, fournir et évaluer les services de santé. De même, cette considération a des incidences pour les ressources humaines, et nécessite une modification des méthodes de formation de toutes les personnes qui travaillent dans le système de santé pour qu'elles soient plus conscientes non seulement des effets des déterminants sociaux sur les résultats obtenus au niveau de l'état de santé, mais également de la façon de réagir de façon appropriée et de ne pas aggraver le manque d'équité sanitaire déjà existante.

## Contribution à la santé et au bien-être social

Les dépenses de santé continuent à augmenter plus rapidement que le revenu national. Ces dernières décennies, cette tendance a orienté l'attention des responsables vers des initiatives de maîtrise de dépenses. Cependant, comme l'on connaît de mieux en mieux l'interdépendance entre la santé et la prospérité, la valeur que les citoyens et les sociétés accordent à la santé et au rôle des systèmes de santé dans l'amélioration de celle-ci offre des arguments convaincants en faveur d'un réexamen de cette préoccupation déjà ancienne pour la maîtrise des dépenses (133). Au lieu de se soucier uniquement de réduire les dépenses de santé, les responsables politiques pourraient considérer que l'augmentation des dépenses affectées à des soins de santé efficaces contribue à rendre l'économie plus productive et permet d'améliorer la santé et le bien-être. Le renforcement des systèmes de santé, qui repose sur des informations solides concernant le rapport coût/efficacité et une évaluation de la performance, peut donc potentiellement améliorer la santé, accroître la prospérité et augmenter le bien-être social.

Les liens complexes qui existent entre les systèmes de santé, la santé et le bien-être peuvent être conçus comme un triangle qui décrit les relations causales, directes et indirectes entre ces trois dimensions (figure 2.37). La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », tenue en juin 2008 à Tallinn (Estonie), a permis aux participants d'examiner la façon dont les liens entre ces trois dimensions se concrétisent aux niveaux pratique et politique dans la Région européenne.

**Figure 2.37. Relations entre les systèmes de santé, la santé, la prospérité et le bien-être social**



Source : Figueras et al. (133).

La Charte de Tallinn, qui est le fruit de cette Conférence, repose donc sur un engagement commun à optimiser les résultats au sein de cette constellation composée des systèmes de santé, de la santé et de la prospérité (36,37).

Le bien-être social peut être conçu comme le bien-être total de l'ensemble de la société : il englobe le bonheur et la qualité de la vie, ainsi que les éléments plus larges des aspects environnementaux, sociaux et spirituels de la vie. Comme l'illustre le triangle conceptuel, les systèmes de santé contribuent à un bien-être social plus large et ce, de trois façons principales. En effet, ils :

1. contribuent à la santé et au bien-être, tant directement qu'en influant sur la création de richesses ;
2. contribuent à la croissance économique ;
3. augmentent directement le bien-être social, étant donné que les sociétés apprécient l'existence et l'accessibilité des services de santé et en tirent une satisfaction.

### **Les systèmes de santé améliorent la santé et le bien-être**

Les responsables politiques de l'ensemble de la Région européenne donnent la priorité à des systèmes de santé qui améliorent la santé de la population (voir plus haut la section concernant l'amélioration des résultats sur le plan de l'état de santé). Les fonctions combinées des systèmes de santé visent à améliorer la santé par les moyens suivants : fournir des services efficaces et de qualité élevée d'une manière qui soit équitable et réponde aux besoins des patients ; financer les soins de santé de façon équitable, en séparant le paiement de l'obtention des services ; investir dans une main-d'œuvre qualifiée et souple, et dans des technologies novatrices ; et assurer une réglementation et une direction (*stewardship*), pour que toutes les fonctions aillent dans le sens des objectifs plus larges du système de santé.

L'existence et l'accessibilité des systèmes de santé améliorent directement non seulement la santé, mais aussi le bien-être sociétal et la cohésion sociale. Les États membres européens de l'OMS ont explicitement reconnu que les sociétés accordent une valeur particulière à la santé, en déclarant qu'ils se soucient de la protection de la santé, de l'équité et de la solidarité (36). En outre, l'amélioration de la santé, mesurée en années de vie en bonne santé, est un indicateur des progrès réalisés en vue de l'amélioration de la compétitivité économique et de la cohésion sociale dans le cadre de la stratégie de Lisbonne de l'UE pour la croissance et l'emploi.

La fonction d'amélioration de la santé qui est celle des systèmes de santé a été évaluée de façon empirique et fait l'objet de débats depuis des décennies. Certaines études ont examiné la façon dont les services de santé individuels influent sur la charge de morbidité en procédant à un inventaire. Les études de ce type ont mis en évidence un effet positif sur la santé en termes de réduction du nombre de cas de maladie ou de mortalité, bien que les conclusions tirées reposent sur le principe que les améliorations mises en évidence par des essais cliniques se traduisent par des améliorations au niveau de l'ensemble de la population (187). D'autres études reposent sur une démarche axée sur la fonction de production ; elle repère les moyens mis au service de la santé et d'autres variables explicatives qui sont corrélées de façon significative avec les résultats sur le plan de l'état de santé. Bien qu'un grand nombre d'études de ce type aient mis en évidence des corrélations significatives entre les dépenses consenties pour la santé et les résultats obtenus, leurs limitations méthodologiques, qui résultent souvent de problèmes de disponibilité de données, ne leur permettent pas de tirer des conclusions définitives concernant une relation de cause à effet. Une troisième démarche vise à suivre les décès qui auraient pu être évités grâce à des soins. Le nombre de ces décès a baissé dans la plupart des pays depuis les années 1980, ce qui donne à penser qu'une amélioration des soins de santé a eu des effets positifs sur les résultats (186,236). En outre, les taux de mortalité évitable varient considérablement d'un pays à l'autre. Cela suggère que les responsables politiques peuvent améliorer la santé de la population en optimisant la performance du système de santé.

Au-delà des soins de santé aux malades en phase aiguë, les informations factuelles disponibles indiquent également la façon dont les initiatives de santé publique influent sur la santé de la population. Les programmes de santé publique peuvent améliorer davantage la santé, pour un coût déterminé, que certains types d'interventions relevant des soins aux malades en phase aiguë. Outre leurs avantages pour la santé, de nombreux programmes de santé publique, tels que les interventions destinées aux enfants en bas âge et les initiatives concernant les lieux de travail sains, peuvent également offrir d'importants avantages économiques, notamment en améliorant les prestations scolaires chez les enfants et les performances professionnelles chez les adultes en âge de travailler (237).

Comme cela a été souligné dans la section précédente relative aux déterminants sociaux de la santé, les inégalités de santé d'origine sociale sont importantes dans la Région européenne. Cependant, des informations factuelles de plus en plus nombreuses indiquent les causes des inégalités et les mécanismes potentiels qui permettent de les réduire grâce au système de soins de santé ou à une politique sociale plus large (238). La réduction des inégalités par l'amélioration de la santé des personnes relativement défavorisées aurait pour effet non seulement d'améliorer la santé de la population dans son ensemble, mais également d'accroître potentiellement le bien-être social, de part un accroissement de l'équité. Les responsables politiques d'Europe reconnaissent que tant la santé que l'équité en matière de santé sont des éléments importants du bien-être social et indiquent un progrès social (133).

Les systèmes de santé doivent jouer un rôle important dans la réduction des inégalités de santé grâce aux soins de santé et aux initiatives de santé publique qui améliorent la santé, mais également au moyen de leurs mécanismes organisationnels qui influent sur les caractéristiques de l'utilisation des services dans les différents groupes sociaux. Bien que les personnes jouissant d'une situation socioéconomique avantageuse aient en moyenne une meilleure santé que les autres, dans la plupart des pays, elles utilisent davantage les services de santé spécialisés et préventifs que les personnes qui se trouvent dans une moins bonne situation socioéconomique. En même temps que les facteurs culturels et géographiques, les méthodes utilisées pour financer les soins de santé ont des effets sur les modes d'utilisation des services. Il a été montré que les paiements à la charge des patients réduisent l'utilisation de services nécessaires, en particulier chez les personnes à bas revenu. Les groupes jouissant d'une bonne situation socioéconomique souscrivent plus souvent une assurance privée, et la couverture obtenue ainsi peut leur permettre d'avoir un accès plus rapide à des services nécessaires ou de réduire les paiements qui sont à leur charge pour l'utilisation des services publics (239). En conséquence, pour réduire les inégalités de santé, les responsables politiques doivent examiner les facteurs multiples qui influent sur l'inégalité afin d'offrir des services ciblés aux personnes appartenant aux catégories socioéconomiques inférieures et de travailler en transcendant les frontières entre les secteurs (238).

### **La santé contribue à la prospérité et au bien-être**

La santé contribue au bien-être tant directement qu'indirectement. Sa contribution directe est largement connue : la santé est une dimension critique du bien-être, de sorte que les conventions internationales et les législations nationales reconnaissent qu'il s'agit d'un droit de l'Homme. Cependant, la santé a également des effets indirects sur le bien-être dans la mesure où elle accroît la productivité économique et la prospérité aux niveaux individuel et sociétal. S'il est complexe d'estimer la valeur que les sociétés accordent à la santé en termes monétaires, des études suggèrent que cette valeur est très élevée. Une analyse portant sur les pays d'Europe occidentale suggère que l'accroissement de l'espérance de vie observé au cours des trois décennies écoulées est allé de pair avec des améliorations du bien-être représentant au total environ un tiers du PIB (240).

La santé engendre la croissance économique si elle influe sur un élément de l'économie. Le PIB est la mesure la plus fréquente de la taille de l'économie ; ses composantes comprennent le capital physique et la main-d'œuvre, qui peuvent tous deux être influencés par la santé. Par exemple, les personnes en bonne santé contribuent généralement de façon plus productive à la main-d'œuvre et ont des rémunérations plus élevées que les autres. En outre, elles ont des incitations économiques plus fortes pour investir dans l'instruction et la formation, ce qui favorise une plus grande productivité de la main-d'œuvre. Les travaux de recherche et développement en matière de santé et de soins de santé stimulent également une croissance économique de plus grande envergure.

Des données empiriques soutiennent ces corrélations théoriques. Bien que les informations factuelles concernant la manière dont la santé influe sur la prospérité de façon macroéconomique n'aillent pas toutes dans le même sens, des études sur l'UE-15, les pays d'Europe centrale et orientale et les pays de la CEI (y compris une étude sur la Fédération de Russie) ont montré qu'une amélioration de la santé accroît la productivité économique (240). Les pays où, initialement, l'état de santé est moins bon, ont un potentiel plus important d'amélioration de l'économie. Par exemple, dans certains pays de la partie orientale de la Région, de faibles réductions de la mortalité pourraient entraîner une croissance du PIB de l'ordre de 20 à

40 % au cours des 25 prochaines années. En outre, de nombreuses études portant sur un pays particulier et sur plusieurs pays corroborent la théorie selon laquelle, sur le plan individuel, la santé physique et mentale influe sur la participation à la population active, les rémunérations et les décisions en matière de retraite (240).

La relation entre la santé et la prospérité est également bidirectionnelle : la prospérité est un important déterminant social de la santé. Sur les plans tant collectif qu'individuel, la prospérité influe de façon importante sur la santé, tant directement via les conditions matérielles que la prospérité crée qu'indirectement en raison de ses effets sociaux et psychologiques. En conséquence, les études doivent reposer sur des données longitudinales et des outils méthodologiques de façon à pouvoir indiquer le sens du rapport de cause à effet. De nombreuses études ont utilisé de telles méthodes, la plupart d'entre elles sur le plan individuel, et mis en exergue l'influence du revenu sur la santé et l'influence de la santé sur la prospérité.

### **Les systèmes de santé contribuent à la prospérité**

Les systèmes de santé contribuent au développement économique, étant donné qu'ils constituent souvent le principal employeur dans un pays et jouent un rôle important dans la création et la consommation de l'innovation technologique, et de la recherche et du développement. Néanmoins, cet effet direct de création de richesses suscité par les systèmes de santé n'est pas simple, et des investissements dans d'autres secteurs peuvent produire des rendements économiques plus importants. En outre, non seulement les systèmes de santé contribuent à la croissance économique, mais les dépenses de santé augmentent à mesure que le revenu national augmente lui-même.

Les liens entre les systèmes de santé, la santé, la prospérité et le bien-être sociétal constituent un cadre qui permet aux responsables politiques de mettre en balance les éléments essentiels de la prise de décisions, et de souligner l'importance d'une attitude qui va au-delà de la maîtrise des dépenses dans le cadre des réformes du secteur de la santé. Il est donc nécessaire de mesurer, d'évaluer et de surveiller la performance des systèmes de santé pour maximiser les améliorations de la santé et du bien-être sociétal. Tous les investissements dans les systèmes de santé n'engendrent pas des avantages pour la santé et l'économie. En conséquence, il est crucial de continuer à surveiller la façon dont les systèmes de santé et les initiatives de réforme du secteur de la santé influent sur l'amélioration de la santé de la population et sur les inégalités sanitaires.

## Références

1. Nolte E, McKee M, Gilmore A. Morbidity and mortality in the transition countries of Europe. In: Macura M, MacDonald AL, Haug W, eds. *The new demographic regime. Population challenges and policy responses*. New York, United Nations, 2005 ([http://www.unece.org/pau/\\_docs/pau/PAU\\_2005\\_Publ\\_NDRCh09.pdf](http://www.unece.org/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh09.pdf), accessed 28 June 2009).
2. Smits J, Monden C. Length of life inequality around the globe. *Social Science and Medicine*, 2009, 68:1114–1123.
3. Mackenbach JP. Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:181–184.
4. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).
5. Zaridze D et al. Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in the Russian Federation: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38:143–153.
6. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/fr/index.html](http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html), consulté le 2 septembre 2009).
7. Marmot M, Bell R. Action on health disparities in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 2009, 301:1169–1171.
8. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007, 370:1153–1163.
9. *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. Rotterdam, Erasmus University Medical Centre, 2007 (EUROTHINE Final Report; <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine>, accessed 28 June 2009).
10. *Report on health systems: health creates welfare – The role of the health system in Norwegian society, 2008*. Oslo, Norwegian Directorate of Health, 2008 ([http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00062/Health\\_creates\\_welfa\\_62299a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00062/Health_creates_welfa_62299a.pdf), accessed 28 June 2009).
11. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2004. Changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
12. *Statistiques sanitaires mondiales 2009*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
13. *Rapport sur la santé en Europe 2005. L'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/ehr2005?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).
14. Fogel RW. *Forecasting the cost of U.S. health care in 2040*. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2008 (NBER Working Paper 14361; <http://www.nber.org/papers/w14361>, accessed 28 June 2009).
15. European mortality database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://data.euro.who.int/hfamdb>, accessed 28 June 2009).
16. Shkolnikov V, McKee, Leon DA. Changes in life expectancy in the Russian Federation in the mid-1990s. *Lancet*, 2001, 357:917–921.

17. La santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/mdg/goals/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
18. OECD, World Bank. *OECD reviews of health systems – Turkey*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008.
19. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html), accessed 28 June 2009).
20. *Atlas of health in Europe*, 2nd ed. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080905\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080905_1), accessed 28 June 2009).
21. Hirte L et al. The changing regional pattern of ischaemic heart disease mortality in southern Europe: still healthy but uneven progress. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:e4.
22. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatization and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*, 2009, 373:399–407.
23. Bobak M, Marmot M. Societal transition and health. *Lancet*, 2009, 373:360–363.
24. Rutstein D et al. Measuring the quality of medical care. *New England Journal of Medicine*, 1976, 294:582–588.
25. Nolte E, McKee M. *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London, Nuffield Trust, 2004 (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomm/files/21404avoidablemortality2.pdf>, accessed 28 June 2009).
26. Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurology*, 2009; 8:345–354.
27. Nolte E, Bains C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care*, 2006, 29:1007–1011.
28. Mackenbach JP et al. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: an international study. *European Heart Journal*, 2000, 21:1141–1151.
29. Moon L, Waters A-M. *Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease in Australia: current picture and trends since the 1990s*. Canberra, Australian Institute for Health and Welfare, 2006 (Bulletin No. 37).
30. Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/cra/en](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en), accessed 28 June 2009).
31. Kjellstrom T et al. Comparative assessment of transport risks: how it can contribute to health impact assessment of transport policies. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:451–457.
32. *Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
33. Allender S et al. *European cardiovascular disease statistics 2008*. Oxford, European Heart Network, 2008.
34. McKee M, Nolte E. Health sector reforms in central and eastern Europe: how well are health services responding to changing patterns of health? *Demographic Research*, 2004, Special collection 2, Article 7: 163–181.
35. *Rapport sur la santé en Europe 2002*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2002, ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020913\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020913_1?language=French), consulté le 2 septembre 2009).

36. *La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2008, (<http://www.euro.who.int/document/e91439.pdf>, consulté le 2 septembre 2009).
37. *Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008. Rapport*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1?language=French), consulté le 2 septembre 2009).
38. Mackenbach JP. *Health inequalities: Europe in profile*. London, Department of Health, 2005.
39. Friedl L. *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/mentalhealth/topics/20090309\\_1](http://www.euro.who.int/mentalhealth/topics/20090309_1), accessed 28 June 2009).
40. Charge de morbidité environnementale : profils nationaux [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 ([http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/countryprofiles/fr/index.html](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/countryprofiles/fr/index.html), consulté le 2 septembre 2009).
41. *Preventable environmental impact on mortality and morbidity in countries of the WHO European Region (2007)*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/envhealth/data/20070831\\_4](http://www.euro.who.int/envhealth/data/20070831_4), accessed 28 June 2009).
42. Deaths and DALYs attributable to three environmental risk factors [online database]. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/entity/quantifying\\_ehimpacts/countryprofilesbd.xls](http://www.who.int/entity/quantifying_ehimpacts/countryprofilesbd.xls), accessed 28 June 2009).
43. Valent F et al. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet*, 2004, 363:2032–2039.
44. Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation [web site]. Geneva, World Health Organization and New York, United Nations Children’s Fund, 2009 (<http://www.wssinfo.org/en>, accessed 28 June 2009).
45. *Protocole sur l’eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l’utilisation des cours d’eau transfrontières et des lacs internationaux*. Genève, Commission économique pour l’Europe des Nations Unies et Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/Peh-ehp/ProtocolWaterf.pdf>, consulté le 2 septembre 2009).
46. *Air quality guidelines. Global update 2005. Particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E90038.pdf>, accessed 28 June 2009).
47. *Health risks of heavy metals from long-range transboundary air pollution*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E91044.pdf>, accessed 28 June 2009).
48. *Persistent organic pollutants (POPs) in human milk*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2007 ([http://www.enhis.org/object\\_document/04733n27532.html](http://www.enhis.org/object_document/04733n27532.html), accessed 28 June 2009).
49. *Résolution WHA60.26 de l’Assemblée mondiale de la santé. Plan d’action mondial pour la santé des travailleurs*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA60/A60\\_R26-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-fr.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
50. Pruss-Ustin A, Corvalan C. *Preventing disease through healthy environments – Toward an estimation of the environmental burden of disease*. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf), accessed 28 June 2009).

51. Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88037.pdf>, accessed 28 June 2009).
52. *Résolution EUR/RC55/R9 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur la prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922_1?language=French), consulté le 2 septembre 2009).
53. Confalonieri U et al. Human health. In: Parry ML et al., eds. *Climate change 2007: impacts, adaptation and vulnerability. Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007:391–431 (<http://www.ipcc-wg2.org>, accessed 28 June 2009).
54. Robine JM et al. Death toll exceeded 70 000 in Europe during the summer of 2003. *Comptes Rendus Biologies*, 2008, 331:171–178.
55. The PESETA project: impacts of climate change in Europe [web site]. Brussels, European Commission Joint Research Centre, 2009 (<http://peseta.jrc.ec.europa.eu/index.html>, accessed 28 June 2009).
56. Menne B et al., eds. *Protecting health in Europe from climate change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E91865.pdf>, accessed 28 June 2009).
57. *Résolution WHA61.19 de l'Assemblée mondiale de la santé sur le changement climatique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_R19-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R19-fr.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
58. Kovats RS, Ebi K, Menne B. *Methods of assessing human health vulnerability and public health adaptation to climate change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Health and Global Environmental Change Series, No. 1; [http://www.euro.who.int/globalchange/Publications/20031125\\_1](http://www.euro.who.int/globalchange/Publications/20031125_1), accessed 28 June 2009).
59. Kovats S, ed. *Health effects of climate change in the United Kingdom 2008. An update of the Department of Health report 2001/2002*. London, Health Protection Agency, Department of Health, 2008.
60. Mitis F, Martuzzi M, eds. *Population health and waste management: scientific data and available options. Report of a WHO workshop, Rome, Italy, 29–30 March 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E91021.pdf>, accessed 28 June 2009).
61. Martuzzi M et al. Cancer mortality and congenital anomalies in a region of Italy with intense environmental pressure due to waste. *Occupational and Environmental Medicine* (in press; doi:10.1136/oem.2008.044115).
62. *Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/nutrition/actionplan/20070620\\_3](http://www.euro.who.int/nutrition/actionplan/20070620_3), consulté le 2 septembre 2009).
63. International Public Health Symposium on Environment and Health Research: Science for policy, policy for science: bridging the gap, Madrid, Spain, 20–22 October 2008 [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/symposium2008>, accessed 28 June 2009).
64. Stahl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

65. *Déclaration d'Amsterdam – Relier les maillons de la chaîne : choix en matière de transports pour notre santé, l'environnement et la prospérité*. Genève, Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement, 2009 (<http://www.euro.who.int/document/E92357.pdf>, consulté le 2 septembre 2009).
66. Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/parma2010?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).
67. *Améliorer la santé : stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006, ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1?language=French), consulté le 2 décembre 2009).
68. *Rapport sur l'alcool dans la Région européenne de l'OMS. Document de référence pour le Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (EUR/RC55/BD/1 ; <http://www.euro.who.int/Document/RC55/fbd01.pdf>, consulté le 2 septembre 2009).
69. *The European tobacco control report 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070226\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070226_1), accessed 28 June 2009).
70. *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 – le programme MPOWER*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
71. Hibell B et al. *The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries*. Stockholm, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2007 (<http://www.espad.org/espad-reports>, accessed 28 June 2009).
72. *Le défi de l'obésité dans la Région européenne de l'OMS et les stratégies de lutte. Résumé*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070220\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070220_1?language=French), consulté le 2 septembre 2009).
73. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, eds. *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061115\\_2](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061115_2), accessed 28 June 2009).
74. *Steps to health: a European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/hepa/publications/publications>, accessed 28 June 2009).
75. Edwards P, Tsouros A, eds. *Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. The solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061115\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061115_1), accessed 28 June 2009).
76. *Charte européenne sur la lutte contre l'obésité*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/obesity/conference2006?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).
77. *Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060403\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060403_1?language=French), consulté le 2 septembre 2009).

78. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Washington, DC, World Bank, 2006.
79. *Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (<http://www.who.int/fctc/fr/>, consulté le 2 septembre 2009).
80. Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l’environnement (PPE TSE) [site Web]. Genève, Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l’environnement, 2009 (<http://www.thepep.org/CHwebSite/?lang=fr>, consulté le 2 septembre 2009).
81. Villes-santé et gouvernement de la ville [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/healthy-cities?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).
82. Réseau européen pour la promotion de l’activité physique favorable à la santé (HEPA Europe) [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hepa?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).
83. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and social organization*. London, Routledge, 1996:71–93.
84. Équité [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
85. *Economic crisis gives Europe, central Asia chance to reach for social goals*. New York, United Nations News Centre, 2009 (<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=29868&Cr=international+labour+organization&Cr1=>, accessed 28 June 2009).
86. *Mai 2009 : le chômage en hausse à 9,5 % dans la zone euro ; en hausse à 8,9 % dans l’UE27*. Bruxelles, EUROSTAT, 2009.
87. Irwin A et al. Commission on Social Determinants of Health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS Medicine*, 2006, 3(6):e106.
88. Constitution de l’Organisation mondiale de la santé. In : *Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 ([http://www.who.int/entity/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/entity/governance/eb/who_constitution_fr.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
89. Waters S, Suhrcke M. *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (Working Paper 2005/1; [http://www.euro.who.int/socialdeterminants/develop/20050929\\_1](http://www.euro.who.int/socialdeterminants/develop/20050929_1), accessed 28 June 2009).
90. Jagger C et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*, 2008, 372:2124–2131.
91. Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1), accessed 28 June 2009).
92. Mackenbach J et al. Strategies to reduce socio-economic inequalities in health in Europe: lessons from the Eurothine Project. In: *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*. Rotterdam, Erasmus University Medical Centre, 2007 (EUROTHINE Final Report; <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine>, accessed 28 June 2009).
93. *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport*. New York, Nations Unies, 2008 (<http://www.un.org/french/millenniumgoals/pdf/mdg2008.pdf>, consulté le 2 septembre 2009).

94. *Millennium Development Goals: progress and prospects in Europe and central Asia*. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/ECA-MDG-full.pdf>, accessed 28 June 2009).
95. *Les objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région européenne de l'OMS : les systèmes de santé et la santé de la mère et de l'enfant – enseignements tirés*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (Document EUR/RC57/8 ; <http://www.euro.who.int/document/rc57/fdoco8.pdf>, consulté le 2 septembre 2009).
96. Alam A et al. *Growth, poverty and inequality: eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/complete-eca-poverty.pdf>, accessed 28 June 2009).
97. Johansson B. Sweden: FRISK – Addressing underemployment and sick leave. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
98. Kopp M et al. Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:782–788.
99. Artacoz L et al. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:761–767.
100. Seguino S. Emerging issue: the gender perspectives of the financial crisis. *Expert panel on the gender perspectives of the financial crisis, United Nations Commission on the Status of Women, Fifty-third Session, New York, 2–13 March 2009*.
101. Gushulak B, Pace P, Weekers J. Migration and health of migrants. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
102. Conseil économique et social des Nations Unies. *Tendances démographiques mondiales*. New York, Nations Unies, 2009 (document E/CN/2009/6 des Nations Unies).
103. *Recommandation 1503 (2001) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur les conditions sanitaires des migrants et des réfugiés en Europe*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2001 (<http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta01/frec1503.htm>, consulté le 2 septembre 2009).
104. Mesurer l'inégalité : indicateur sexospécifique du développement humain (ISDH) et indicateur de la participation des femmes (IPF) [site Web]. New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2008 ([http://hdr.undp.org/fr/statistiques/indicateurs/isdh\\_ipf/](http://hdr.undp.org/fr/statistiques/indicateurs/isdh_ipf/), consulté le 2 septembre 2009).
105. Prise de décision dans les parlements nationaux [site Web]. Bruxelles, Commission européenne, 2008 ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/women\\_men\\_stats/out/fr010.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/women_men_stats/out/fr010.htm), consulté le 2 septembre 2009).
106. Saurel-Cubizolles MJ et al. Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:197–202.
107. Östlin P. *Equity in access to health care and treatment – A global view*. Stockholm, Karolinska Institute and National Institute of Public Health, 2007 (<http://www.gesundheit-nds.de/downloads/05.10.07.berlin.oestlin.pdf>, accessed 28 June 2009).
108. National Health Survey 2006 [web site]. Madrid, National Statistics Institute, 2008 (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase&L=1>, accessed 28 June 2009).

109. Mackenbach J et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:2468–2481.
110. Rueda S, Artazcoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:492–498.
111. Graham H. Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of lifecourse research. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:2005–2016.
112. Graham H. *Unequal lives: health and socioeconomic inequalities*. Maidenhead, Open University Press, 2007.
113. Power C, Manor O, Matthews S. The duration and timing of exposure: effects of socioeconomic environment on adult health. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1059–1065.
114. Siddiqi A, Irwin L, Hertzman C. *Total environment assessment model for early child development. Evidence report for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/ecd\\_kn\\_evidence\\_report\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_evidence_report_2007.pdf), accessed 28 June 2009).
115. Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. *Early childhood development: a powerful equalizer. Final report of the Early Childhood Development Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/ecd\\_kn\\_final\\_report\\_072007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_final_report_072007.pdf), accessed 28 June 2009).
116. Grantham-McGregor S et al. Development potential in the first 5 years for children in developing countries. The International Child Development Steering Group. *Lancet*, 2007, 369:60–67.
117. Walker S et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*, 2007, 369:145–157.
118. *Étude thématique sur les mesures politiques relatives à la pauvreté des enfants*. Bruxelles, Commission européenne, 2008 ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/docs/social\\_inclusion/2008/child\\_poverty\\_leaflet\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/child_poverty_leaflet_fr.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
119. Engle P et al. Strategies to avoid the loss of development potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 2007, 369:229–242.
120. Mercy J, Saul J. Creating a healthier future through early interventions for children. *Journal of the American Medical Association*, 2009, 301:2262–2264.
121. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*, 2<sup>e</sup> édition. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808\\_2?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2?language=French), consulté le 2 septembre 2009).
122. Inclusion sociale [site Web]. Bruxelles, Commission européenne, 2009 ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/poverty\\_social\\_exclusion\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/poverty_social_exclusion_fr.htm), consulté le 2 septembre 2009).
123. Suhrcke M et al. *Socioeconomic differences in health, health behaviour and access to health care in Armenia, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, the Republic of Moldova, the Russian Federation and Ukraine*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_1), accessed 28 June 2009).
124. Farrell C et al. *Tackling health inequalities – An all-Ireland approach to social determinants*. Dublin, Combat Poverty Agency and Institute of Public Health in Ireland, 2008.

125. Kelly M et al. *The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final report to World Health Organization Commission on Social Determinants of Health from Measurement and Evidence Knowledge Network.* Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/publications/measurementandevidence/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/publications/measurementandevidence/en/index.html), accessed 28 June 2009).
126. *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union.* Brussels, European Commission, 2007 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/socioeco\\_inequalities\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf), accessed 28 June 2009).
127. *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (EB124.R6 ; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB124/B124\\_R6-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R6-fr.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
128. *Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region, Oslo, Norway, 1–2 April 2009. Meeting report.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo\\_report.pdf](http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_report.pdf), accessed 28 June 2009).
129. United Nations Population Division. *World population prospects: the 2008 revision population database [online database].* New York, United Nations, 2008 (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>, accessed 28 June 2009).
130. United Nations Population Division. *World urbanization prospects: the 2007 revision population database [online database].* New York, United Nations, 2007 (<http://esa.un.org/unup>, accessed 28 June 2009).
131. *The status of health in the European Union: towards a healthier Europe.* Rome, EUGLOREH Project, Ministry of Health, 2009 ([http://www.eugloreh.it/ActionPagina\\_993.do](http://www.eugloreh.it/ActionPagina_993.do), accessed 28 June 2009).
132. Coleman D. Facing the 21st century: new developments, continuing problems. In: Macura M, MacDonald AL, Haug W, eds. *The new demographic regime. Population challenges and policy responses.* New York, United Nations, 2005 ([http://www.unece.org/pau/\\_docs/pau/PAU\\_2005\\_Publ\\_NDRCh09.pdf](http://www.unece.org/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh09.pdf), accessed 28 June 2009).
133. Figueras J et al. Health systems, health, wealth and societal well-being: an introduction. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_eBD3.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf), accessed 28 June 2009).
134. Rechel B et al. *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/HEN/policybriefs/20090519\\_1](http://www.euro.who.int/HEN/policybriefs/20090519_1), accessed 28 June 2009).
135. Wait S, Harding E. *The state of ageing and health in Europe.* London, International Longevity Centre – United Kingdom and the Merck Co. Foundation, 2006.
136. Fogel R. *Forecasting the costs of U.S. health care in 2040.* Cambridge, National Bureau of Economic Research, 2008 (Working Paper 14361).
137. Poisal J et al. Health spending projections through 2016: modest changes obscure Part D's impact. *Health Affairs*, 2007, 26:w242–w253.
138. Brockman H. Why is less money spent on health care for the elderly than the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:593–608.
139. Vignon J. Responses to the new demographics: present and future strategies for the European Region. In: Macura M, MacDonald AL, Haug W, eds. *The new demographic regime. Population challenges and policy responses.* New York, United Nations, 2005 ([http://www.unece.org/pau/\\_docs/pau/PAU\\_2005\\_Publ\\_NDRCh09.pdf](http://www.unece.org/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh09.pdf), accessed 28 June 2009).

140. Bogaert H. *Long-term population projections in Europe: how they influence policies and accelerate reforms*. Brussels, Federal Planning Bureau, 2008 (Working Paper 2–08).
141. *European Population Conference 2005. Demographic challenges for social cohesion. Proceedings of the Council of Europe Conference, Strasbourg, 7–8 April 2005*. Strasbourg, Council of Europe, 2005.
142. Suhrcke M, Fahey DK, McKee M. Economic aspects of chronic disease and chronic disease management. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people for chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027\\_2](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_2), accessed 28 June 2009).
143. *Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071221\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071221_1), accessed 28 June 2009).
144. *WHO report 2009: global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing*. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/entity/tb/publications/global\\_report/2009/pdf/full\\_report.pdf](http://www.who.int/entity/tb/publications/global_report/2009/pdf/full_report.pdf), accessed 28 June 2009).
145. *The Beijing “Call for Action” on Tuberculosis Control and Patient Care: Together Addressing the Global M/XDR-TB Epidemic*. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/tb\\_beijingmeeting/en](http://www.who.int/tb_beijingmeeting/en), accessed 28 June 2009).
146. *Forum ministériel européen de l’OMS : « Tous contre la tuberculose »*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e91485.pdf>, consulté le 2 septembre 2009).
147. *The Stop TB Strategy*. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.368; [http://www.stoptb.org/resource\\_center/assets/documents/The\\_Stop\\_TB\\_Strategy\\_Final.pdf](http://www.stoptb.org/resource_center/assets/documents/The_Stop_TB_Strategy_Final.pdf), accessed 28 June 2009).
148. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2008.
149. Matic S et al., eds. *Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e92606.pdf>, accessed 28 June 2009).
150. WHO, UNODC, UNAIDS. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs)*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>, accessed 28 June 2009).
151. *HIV and other STIs among MSM in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/SHA/bled\\_report.pdf](http://www.euro.who.int/document/SHA/bled_report.pdf), accessed 28 June 2009).
152. 4th European Immunization Week 2009: 20–26 April 2009 [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/vaccine/eiw/20081205\\_33](http://www.euro.who.int/vaccine/eiw/20081205_33), accessed 28 June 2009).
153. *WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system – 2008 global summary*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/immunization\\_monitoring/data/en](http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en), accessed 28 June 2009).
154. Système d’information sur les maladies infectieuses (CISID) [base de données en ligne]. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2009 (<http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=67>, consulté le 2 septembre 2009).

155. *Résolution EUR/RC55/R7 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur le renforcement des systèmes de vaccination nationaux par l'élimination de la rougeole et de la rubéole et la prévention de la rubéole congénitale dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920\\_3?language=French](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_3?language=French), consulté le 2 septembre 2009).
156. European Influenza Surveillance Scheme [web site]. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009 (<http://www.eiss.org>, accessed 28 June 2009).
157. Global Health Atlas [online database]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>, accessed 28 June 2009).
158. *Tashkent Declaration: "the Move from Malaria Control to Elimination" in the WHO European Region*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/Document/E89355.pdf>, accessed 28 June 2009).
159. La grippe pandémique H1N1 2009 [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/influenza/ah1n1?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).
160. Surveillance de la grippe par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euroflu.org/index.php>, consulté le 2 décembre 2009).
161. *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1?language=French), consulté le 2 septembre 2009).
162. *Diabetes atlas*, 3rd ed. Brussels, International Diabetes Federation, 2007 (<http://www.eatlas.idf.org>, accessed 28 June 2009).
163. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. Oxford, Oxford Health Alliance, 2006.
164. Petersen S, Peto V, Rayner M. *European cardiovascular disease statistics*. London, British Heart Foundation, 2005.
165. Woolf AD. Musculoskeletal conditions. In: *Major and chronic diseases – Report 2007*. Brussels, European Commission, 2008 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/non\\_com/docs/mcd\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/mcd_report_en.pdf), accessed 23 September 2009).
166. *Policies and practices for mental health in Europe – Meeting the challenges*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081009\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081009_1), accessed 28 June 2009).
167. *Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe – Relever les défis, trouver des solutions*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/fdoc07.pdf>, consulté le 2 décembre 2009).
168. *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 ([http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html), consulté le 2 septembre 2009).
169. *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy-makers and health professionals*. Geneva, World Health Organization, 2003.
170. *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
171. Coulter A, Parsons S, Askham J. *Where are the patients in decision-making about their own care?* Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620\\_34](http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620_34), accessed 28 June 2009).

172. *Therapeutic education of patients with coronary heart disease: training guide for general practitioners*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/noncommunicable/publications/20050628\\_1](http://www.euro.who.int/noncommunicable/publications/20050628_1), accessed 28 June 2009).
173. *Des soins novateurs pour des affections chroniques : éléments constitutifs*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
174. Singh D. *Comment mettre en œuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins ?* Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/6\\_hsc08\\_fPB\\_9.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_fPB_9.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
175. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1909–1914.
176. Rijken M et al. Supporting self-management. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027\\_2](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_2), accessed 28 June 2009).
177. Economic Policy Committee and European Commission. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004–2050)*. Brussels, European Commission, 2006 ([http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication6654\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication6654_en.pdf), accessed 23 September 2009).
178. *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (Economics Department Working Papers No. 477).
179. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 1980, 303:130–135.
180. Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1982, 60:183–244.
181. Payne G et al. Counting backward to health care's future: using time-to-death modeling to identify changes in end-of-life morbidity and the impact of aging on health care expenditures. *Milbank Quarterly*, 2007, 85:213–257.
182. Evans RG. *Economic myths and political realities: the inequality agenda and the sustainability of Medicare*. Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, 2007.
183. Breyer F, Felder S. Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Policy*, 2006, 75:178–186.
184. Sorenson C et al. *Comment accroître l'impact de l'évaluation des technologies de santé ?* Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/2\\_hsc08\\_fPB\\_5.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_fPB_5.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
185. Hartwig J. What drives health care expenditure? Baumol's model of "unbalanced growth" revisited. *Journal of Health Economics*, 2008, 27:603–623.
186. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*, 2003, 327:1129.
187. Nolte E, McKee M, Evans D. Saving lives? The contribution of health care to population health. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_eBD3.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf), accessed 28 June 2009).

188. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.* Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en>, accessed 28 June 2009).
189. Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364:900–906.
190. *Strengthened health systems save more lives: an insight into WHO's European health systems strategy.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/financing>, accessed 28 June 2009).
191. Bots ML, Grobbee DE. Decline of coronary heart disease mortality in the Netherlands from 1978 to 1985: contribution of medical care and changes over time in presence of major cardiovascular risk factors. *Journal of Cardiovascular Risk*, 1996, 3:271–276.
192. McDaid D, Drummond M, Suhrcke M. *Comment les systèmes de santé européens peuvent-ils soutenir l'investissement dans des stratégies de santé de la population et mettre en œuvre ces stratégies ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/1\\_hsc08\\_fpb\\_2.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_fpb_2.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
193. Newey C et al. *Avoidable mortality in the enlarged European Union.* Paris, Institut des Sciences de la Santé, 2004.
194. *Stratégies de modification des comportements et santé : le rôle des systèmes de santé.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (EUR/RC58/10 ; [http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58\\_fdoc10.pdf](http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58_fdoc10.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
195. *La Stratégie européenne pour la lutte antitabac.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 ([http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20030826\\_3](http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20030826_3), consulté le 2 septembre 2009).
196. Chaloupka F, Warner W. The economics of smoking. In: Culyer A, Newhouse J, eds. *Handbook of health economics.* Amsterdam, Elsevier Science, 2000, Volume 18: 1539–1627.
197. Chapman S. Reducing tobacco consumption. *NSW Public Health Bulletin*, 2003, 14:46–48.
198. Framework Convention Alliance [web site]. Geneva, Framework Convention Alliance, 2009 (<http://www.fctc.org>, accessed 28 June 2009).
199. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. *The challenge of obesity in the European Region and the strategies for response.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/obe/home>, accessed 28 June 2009).
200. Anandacoomarasamy A, Fransen M, March L. Obesity and the musculoskeletal system. *Current Opinion in Rheumatology*, 2009, 21:71–77.
201. *Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
202. *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention.* Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2004.
203. *Health and economic development in south-eastern Europe.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Paris, Council of Europe Development Bank, 2006 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061009\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061009_1), accessed 28 June 2009).
204. European Directory of Good Practices to Reduce Health Inequalities [online database]. Cologne, DETERMINE (European Consortium for Action on the Socioeconomic Determinants for Health), Federal Centre for Health Education, 2008 (<http://www.health-inequalities.eu/?uid=651e4e7cbe2af9488f7809341e36d69a&id=main2>, accessed 28 June 2009).

205. Leon DA et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in the Russian Federation (the Izhevsk Family Study): a population based case-control study. *Lancet*, 2007, 369:2001–2009.
206. Alcohol [web site]. Brussels, European Commission, 2009 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/alcohol\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_en.htm), accessed 28 June 2009).
207. Wismar M et al. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/2007/20071016\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/2007/20071016_1), accessed 28 June 2009).
208. WHO-CHOICE [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/choice/en>, accessed 28 June 2009).
209. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
210. Xu K. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Technical Briefs for Policy-Makers Number 2/2005; [http://www.who.int/health\\_financing/documents/cov-pb\\_e\\_05\\_2-cata\\_sys/en](http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_05_2-cata_sys/en), accessed 28 June 2009).
211. Comptes nationaux de la santé. Informations sur les pays [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (<http://www.who.int/nha/country/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
212. Võrk A. *Household catastrophic expenditures on health care and distribution of taxation burden to households in Estonia 2000–2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
213. Xu K et al. *Access to health care and the financial burden of out-of-pocket health payments in Latvia*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Technical Briefs for Policy-Makers, Number 1/2009; [http://www.who.int/health\\_financing/documents/cov-pb\\_e\\_09\\_01-ooplat/en/index.html](http://www.who.int/health_financing/documents/cov-pb_e_09_01-ooplat/en/index.html), accessed 28 June 2009).
214. *Out-of-pocket health payments in households of Latvia and their impact on the capacity to pay*. Riga, Central Statistical Bureau of Latvia, 2008.
215. *Mid-term review report: Manas Taalimi Health Sector Strategy*. Bishkek, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, 2008.
216. Falkingham J, Akkazieva B, Baschieri A. *Health, health seeking behavior and out of pocket expenditures in Kyrgyzstan, 2007*. Bishkek, Republican Center for Health System Development and Information Technologies, 2007 (Policy Research Paper 46, MANAS Health Policy Analysis Project; <http://chsd.studionew.com/images/prp46khhs.pdf>, accessed 28 June 2009).
217. Gilson L et al. *Challenging inequity through health systems: final report of Knowledge Network on Health Systems*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/hskn\\_final\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf), accessed 28 June 2009).
218. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/socialdeterminants/publications/publications>, accessed 28 June 2009).
219. Marek M. Poland: poverty and health. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).

220. House of Commons Health Committee. *Health inequities*. London, The Stationery Office, 2009 (Third Report of Session 2008–09. Volume I; <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/28602.htm>, accessed 28 June 2009).
221. Diderichsen F, Varde E, Whitehead M. Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. *British Medical Journal*, 1997, 315:875–878.
222. Hayton P, Boyington J. Prison and health reforms in England and Wales. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:1730–1733.
223. Pan-regional prisons programme: health, inclusion and citizenship [web site]. Lancashire, University of Central Lancashire, 2009 ([http://www.uclan.ac.uk/health/schools/sphcs/hsdu\\_pan\\_regional\\_prisons\\_programme.php](http://www.uclan.ac.uk/health/schools/sphcs/hsdu_pan_regional_prisons_programme.php), accessed 28 June 2009).
224. Berger D et al. Romania: controlling TB among the Roma – A community approach. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
225. *National strategy to reduce social inequalities in health*. Oslo, Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006–2007) to the Storting; [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/Norway\\_rdo1\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/Norway_rdo1_en.pdf), accessed 28 June 2009).
226. Dahl E. Health inequalities and health policy: the Norwegian case. *Norsk Epidemiologi*, 2002, 12:69–75.
227. Popay J et al. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health by the Social Exclusion Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/knowledge\\_networks/final\\_reports/sekn\\_final%20report\\_042008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf), accessed 28 June 2009).
228. Food crisis in Kyrgyz Republic [web site]. Washington, DC, World Bank, 2008 (<http://go.worldbank.org/7VIFYUOKJO>, accessed 28 June 2009).
229. Equalities in Health [web site]. Glasgow, National Health Service Greater Glasgow and Clyde, 2009 (<http://www.equalitiesinhealth.org/>, accessed 20 November 2009).
230. Healthy Homes Programme [web site]. Liverpool, Liverpool City Council, 2009 ([http://www.liverpool.gov.uk/Environment/Environmental\\_health/healthyhomes/index.asp](http://www.liverpool.gov.uk/Environment/Environmental_health/healthyhomes/index.asp), accessed 23 November 2009).
231. Priority public health conditions [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/social\\_determinants/themes/prioritypublichealthconditions/background/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/themes/prioritypublichealthconditions/background/en/index.html), accessed 28 June 2009).
232. Blas E et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet*, 2008, 372:1684–1689.
233. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56:295–303.
234. Kivimaki M et al. Best-practice interventions to reduce socioeconomic inequities of coronary heart disease mortality in the United Kingdom: a prospective occupational cohort study. *Lancet*, 2008, 372:1648–1654.
235. Gilpin C. *Research proposal: to explore the TB related knowledge, attitude, practice and behaviour among migrant labour workers in Tajikistan*. Geneva, International Organization for Migration, 2009.

236. Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press, 2008 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027\\_2](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081027_2), accessed 28 June 2009).
237. McDaid D, Suhrcke M. The contribution of public health interventions: an economic perspective. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_eBD3.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf), accessed 28 June 2009).
238. Mackenbach JP, Kunst AE. Evidence for strategies to reduce socioeconomic inequalities in health in Europe. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_eBD3.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf), accessed 28 June 2009).
239. Mossialos E, Thomson S. *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20041014\\_3](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20041014_3), accessed 28 June 2009).
240. Suhrcke M et al. Economic costs of ill health in the European Region. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_eBD3.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf), accessed 28 June 2009).



Troisième partie.  
**Renforcement  
des systèmes  
de santé**



## Investir dans les systèmes de santé

Au cours de la décennie qui vient de s'écouler, un processus de réforme de grande ampleur a été engagé dans l'ensemble de la Région européenne afin d'investir dans les systèmes de santé et d'améliorer leur performance. Aujourd'hui, l'état d'avancement de la réforme des systèmes de santé en Europe correspond globalement au type de réforme préconisée à l'époque de la Conférence de l'OMS sur la réforme des systèmes de santé en Europe, tenue en 1996 à Ljubljana (Slovénie) (1). Les récentes réformes ont porté sur les quatre fonctions du système de santé : prestation de services, obtention de ressources, financement et fonction de direction (*stewardship*). Chacune d'entre elles est examinée ci-après.

### Prestation de services intégrés et efficaces par rapport au coût

La prestation de services de soins de santé est peut-être la fonction la plus largement débattue et la plus évidente, et elle a été au cœur des réformes des systèmes de santé menées au cours des dix dernières années. La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé (2) souligne la nécessité d'améliorer la qualité et le rapport coût/efficacité des soins et de progresser dans le domaine des soins primaires ainsi que sur le plan de la globalité et de la continuité des soins. De ce fait, de nombreux pays ont concentré leurs efforts de réforme sur ces aspects de la prestation de services. Les tendances démographiques et épidémiologiques actuelles qui dénotent un accroissement du nombre de personnes âgées atteintes de maladies chroniques souvent multiples ont renforcé la nécessité de repenser les modèles de prestation de soins.

### Intégration et coordination des services

Parmi les stratégies de réforme adoptées dans toute l'Europe figure l'intégration des services cliniques dans les soins primaires (ou ambulatoires) et hospitaliers (3). Les données disponibles montrent que lorsque les systèmes de soins primaires sont solides, les populations sont en meilleure santé (4) et que l'attribution d'un rôle moteur aux soins primaires (5) permettrait d'améliorer la continuité des soins dispensés aux patients et inciterait à réduire le coût des soins hospitaliers. Dans plusieurs pays de la Région européenne, de nombreux outils ont donc été mis en place pour transférer les pouvoirs budgétaires ou décisionnels depuis les soins hospitaliers vers les soins primaires. La section consacrée à la redynamisation des soins de santé primaires examine en détail les questions liées au renforcement des soins primaires en général et à la prestation de services centrés sur la personne en particulier.

Certains pays ont mis en place des mesures d'incitations financières afin que les prestataires de services et les patients favorisent des modes d'utilisation des soins de santé plus efficaces sur le plan des coûts. Les prestataires de services de soins primaires sont confrontés à des problèmes à la fois cliniques et financiers lorsqu'une partie ou l'ensemble du budget hospitalier est alloué aux organismes chargés des soins primaires tels que les *primary care trusts* (organismes de soins primaires) en Angleterre, les services sanitaires et sociaux municipaux en Finlande et les conseils de santé des districts de sous-comtés en Suède. La récente mise en place en Angleterre du *practice-based commissioning* (achat de soins par les généralistes) renforce encore la responsabilité des médecins généralistes vis-à-vis du budget (comme ce fut déjà le cas dans les années 1990 avec le système d'enveloppes budgétaires), dans le but de sortir les soins du cadre hospitalier et d'améliorer la coordination, même si peu d'éléments indiquent pour le moment que cette méthode fonctionne (6). Les pays où les médecins de soins primaires n'avaient pas jusqu'à présent de rôle de filtre entre le patient et les services spécialisés, comme l'Allemagne,

la France, les Pays-Bas et la Suède, ont essayé d'encourager ce système de mesures d'incitations financières.

La réorganisation des soins primaires a été une stratégie de réforme très répandue dans toute l'Europe. Ainsi, certains pays ont encouragé les prestataires à se regrouper dans de grands centres de soins primaires (Danemark, Finlande, Pays-Bas, Suède et certaines parties du Royaume-Uni). L'Allemagne a créé d'importants centres ou polycliniques regroupant des prestataires de services de soins primaires et de diagnostic ainsi que des spécialistes. Il existe un contraste entre cette situation et celle de nombreux pays d'Europe centrale et orientale, tels que l'Estonie et la Hongrie, qui s'efforcent de convertir un nombre relativement important de spécialistes employés dans des polycliniques en médecins généralistes indépendants depuis le milieu des années 1990.

Certains éléments montrent qu'on assiste à un glissement des soins du cadre hospitalier vers le cadre ambulatoire, qui est peut-être dû en partie aux réformes portant sur l'organisation et la prestation de soins, mais également aux innovations technologiques et cliniques. Les soins aux malades hospitalisés, en particulier, ont été transférés dans un autre environnement : par exemple, on a opté, à la place de soins à l'hôpital très coûteux, pour la solution de la chirurgie ambulatoire qui s'avère plus économique (7,8). De 1996 à 2005, le nombre de lits d'hôpitaux par habitant a nettement diminué dans toute la Région, ce qui résulte d'au moins deux objectifs de politique générale : donner la priorité au cadre ambulatoire par rapport au cadre hospitalier et soigner les malades mentaux dans la société plutôt qu'à l'hôpital. Ce déclin a été le plus marqué (22 %) dans les pays de la CEI, où le nombre d'hôpitaux était excédentaire et où l'on est passé de 1 077 lits pour 100 000 habitants en 1996 à 845 en 2007. L'offre reste toutefois beaucoup plus importante que dans l'UE, où le nombre de lits a chuté de 17 % et où l'on est passé de 689 à 570 lits pour 100 000 habitants au cours de la même période (9).

L'une des vastes réformes de l'organisation de la prestation des soins, au vu de la prévalence croissante des maladies chroniques, a consisté à élaborer et à mettre en place des programmes de prise en charge des maladies, qui existent désormais sous une forme ou une autre dans la plupart des pays (10). La prise en charge des maladies est donc aujourd'hui une initiative déterminante face à la charge croissante que représentent les maladies chroniques et à la nécessité de nouveaux modèles de prestation de soins. L'objectif principal de ces réformes a été de faire en sorte que les personnes atteintes de maladies chroniques soient traitées de façon globale dans les environnements les plus adaptés du point de vue clinique et les plus efficaces par rapport au coût. D'après les données disponibles, la coordination des soins entre tous les environnements et prestataires donne de meilleurs résultats que les interventions traditionnelles non coordonnées (11). Néanmoins, le modèle adopté dans la plupart des pays repose sur des actions axées sur l'individu et menées au niveau de la prestation des soins, par opposition aux initiatives prises au niveau du système, qui ne se fondent pas uniquement sur la modification des méthodes de prestation, mais qui tirent également parti des politiques, des structures et des ressources de la collectivité. Les initiatives au niveau du système peuvent être plus efficaces si l'on veut obtenir des effets durables en termes de qualité et de résultats sur le plan de la santé (11).

Les pays qui, traditionnellement, n'accordaient pas une place très importante aux soins primaires ont mis en œuvre des programmes officiels de prise en charge des maladies afin de remédier à la fragmentation des soins (10) ; ce fut le cas notamment en Allemagne, puis en France et, dans une moindre mesure, aux Pays-Bas. Ceux où les soins primaires étaient fortement ancrés dans les usages ont eu les mêmes objectifs d'amélioration de la

coordination des soins, quoiqu'avec différents instruments politiques. Des efforts consentis pour renforcer le rôle des infirmiers dans la dispensation et la gestion des soins, comme en Angleterre, au Danemark, aux Pays-Bas et en Suède, et pour intégrer les soins de façon transversale, en abolissant les frontières traditionnelles entre les services sanitaires et sociaux. En Suède, les centres de santé dirigés par des infirmiers font partie intégrante de la prise en charge du diabète et de l'hypertension, comme d'autres affections chroniques, et ces modèles ont également été adoptés en Angleterre, au Danemark et aux Pays-Bas.

### **Des systèmes de santé mieux à même de répondre aux attentes des patients**

La Charte de Tallinn : systèmes de santé, santé et prospérité (12) reconnaît qu'il est important de renforcer la réactivité du système de santé, c'est-à-dire de faire en sorte qu'il soit mieux à même de satisfaire les besoins, les préférences et les attentes des patients. Cette notion de réactivité est relativement récente et étroitement liée à celle de satisfaction. Toutes deux permettent de déterminer dans quelle mesure les systèmes de soins de santé répondent aux attentes du public et des patients, bien que la réactivité ne concerne que les attentes pouvant être considérées comme légitimes et relevant du champ d'application du système de santé (13). De nombreuses stratégies ont été adoptées dans différents pays pour rendre le système plus réactif. On a par exemple (13) :

- défini des droits et des avantages sociaux, amélioré la transparence des programmes de prestations sociales et intégré davantage de services dans les programmes de prestations touchant à la dignité des patients (par exemple les soins palliatifs) ;
- réduit les délais et les listes d'attente ;
- adopté une législation sur les droits des patients et des chartes du patient ;
- mis la dignité et le respect du patient au programme des formations de professionnels de santé ;
- donné au patient plus de liberté dans le choix des prestataires ou des acheteurs.

Afin de suivre l'évolution de la réactivité des systèmes, une enquête sur la santé dans le monde (14) a été réalisée dans tous les pays, mais certains (tels que l'Angleterre et la Suède) effectuent régulièrement des enquêtes auprès de leurs patients, en plus de celles sur la perception de la qualité des soins, dans le but de mesurer certains des aspects de la réactivité.

Au cours des dix dernières années, des efforts manifestes ont été accomplis en Angleterre, au Danemark et en Espagne afin de mettre en place des mesures axées à la fois sur l'offre et sur la demande, ce qui a permis de réduire sensiblement les délais d'attente (13,15). L'augmentation importante des moyens, de même que les objectifs en matière de délais d'attente et la plus grande liberté du patient quant au choix d'un hôpital ont entraîné la réduction de ces délais d'attente et, par conséquent, l'amélioration de la réactivité.

De nombreux pays ont adopté différents modèles en matière de liberté de choix des patients, en s'efforçant d'exploiter leurs préférences pour obtenir une plus grande réactivité et une plus grande satisfaction, et exercé des pressions relevant de l'économie de marché afin de parvenir à une utilisation plus rationnelle des ressources budgétaires. Dans les systèmes de santé financés par les recettes fiscales (comme c'est le cas du Danemark, de la Norvège et de la Suède), la liberté de choix du patient a généralement été instaurée parmi les prestataires dépendant de la partie du système chargée de la production. L'Angleterre a permis aux patients de choisir des hôpitaux privés et publics financés par le secteur public (Service national de santé – NHS) et, au premier point d'entrée dans le système, mis en place des centres de soins dirigés par des infirmiers recevant sans rendez-vous et des services téléphoniques (NHS Direct). Dans

les pays où les systèmes de santé reposent sur des modèles fondés sur l'assurance sociale, les nouvelles dispositions en matière de liberté du patient ont surtout porté sur le choix de caisses d'assurance maladie (Allemagne et Suisse) ou de « compagnies d'assurances » (Pays-Bas et République tchèque). Néanmoins, ces dispositions relatives au choix de l'assureur ont été appliquées dans un cadre strictement réglementé accompagné de mécanismes d'ajustement du risque afin de réduire, sans les éliminer, les raisons incitant les assureurs à sélectionner les risques. D'après l'expérience que l'on a de ces réformes, il semble qu'une réglementation par l'État garantissant aux patients suffisamment d'informations et une aide adaptée leur permettant d'opérer un choix soit nécessaire pour améliorer l'efficacité économique sans nuire à la solidarité.

En plus de cette liberté de choix accrue donnée aux patients, les pays ont mis en œuvre toute une série de mesures visant à procurer à ces patients les moyens d'agir, notamment sous la forme de législation concernant leurs droits, en exigeant une représentation officielle aux conseils d'administration des organismes d'acheteurs et de prestataires, en mettant en place des services de médiateur et en faisant participer davantage les patients aux prises de décisions concernant les soins dont ils bénéficient. Ces mesures s'avèrent tout particulièrement utiles dans le cas de maladies chroniques, où la participation des patients et la prise en charge de leur propre maladie ont conduit à une amélioration des résultats (10). Pour cela, le système doit permettre à la population d'accroître ses connaissances dans le domaine sanitaire, encourager la collaboration du patient à la prise de décisions concernant son traitement et sensibiliser les personnes atteintes d'une maladie chronique au rôle actif qu'elles peuvent jouer dans leur propre prise en charge médicale (16).

### Amélioration de la qualité des soins

L'amélioration de la qualité est un aspect déterminant des récentes réformes de la santé menées dans toute l'Europe. Les stratégies adoptées comportent des instruments organisationnels, financiers et réglementaires et prévoient des initiatives qui concernent aussi bien le niveau global du système que celui du cadre clinique. Parmi ces nombreuses initiatives, citons :

- les législations et politiques nationales relatives à la qualité des soins ;
- les stratégies d'ensemble visant à améliorer la sécurité des patients ;
- les nouveaux systèmes d'agrément des technologies et d'autorisation de mise sur le marché des médicaments ;
- l'intégration de l'assurance qualité dans les programmes de formation professionnelle et de formation continue ;
- l'application de recommandations cliniques et de processus d'audit ;
- la création de systèmes d'information et de méthodes d'assurance qualité au niveau clinique ;
- l'intégration d'indicateurs de qualité dans les modes de rémunération des prestataires (rémunération en fonction de la performance).

Par ailleurs, l'OCDE, la Commission européenne et l'OMS ont joué un rôle important dans la mesure où elles ont donné des orientations et des conseils concernant les stratégies nationales d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients (17).

De nombreux pays de la Région ont élaboré des stratégies et des législations globales afin d'engager des actions systématiques en faveur de cette amélioration de la qualité, mais ils ne les ont pas tous utilisées dans les mêmes proportions pour atteindre leurs objectifs (17). Certains ont eu recours à des initiatives locales et à des mécanismes d'assurance qualité volontaires

plutôt qu'à une législation nationale sur la qualité des soins ou la sécurité des patients (c'est le cas par exemple de la Bulgarie, de Chypre, de l'Estonie, de la Grèce, de la Hongrie, de la Lettonie, du Luxembourg, de Malte, de la Pologne, du Portugal, de la Roumanie et de la Slovaquie). D'autres (tels que l'Irlande, la Lituanie, la République tchèque et la Slovénie) ont récemment adopté des lois spéciales sur la qualité des soins. Bon nombre de pays appliquent depuis plus longtemps des mesures nationales en matière de qualité ; certains (par exemple l'Allemagne, l'Espagne, la Finlande, la France, l'Italie et la Suède) mettent actuellement en œuvre des réformes de petite ampleur, et d'autres (l'Angleterre, l'Autriche, la Belgique, le Danemark et les Pays-Bas) mènent une importante réforme organisationnelle axée sur la qualité. Les structures institutionnelles propres garantissant la sécurité des patients semblent limitées à l'Allemagne, au Danemark, à l'Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (17). Certes, toute l'Europe connaît depuis quelques années une activité législative et réglementaire débordante destinée à garantir la qualité des soins de santé, mais ses effets ont rarement été évalués.

Outre les méthodes d'amélioration de la qualité fondées sur la législation, de nombreux instruments réglementaires et organisationnels ont été mis en place dans toute l'Europe. Les recommandations en matière de pratiques cliniques constituent un instrument classique d'amélioration de la qualité, de réduction des disparités dans le domaine de la pratique clinique et d'amélioration de la sécurité des patients. La plupart des pays sont dotés de systèmes de ce type, tandis que d'autres, tels que l'Autriche, Chypre, la Grèce, la Lettonie, la Pologne et la Roumanie, commencent à établir des recommandations. Pour autant, la capacité de ces recommandations à produire un résultat en termes d'amélioration de la qualité dépend des changements qu'elles réussissent à provoquer dans le comportement des prestataires. Outre les recommandations cliniques, l'assurance de normes de compétences minimales peut être intégrée aux systèmes de qualification et d'homologation relatifs à la formation, à la certification ou à la revalidation des compétences des professionnels et de la certification des organismes prestataires. Ces systèmes varient d'un point à l'autre de la Région : certains sont autoréglementés et d'autres font appel à un organisme de réglementation externe ; certains sont volontaires, d'autres obligatoires. Il existe néanmoins un consensus général autour de l'idée qu'un apprentissage permanent et une revalidation des compétences permettant d'évaluer l'aptitude à exercer sont utiles pour garantir la qualité des soins et la sécurité dans le contexte de la dispensation de ces soins (18).

### **Renforcement de la santé publique, prévention des maladies et promotion de la santé**

Les responsables européens de l'élaboration des politiques reconnaissent de plus en plus le rôle important que la santé publique, notamment la prévention des maladies, peut jouer dans l'amélioration de la santé de la population. Ce constat a mené à la création de nombreux organes de recherche et consultatifs et à l'élaboration de stratégies nationales et internationales en matière de santé publique.

La santé publique s'est toujours intéressée aux conditions matérielles et sociales globales influant sur la santé, telles que l'assainissement et le niveau de vie, qui étaient étroitement liées à la lutte contre les maladies infectieuses et servaient de base à de nombreuses interventions dans le domaine de la santé publique. Compte tenu de l'augmentation des maladies chroniques, le champ d'application de la santé publique s'est élargi pour englober davantage d'activités de promotion de la santé, parallèlement aux efforts visant à réduire la prévalence de ces maladies chroniques grâce au ciblage des facteurs de risque connus, à diminuer le risque de complications et l'apparition d'autres maladies, et à prolonger la vie

des personnes atteintes. Dans le cadre des efforts de réforme, on a tenté de renforcer le rôle de la santé publique dans les systèmes de santé grâce à l'utilisation de mesures en amont, telles que celles visant à atténuer la pauvreté et à améliorer les conditions de vie et de travail, combinées à des mesures en aval, telles que la promotion de la santé et la prévention des maladies, qui ciblent souvent les comportements à risque connus et les problèmes de santé tels que le tabagisme et la sédentarité (19).

L'action en faveur de l'intégration et de la coordination des soins dans la Région européenne a notamment porté sur le renforcement du rôle des soins primaires dans le système de santé, mais l'intégration des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies dans les soins primaires a également été importante. Les médecins généralistes passent la majeure partie de leur temps de travail à faire de la prévention primaire, notamment à conseiller, dépister et vacciner (20). Les soins de santé primaires ont ainsi pris une importance croissante dans les interventions de santé publique économiquement efficaces telles que le dépistage systématique de l'hypertension, des taux élevés de cholestérol sérique et de certains types de cancers, et la diffusion de conseils sanitaires sur les risques liés au régime alimentaire et à la consommation d'alcool et de tabac. Les autres professionnels de santé exerçant au point d'entrée du patient dans le système de santé jouent également un rôle important. Ainsi, dans une campagne de lutte contre l'obésité en Écosse en 2008, les pouvoirs publics ont envoyé aux médecins généralistes, aux infirmiers, aux infirmiers de promotion de la santé et aux pharmaciens du NHS des indications sur la façon de conseiller à leurs patients l'intégration d'une part d'exercice dans leurs activités quotidiennes.

La réforme des services sanitaires et épidémiologiques dans les pays de la partie orientale de la Région européenne a été motivée par le manque de services de santé publique adaptés. Ces services ont obtenu des résultats tangibles grâce aux programmes de vaccination et de lutte contre les maladies transmissibles, mais ont largement négligé la promotion de la santé et les mesures contre les facteurs de risque de maladies chroniques (21,22). Certains pays ont purement et simplement supprimé leurs services sanitaires et épidémiologiques et mis en place de nouveaux cadres organisationnels. Par exemple, le Kazakhstan a créé un centre national pour les modes de vie sains en 1997. Ce centre assure le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de promotion de la santé, élabore le cadre réglementaire de la promotion de la santé et est chargé de la coopération avec les médias et les organismes publics. En 2006, cette structure a été transférée du niveau national au niveau des *oblasts*. Parallèlement, un conseil intersectoriel de promotion de la santé a été créé (23). Le Centre national pour les modes de vie sains a attiré l'attention des pays voisins et des services semblables sont aujourd'hui mis en place au Kirghizistan, en Ouzbékistan et au Tadjikistan (23,24).

## Investissement dans les ressources humaines et financières

Les responsables de l'élaboration des politiques de la Région européenne sont confrontés à des difficultés considérables lorsqu'il s'agit d'établir des plans appropriés et de garantir un investissement suffisant en ressources humaines et financières. Les pays doivent planifier le personnel de santé à long terme et prévoir les investissements correspondants, prendre en charge les problèmes rencontrés par les professionnels de santé migrants et investir dans la recherche et l'évaluation des technologies de santé. La Charte de Tallinn (12) aborde expressément ces difficultés. La présente section est consacrée aux récentes réformes et aux défis actuels dans ces domaines essentiels de l'obtention de ressources.

### Investir dans le personnel de santé

Pour faire face à l'évolution des besoins de la population en matière de soins de santé et des modèles de prestation des services, il est nécessaire de disposer d'un personnel de santé compétent et souple. Certains des problèmes les plus importants qui se posent aux personnels de santé de la Région européenne sont dus à l'accélération des changements dans le domaine de la prestation de services et de l'organisation des soins de santé, par exemple à l'évolution des maladies et des facteurs démographiques, à la diffusion des nouvelles technologies modernes, à des patients de plus en plus informés et exigeants, à l'accroissement de la demande de médecine factuelle et à la situation économique au sens large (25). Les professionnels de santé eux-mêmes évoluent : ainsi, la proportion croissante de femmes médecins gomme le clivage qui existait jusqu'à présent entre les catégories professionnelles. Du fait des disparités entre leurs situations respectives, les responsables de l'élaboration des politiques ont fait appel à différentes méthodes pour s'attaquer au problème de l'efficacité et de la rentabilité en ce qui concerne la mobilisation et l'utilisation des ressources de leur système de santé.

S'agissant des ressources humaines, les pays doivent faire face à des difficultés et à des besoins différents. Il existe des disparités en ce qui concerne l'offre et la répartition des professionnels de santé de part et d'autre de la Région européenne. Si des pénuries de personnel (notamment de médecins de soins primaires et d'infirmiers hautement qualifiés) se font sentir dans bien des points d'Europe occidentale, de nombreux pays d'Europe centrale et orientale et de la CEI connaissent un excédent de médecins et de lits d'hôpitaux, qui est un héritage du passé. En 2002, selon les estimations, la Région européenne comptait 16,6 millions de professionnels de santé (26).

Les variations en termes d'offre traduisent sans doute des différences sur le plan de l'organisation des soins ambulatoires, par exemple au point d'entrée des patients dans le système, mais aussi sur le plan des tendances démographiques et économiques sous-jacentes. La Géorgie et la Grèce enregistrent la plus forte densité de médecins, avec près de 5 médecins pour 1 000 habitants. Le Bélarus, la Belgique et la Fédération de Russie enregistrent également une forte densité (plus de 4 généralistes pour 1 000 habitants), alors que les densités les plus faibles s'observent en Albanie, en Bosnie-Herzégovine, au Monténégro, en Roumanie, au Royaume-Uni, au Tadjikistan et en Turquie (moins de 2 généralistes pour 1 000 habitants). L'offre d'infirmiers est elle aussi très variable selon la région. Certains pays connaissent des pénuries, comme l'Albanie, la Grèce, la Roumanie et la Turquie, avec moins de 4 infirmiers pour 1 000 habitants. Le Bélarus, la Belgique, l'Irlande, l'Ouzbékistan, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède ont une population d'infirmiers beaucoup plus importante (entre 10 et 15 pour 1 000 habitants) (9). Des pays comme le Danemark, la France, l'Islande, la Norvège et la Suède s'inquiètent du vieillissement du personnel infirmier, qui pourrait à l'avenir entraîner des pénuries (26). Du fait des conséquences à long terme du *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine instauré dans de nombreux pays, ajouté au prochain départ à la retraite de la cohorte de médecins nés après 1945, ces pays dépendent de plus en plus de professionnels de santé formés dans d'autres pays (voir ci-après).

La planification du nombre de médecins généralistes par rapport aux spécialistes et du nombre d'infirmiers par rapport aux médecins pose des problèmes particuliers. Dans certains pays, principalement en Europe occidentale, la proportion de médecins généralistes semble diminuer, ce qui s'explique non seulement par la complexité croissante des traitements médicaux (27), mais aussi par des facteurs culturels et financiers. Récemment, de nombreux pays ont donc renforcé les mesures visant à former ou à remettre à niveau les médecins des soins primaires (Royaume-Uni) ou essayé d'encourager davantage d'étudiants en médecine

récemment diplômés à opter pour un poste dans le secteur des soins primaires (Finlande et Suède). Certains pays ont également accéléré les efforts destinés à former davantage d'infirmiers (Pays-Bas), à fidéliser les infirmiers désireux de partir et à faire revenir ceux qui avaient déjà quitté la profession.

Les professionnels de santé publique ont également été au centre de l'attention du fait de la disponibilité croissante de données scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé et d'éléments d'information sur l'efficacité et la rentabilité des interventions de santé publique. Les pays de l'ensemble de la Région adoptent des méthodes différentes pour renforcer le personnel de santé publique, que ce soit en termes d'effectifs ou de qualifications.

- La Hongrie et le Kazakhstan ont ouvert de nouvelles écoles de santé publique.
- De 1989 à 1995, l'Allemagne a mis en place plusieurs programmes d'enseignement universitaire supérieur.
- La France a redéfini son programme d'études en santé publique dans le cadre de la réforme de la santé publique qu'elle a menée en 2004.
- L'Estonie a fait figurer la promotion de la santé dans le programme d'études de médecine et de soins infirmiers et mis en place une formation en santé publique destinée aux fonctionnaires et aux enseignants (28).
- La Croatie a eu recours à un programme de formation modulaire au niveau des comtés pour compenser le manque de compétences dans le domaine de la santé publique, notamment de la gestion de la santé et de l'élaboration de stratégies, mais également de la veille sanitaire et de la prévention des maladies (29).
- Les universités et les associations de santé publique d'autres pays européens semblent aussi participer utilement au renforcement de la collaboration avec les écoles de santé publique dans le domaine de la formation (30).

Les migrations des personnels de soins de santé constituent une question déterminante du point de vue des ressources humaines dans la Région européenne, et elles représentent à la fois des problèmes et des possibilités pour la performance des systèmes de santé. Depuis la fin des années 1990, le recrutement international et les migrations de professionnels de santé se sont nettement développés. Les responsables politiques ont essayé de combler les déficits en faisant venir des médecins et des infirmiers d'autres pays de l'UE ou d'autres parties du monde. Par ailleurs, le processus d'élargissement de l'UE a permis une plus grande mobilité, ce qui a fait naître certaines inquiétudes quant à l'émigration de professionnels de santé, notamment en provenance des douze derniers États à avoir adhéré à l'Union (26).

Les migrations internationales de personnels de santé peuvent constituer une solution à certaines pénuries, améliorer les conditions de vie des migrants et permettre de remédier aux excédents de personnel dans certains pays d'origine (26,31). Toutefois, elles engendrent des difficultés pour les pays qui voient partir leurs travailleurs et pour ceux qui en font venir de l'étranger (du moins en raison de la langue et des autres obstacles à l'intégration dans le nouveau système).

Grâce à une politique clairement définie de planification des ressources humaines, le Royaume-Uni a recours à de nombreux professionnels de santé qui ont émigré principalement de pays en dehors de l'UE tels que l'Inde ou l'Afrique du Sud. En 2002, environ un tiers des 71 000 médecins hospitaliers du NHS venaient d'autres pays, et en 2003, plus des deux tiers des 15 000 nouveaux inscrits sans restriction au registre des médecins du Royaume-Uni venaient de l'étranger (31). La Pologne est l'un des pays de la Région qui enregistre la plus

forte émigration, même si, dans ce pays et dans d'autres, elle n'est pas aussi élevée qu'on le craignait lors de leur adhésion à l'UE (26).

Des progrès ont été accomplis sur le plan du contrôle et de la mesure du processus de migration, mais la somme des informations disponibles doit encore être enrichie si l'on veut surveiller la perte relative de main-d'œuvre dans les pays d'origine (et celle due à l'orientation vers d'autres types d'emploi à l'intérieur du pays) et l'afflux (en termes de chiffres et de provenances) vers les pays d'accueil, afin d'améliorer le processus de planification. Les effets de l'émigration des professionnels de santé et les différentes tentatives visant à la freiner ou à encourager la le maintien en poste des effectifs doivent être évalués, et il est nécessaire de réunir des informations sur les causes de l'augmentation de la pénurie. Les options permettant de relever les défis liés à l'immigration et à l'émigration comprennent la surveillance des flux migratoires et le rassemblement d'informations plus complètes, ou la gestion active du processus de migration. La maîtrise des migrations va devenir de plus en plus importante compte tenu des changements démographiques et de la poursuite de l'élargissement de l'UE, et on peut à cet effet mettre en place une aide en matière d'enseignement et de formation, établir des accords bilatéraux entre les gouvernements et/ou les employeurs des différents pays et étudier la possibilité de verser une compensation aux pays d'origine.

### Évaluation des technologies de santé

La recherche relative aux politiques et aux services sanitaires et, plus précisément, à l'utilisation déontologique et efficace des technologies de santé, est une composante essentielle de la fonction du système de santé qui consiste à obtenir des ressources. Compte tenu du développement considérable des technologies de santé au cours des dernières années, les responsables de l'élaboration des politiques de la Région européenne se sont tournés vers l'évaluation de ces technologies afin que leur réglementation, leur diffusion et leur utilisation se déroulent dans les meilleures conditions. L'évaluation des médicaments et des autres technologies médicales ont pour objectif d'éviter les interventions inefficaces et iatrogènes dans le cadre de la prestation de services et de faire en sorte que ces produits et technologies offrent un bon rapport coût/performance. De plus, si l'on considère que les médicaments représentent aujourd'hui jusqu'à 30 % des dépenses totales de santé (9), on s'efforce de plus en plus, dans toute l'Europe, de maîtriser les coûts grâce à la réglementation des prix (32) et de fonder les décisions en matière de remboursement sur des données relatives à l'efficacité économique de ces produits.

L'évaluation des technologies de santé tend à prendre en compte les critères d'innocuité, d'efficacité, de coût et de rapport coût/efficacité, ainsi que les conséquences d'ordre social, organisationnel, juridique et éthique. Des organismes officiels chargés de l'évaluation des technologies de santé ont été créés dans de nombreux pays ; d'autres pays, notamment les plus petits et ceux non membres de l'UE, les mettent actuellement en place ou envisagent de le faire (33,34).

La plupart des organismes chargés de l'évaluation des technologies de santé jouent un rôle consultatif ou réglementaire dans le processus de prise de décisions (35), mais ils ont tous la capacité de créer une mobilisation en faveur de la qualité et de l'efficacité et d'améliorer la viabilité du système de santé. En règle générale, les programmes d'évaluation des technologies de santé ont permis d'améliorer la transparence dans les processus décisionnels grâce à des mécanismes tels que la réalisation d'études systématiques indépendantes, l'implication des partenaires et la formulation de conseils. Toutefois, aucun pays ne dispose d'un ensemble de prestations clairement défini et économiquement efficace (36).

Parmi les éléments qui empêchent une utilisation plus efficace de l'évaluation des technologies de santé, figurent les contraintes en termes de ressources et les compétences techniques limitées, le manque de transparence concernant les critères selon lesquels une intervention est retenue ou rejetée, et un manque de volonté politique pour faire appliquer les décisions fondées sur les évaluations (34). Cependant, il semble que l'on ait aujourd'hui davantage recours à l'évaluation des technologies de santé pour analyser les services existants et nouveaux, ce qui peut se traduire par une amélioration du rapport coût/performance et de la transparence au sein du système.

## **Redynamisation des soins primaires en Europe dans l'objectif de services centrés sur la personne**

Depuis quelques années, des voix se sont fait entendre en faveur d'une réorganisation des soins de santé primaires. Sous le slogan de la Santé pour tous, la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 (37) a jeté les bases d'une conception globale de la santé qui allait bien au-delà des limites d'un modèle médical au sens strict. L'OMS a réaffirmé cet engagement à l'occasion du trentième anniversaire de la Déclaration, dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2008* (38). Ce rapport encourage vivement les pays à prendre des mesures sur la base des données disponibles prouvant que l'accès aux soins primaires constitue le cœur d'un système de santé efficace et, plus précisément, que si l'on veut axer les soins sur la personne, il faut changer radicalement les modes de prestation de services (38). Les caractéristiques d'un système de soins primaires moderne et donnant la priorité à l'individu sont la coordination, l'intégration et l'accès à tous à des soins complets et suivis (4).

### **L'être humain d'abord : la raison d'être des soins centrés sur la personne**

Lorsque l'on parle de l'accessibilité des soins primaires, cela signifie qu'ils sont accessibles géographiquement et financièrement à l'ensemble de la population. Cette notion recouvre également des aspects organisationnels tels que des horaires de réception pratiques, des services de garde, des consultations à distance, des délais d'attente réduits et la possibilité de visite à domicile (39). La continuité des soins implique un suivi du patient entre les consultations (40).

Cette notion établit une distinction entre la continuité en matière d'informations, qui a trait à la gestion courante des dossiers médicaux des patients (complétés lors de chaque consultation), et la continuité longitudinale, qui désigne la dispensation de soins primaires en un lieu donné sur une longue durée. Une notion plus importante encore est celle de continuité relationnelle, qui désigne une relation personnelle suivie entre le patient et le soignant caractérisée par une confiance et un respect mutuels (41).

La coordination des services des soins primaires est importante car elle détermine la capacité des services de santé dans leur ensemble à répondre aux besoins de la population, notamment parce que les soins primaires constituent le point d'entrée dans le système de santé et qu'ils jouent un rôle de filtre à l'accès aux autres niveaux de soins. Le risque de problèmes sur le plan de la prise en charge des patients est tout particulièrement évident au point de jonction entre les soins primaires et secondaires ou entre les services de soins curatifs et les autres services (de santé publique) du point de vue de la promotion de la santé (42). La coordination

s'effectue également au niveau de la collaboration au sein des cabinets de soins primaires et entre les prestataires de services de soins primaires (par exemple les médecins de famille, les infirmiers et les kinésithérapeutes).

Les soins centrés sur la personne se caractérisent également par une gamme complète de services de soins curatifs, de réadaptation et de prévention, qui sont dispensés directement par un médecin de soins primaires ou organisés spécialement dans un autre lieu. L'étendue de ces services dépend également des conditions d'exercice, des installations et des équipements ainsi que de la qualification professionnelle du soignant. L'orientation des professionnels des soins primaires vers les soins de proximité joue également un rôle important (43). Le tableau 3.1 résume brièvement les principaux éléments qui caractérisent les soins centrés sur la personne par rapport aux conceptions plus classiques.

**Tableau 3.1. Aspects qui distinguent les soins de santé conventionnels des soins primaires centrés sur la personne**

Soins médicaux ambulatoires classiques en centre de santé ou en consultation externe	Programme de lutte contre les maladies	Soins primaires centrés sur la personne
Accent sur la maladie et la guérison	Accent sur les maladies prioritaires	Accent sur les besoins sanitaires
Relation limitée au moment de la consultation	Relation limitée à la mise en œuvre du programme	Relation personnelle durable
Soins curatifs épisodiques	Actions de lutte contre les maladies déterminées par les programmes	Soins complets, continus et centrés sur la personne
Responsabilité limitée à des conseils efficaces et sûrs dispensés au patient lors de la consultation	Responsabilité d'atteindre des objectifs ciblés dans la lutte contre la maladie dans la population cible	Responsabilité de la santé de tous au sein de la collectivité et pendant toute la vie ; responsabilité de tenir compte des déterminants de la mauvaise santé
Les usagers sont des consommateurs des soins qu'ils achètent	Les groupes de population sont les cibles des actions de lutte contre les maladies	Les gens sont partenaires dans la gestion de leur santé et de celle de leur collectivité

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais (38).

## Diversité des soins primaires dans la Région européenne de l'OMS

Au cours des dernières décennies, de nombreux pays de la Région européenne ont mis en œuvre des réformes de santé afin de renforcer les soins primaires. Pour autant, le principe et le contexte de ces réformes varient et traduisent la diversité des soins primaires dans la Région.

En Europe occidentale, on s'attendait à ce que les soins primaires permettent de faire face à la hausse des coûts et à l'évolution des exigences liées aux tendances démographiques et épidémiologiques, notamment le vieillissement des populations, les modes de vie malsains et l'accroissement du nombre de maladies chroniques et de polyopathologies qui en découle. D'une façon générale, les réformes des soins primaires ont davantage consisté à aménager les structures existantes qu'à modifier en profondeur le secteur de la santé. À l'inverse, les pays de la partie orientale de la Région européenne, dont les systèmes sont inspirés du modèle Semashko hérité du passé, ont donné la priorité à une réforme des systèmes de santé plus approfondie, en abandonnant des spécialités très étroitement axées sur les maladies et un système de prestations de services en milieu hospitalier. Les réformes des soins primaires ont donc été menées dans le cadre d'un programme global de réforme du secteur de la santé destiné à modifier les modes de financement, la conception de l'enseignement et de la formation des professionnels de santé et l'organisation de la prestation des soins primaires. L'encadré 3.1 présente deux exemples.

### Encadré 3.1. Objectifs des réformes des soins primaires en Allemagne et au Kirghizistan

#### Allemagne

En 2006, l'Allemagne a tenté de renforcer le rôle de filtre des médecins généralistes, alors que jusqu'à présent, les praticiens privés exerçaient essentiellement en cabinet et étaient en concurrence avec les spécialistes à propos des patients. Le régime d'assurance maladie propose à ses assurés des contrats en vertu desquels ils se conforment au rôle de filtre du généraliste. Ces personnes choisissent officiellement un médecin traitant et acceptent de le consulter systématiquement avant de prendre contact avec tout spécialiste. Si elles respectent ce contrat, elles sont dispensées du versement de 10 euros dû chaque trimestre par tous les assurés.

En mai 2007, 5,3 millions d'assurés, dont de nombreuses personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques, ont souscrit à un contrat de ce type. L'évaluation des effets de cette mesure a permis de constater que 90 % des personnes inscrites auprès d'un médecin n'ont pas remarqué de différence dans la prestation des soins après avoir opté pour le système de contrat (44).

#### Kirghizistan

Les soins primaires sont l'une des pierres angulaires du programme de réforme du secteur de la santé lancé en 1996. Ce programme se caractérisait essentiellement par une séparation sur le plan organisationnel et financier entre les soins primaires et les soins hospitaliers, avec la création de cabinets de médecins de famille où s'organisaient désormais les soins de santé primaires. En plus des infirmiers et des sages-femmes, ces cabinets comprenaient au moins un médecin (de famille) et le travail d'équipe ainsi mis en place a été instauré à tous les niveaux de la prestation de services. Auparavant, il était demandé aux patients de choisir officiellement un médecin de famille, mais chaque cabinet de médecins de famille comptait jusqu'à 2 000 patients. Les nouveaux médecins de famille jouent ainsi un rôle de filtre à l'accès aux niveaux secondaires et tertiaires.

Dans le cadre de la deuxième phase de restructuration du système de prestation de services de santé, les polycliniques traditionnelles ont fusionné en polycliniques générales pour hommes et pour femmes et, à partir de 2002, elles ont été réorganisées et rebaptisées en « centres de médecine familiale ». Désormais, elles proposent à la fois des services de soins primaires et secondaires en ambulatoire, qui vont des soins de santé généraux aux soins et diagnostics spécialisés, le but étant de réduire progressivement le nombre de spécialistes exerçant dans ces centres.

L'évaluation de ces mesures a montré un glissement des soins secondaires vers les soins primaires. L'importance accrue des services de santé primaires et du nombre de bénéficiaires s'accompagne d'une baisse des orientations vers les spécialistes et des hospitalisations inutiles (45).

### Mise en place de soins centrés sur la personne dans la Région européenne de l'OMS

Bien que des progrès évidents aient été accomplis du point de vue de l'amélioration des systèmes de santé, les patients continuent de subir des pénuries en termes de médecins de soins primaires (notamment en zone rurale) et des délais d'attente importants. Il leur est également demandé d'apporter une plus grande contribution financière à un système qui semble ne pas répondre suffisamment à leurs besoins et qui dépense une part considérable de ses ressources dans des services de soins curatifs spécialisés plutôt que dans la prévention des maladies et la promotion de la santé ; or, d'après les estimations, ces activités permettraient d'éliminer 70 % de la charge mondiale de morbidité (38). La hausse des coûts de santé s'avère particulièrement préoccupante dans le climat économique mondial actuel, car elle augmente le risque de priver davantage de personnes d'un accès aux soins.

Les médecins de soins primaires sont eux aussi confrontés à des difficultés, par exemple à une population trop importante de patients, souvent âgés, présentant une comorbidité de plus en plus complexe et auxquels il faudrait consacrer plus de temps lors des consultations, des charges administratives de plus en plus lourdes, une incapacité à se tenir au courant des innovations cliniques et, d'une façon générale, un manque de temps pour travailler correctement (46). Cette réalité touche l'ensemble de la Région. Par exemple, une étude menée récemment au Kirghizistan a montré que les tâches de déclaration sont telles qu'elles limitent le temps consacré aux patients. Au cours d'une journée de travail moyenne, les médecins de famille ne passent que 34 % de leur temps à s'occuper véritablement de leurs patients, le reste étant absorbé par les activités de documentation et de déclaration d'informations (47).

Les aspects de l'organisation de la pratique des soins qui peuvent déterminer le niveau d'accès relevant de l'organisation sont très variables d'un pays à l'autre. Le tableau 3.2 montre que les généralistes en Finlande et en Suède peuvent consacrer plus de temps à leurs patients que leurs collègues des Pays-Bas et du Royaume-Uni. Cela étant, les délais d'attente entre la prise de rendez-vous et la consultation semblent plus élevés en Finlande et en Suède. La charge de travail des généralistes est un autre aspect qui a une incidence sur l'accès relevant de l'organisation et la satisfaction des patients, et elle est mesurée ici en termes de nombre moyen de consultations au cabinet, de contacts téléphoniques et de visites à domicile. Ces données varient considérablement d'un pays à l'autre, avec des généralistes qui travaillent plus de dix heures par jour en Allemagne et en Hongrie.

**Tableau 3.2. Aspects de la charge de travail et de l'organisation de la pratique des soins primaires dans plusieurs pays**

Pays	Nombre moyen d'habitants par généraliste (patientèle) <sup>a</sup>	Nombre de patients traités			Durée moyenne de consultation (minutes)	Généralistes pour lesquels le délai d'attente est $\geq 2$ jours (%) <sup>b</sup>
		Consultations au cabinet (par jour)	Contacts téléphoniques (par jour)	Visites à domicile (par semaine)		
Allemagne	2 110	50	11	34	13	25
Croatie	2 010	44	6	6	12	11
Espagne	1 970	39	4	9	10	23
Finlande	1 582	19	6	3	18	80
France	943	16	7	27	20	12
Hongrie	1 975	48	7	27	15	0
Lituanie	ND	17	3	15	17	0
Pays-Bas	2 310	32	12	21	10	6
Royaume-Uni	1 892	34	6	19	8	31
Slovénie	ND	42	8	7	13	18
Suède	2 870	16	7	2	24	91

<sup>a</sup> Ces données datent de 1993.

<sup>b</sup> Nombre de jours, selon les déclarations des médecins, entre le rendez-vous et la consultation pour un problème bénin.

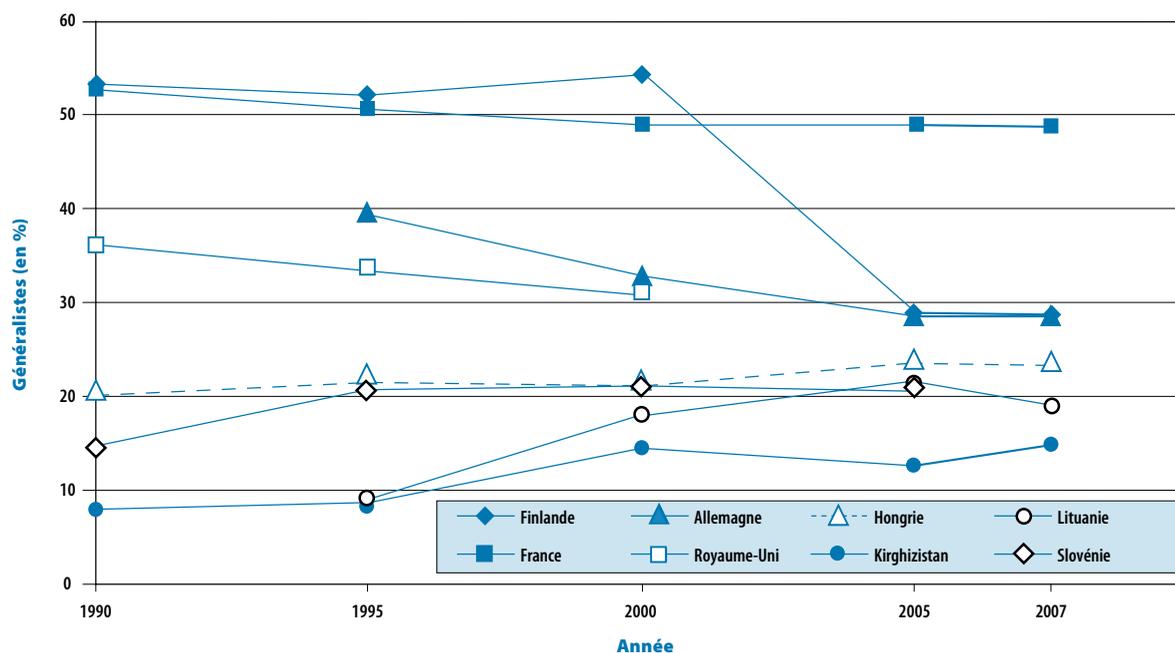
ND : informations non disponibles

Source : d'après Boerma (43).

Dans certains pays, une forte charge de travail peut également être le signe d'une pénurie ou d'une diminution des effectifs dans le secteur des soins primaires. Ainsi, en Allemagne, le nombre de généralistes par rapport au nombre total de médecins a diminué de plus de 10 % entre 1990 et 2007, alors que le nombre de médecins de soins primaires est resté plus ou moins constant et à un niveau élevé en France (figure 3.1).

La Finlande, qui a l'un des systèmes de soins primaires les plus solides d'Europe, a perdu 25 % de ses médecins dans ce secteur entre 2000 et 2005. Cette baisse a été attribuée au fait que les médecins se plaignent d'une perte de contrôle et d'influence sur leur propre travail, d'une diminution de la motivation professionnelle en termes de soutien de la part des collègues, de la mise en place partagée des gardes et des possibilités limitées en matière de recherche et de formation continue par rapport aux spécialistes exerçant en milieu hospitalier (48). Le niveau de rémunération, qui est relativement faible par rapport aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, explique également que les généralistes se détournent des soins primaires en Finlande (49).

En Europe centrale et orientale et en Asie centrale, la situation des professionnels des soins primaires, qui se situe à un niveau de référence nettement inférieur, ne ressemble en rien à celle de l'Europe occidentale. Cependant, il y est quasiment tout aussi difficile de mettre en

**Figure 3.1. Pourcentage de généralistes parmi les médecins dans plusieurs pays européens, 1990-2007**

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (9).

place un système davantage centré sur la personne. En effet, les ressources humaines dans le secteur des soins primaires restent insuffisantes. Dans des pays tels que le Kirghizistan, la Lituanie et la Slovénie, on a augmenté le nombre de médecins de soins primaires depuis 1990, mais le pourcentage de 12 à 20 % est toujours relativement faible comparé à celui des médecins exerçant dans d'autres secteurs (figure 3.1). En outre, des pays tels que la Croatie et la Slovénie sont confrontés à d'importantes difficultés du fait du départ en retraite récent ou imminent de leurs généralistes, et parce que la nouvelle génération n'est pas encore prête à remplacer l'ancienne (50).

Si les informations sur les pénuries de personnels de soins primaires sont faciles à trouver, les aspects tels que la coordination et l'intégration sont moins évidents. Il n'existe pas d'indicateurs ni de données précis, et ils varient d'un pays à l'autre. Dans la mesure où les soins primaires ne constituent pas un cadre fermé que l'on peut contrôler, comme un hôpital, les seuls indicateurs qui renseignent quelque peu sur les obstacles existants sont parfois des indicateurs indirects provenant d'enquêtes.

La Turquie a entamé une vaste réforme de la médecine familiale dans le secteur des soins primaires. Une étude sur les effets de cette réforme dans deux provinces (tableau 3.3) révèle, par exemple, que les médecins de famille ne tiennent pas systématiquement à jour le dossier médical de leurs patients à chaque consultation, ce qui est une condition indispensable à la continuité en matière d'informations. Cependant, depuis 2005, des dossiers cliniques sont établis régulièrement pour toutes les consultations de patients et, depuis mai 2009, la totalité des dossiers est transférée par voie électronique au ministère de la Santé. On a également constaté que la plupart des médecins de famille avaient du mal à établir des listes de patients par diagnostic et par risque sanitaire, ce qui permettrait d'analyser la

**Tableau 3.3. Disponibilité et utilisation des informations cliniques considérées comme des conditions préalables à la continuité et à l'intégration des soins, d'après les informations autodéclarées de médecins de famille de deux provinces de Turquie**

Éléments	Bolu (N = 37)		Eskişehir (N = 41)	
	N	%	N	%
Tenue des dossiers médicaux des patients				
Régulièrement	13	35	20	49
Avec quelques réserves	24	65	21	51
Création d'une liste de patients par diagnostic ou risque sanitaire				
Facile	10	28	11	27
Assez difficile	14	39	14	34
Très difficile ou impossible	12	33	16	39
Rédaction d'une lettre pour la plupart ou la totalité des patients orientés vers des services spécialisés	20	56	5	12
Réception d'informations du spécialiste après le traitement				
En règle générale	1	3	1	2
Dans une minorité des cas	8	22	5	12
Rarement ou jamais	28	75	35	86
Réception d'un rapport de sortie après l'hospitalisation				
Dans un délai de 30 jours	3	8	4	10
Rarement ou jamais	30	81	30	73

Source : Kringos et al. (51).

patientèle des cabinets et d'organiser des programmes de traitement cohérents pour les individus ou les groupes qui composent cette patientèle. Il convient de compiler ces données si l'on veut disposer de soins coordonnés et intégrés. Certes, les insuffisances sur le plan de la coordination et de l'interaction entre les soins primaires, secondaires et tertiaires sont relativement courantes dans un processus de transition, et la Turquie n'est qu'un exemple parmi d'autres, mais les patients semblent apprécier les efforts des pouvoirs publics visant à mettre les services davantage à leur portée. Environ 95 % des patients ayant fait l'objet du sondage dans les deux provinces de Turquie ont déclaré être « satisfaits de la façon dont les traite leur médecin de famille » (51).

### Obstacles à la mise en place de soins centrés sur la personne : des exemples de solution en Europe

La mise en place de soins centrés sur la personne représente un défi majeur et les pays de l'ensemble de la Région européenne continuent d'éprouver les plus grandes difficultés pour atteindre cet objectif. À terme, il faudra modifier en profondeur le modèle existant ; plutôt que de continuer à enchaîner à longueur de journée des consultations de 10 à 15 minutes par patient, les médecins et les équipes de soins primaires devraient analyser les besoins sanitaires de leur patientèle et leur apporter une réponse adaptée, sous la forme de stratégies individualisées ou en groupe, en fonction des risques sanitaires (46). Les stratégies et solutions adoptées par les pays pour appliquer ce principe semblent suivre deux grandes tendances :

- expérimenter de nouvelles qualifications en ce qui concerne les prestataires et de nouvelles organisations sur le plan de la pratique ; ou
- mettre en œuvre des programmes de soins intégrés accompagnés de programmes de prise en charge des maladies.

### Transformation des lieux de soins et redéfinition des qualifications des prestataires

Compte tenu des restrictions en termes de ressources humaines évoquées plus haut, les solutions permettant de mettre en place des soins primaires davantage centrés sur la personne sont limitées. L'une d'entre elles consiste à transformer progressivement les lieux et l'organisation des soins et d'instaurer de nouvelles qualifications concernant les prestataires, essentiellement fondées sur le travail en équipe et en réseau. Certains pays ont fait évoluer la mission des infirmiers et d'autres soignants et créé de nouvelles qualifications liées à leur métier, afin qu'ils se chargent de différentes tâches traditionnellement dévolues aux médecins de soins primaires. Ainsi, des praticiens en soins infirmiers ont été mis en place aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Ces professionnels dotés d'une formation universitaire dispensent des soins infirmiers classiques, mais se chargent également de tâches d'ordinaire effectuées par les médecins telles que la prescription de médicaments et l'administration de traitements simples. L'Allemagne a récemment créé des postes d'infirmiers de proximité qui, tout en accomplissant des tâches semblables à celles des praticiens en soins infirmiers, mettent l'accent sur la prestation de soins à domicile aux personnes atteintes de maladies chroniques en zone rurale (52). De la même façon, les *primary care trusts* au Royaume-Uni ont commencé à employer des personnes chargées de coordonner les services dispensés aux patients souffrant d'une longue maladie ou ayant des besoins complexes dans le domaine sanitaire et social. Ce coordinateur est chargé entre autres d'analyser le registre afin d'évaluer les besoins des personnes, d'élaborer les programmes de soins et d'organiser les services en conséquence, et de contrôler la qualité des soins. Par ailleurs, l'Angleterre a fait évoluer la mission des pharmaciens en leur permettant de délivrer des médicaments sur présentation d'une ordonnance à renouveler, de contrôler la prise de médicaments et de proposer des services de sevrage tabagique (53).

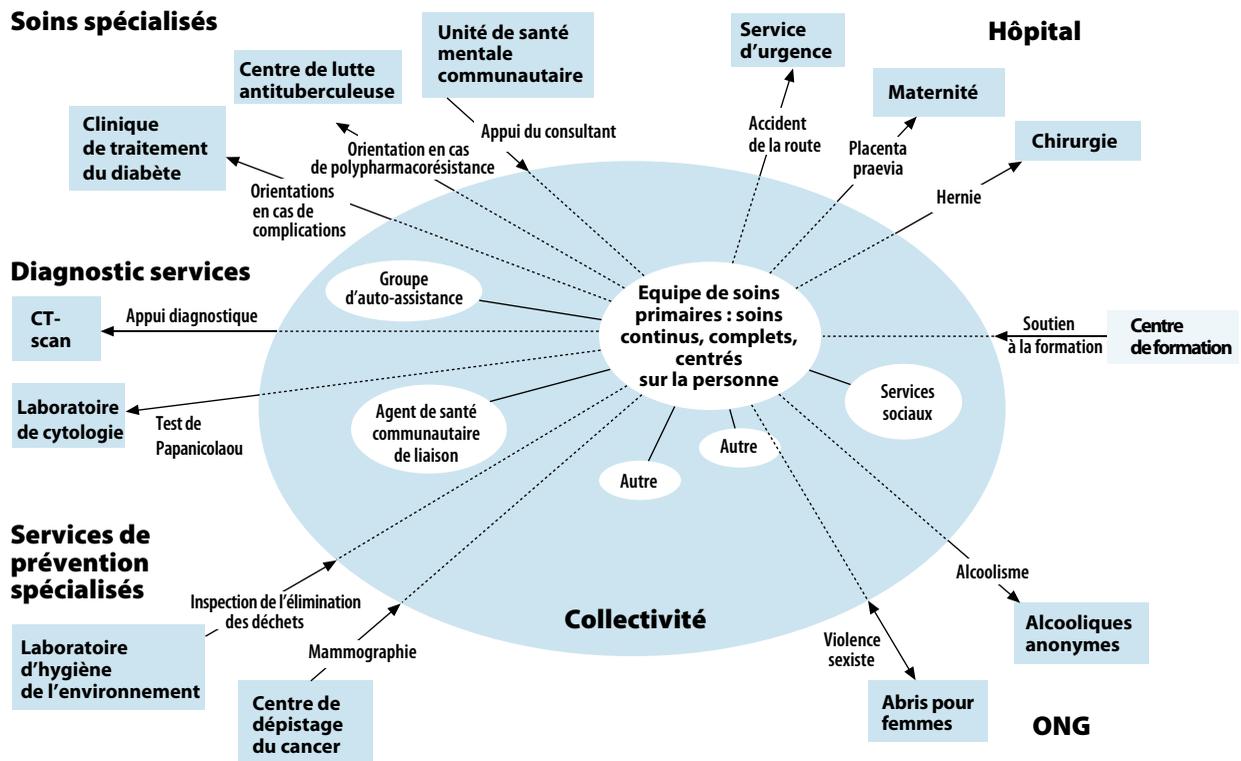
En 2003, la région de Castille-Léon, en Espagne, a lancé un programme d'amélioration du fonctionnement de la prestation de soins aux personnes ayant des besoins sur le plan à la fois sanitaire et social, par exemple celles atteintes de maladies chroniques. Les autorités se sont rapidement rendu compte que le transfert des tâches des médecins vers les infirmiers et vers de nouveaux prestataires d'aide aux personnes dépendantes allait entraîner une modification du rôle des généralistes. Les médecins seraient ainsi formés à la gestion d'équipe, consacraient plus de temps à la coordination des équipes de soins de santé et de prise en charge de personnes dépendantes et verraient beaucoup moins de patients, principalement ceux atteints de maladies graves (54).

### Prise en charge des maladies chroniques et soins intégrés

Comme le suggère l'apparition de nouveaux types de prestataires et de modèles de pratique souples, il est nécessaire de mettre en place une coopération pluridisciplinaire entre les niveaux de soins et avec les partenaires extérieurs, l'équipe de soins primaires fonctionnant comme un centre de coordination (figure 3.2).

De plus, les changements organisationnels traduisent et suivent les tendances épidémiologiques. Face à la prévalence accrue des maladies chroniques et des polyopathologies, plusieurs systèmes de santé déjà dotés d'une solide structure de soins primaires se sont décidés à expérimenter des modèles de soins appliqués à certaines pathologies telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. Cette méthode permet aux soins primaires de jouer le rôle de centre de coordination. Les pays en question sont le Danemark, la France, l'Irlande, l'Italie et le

Figure 3.2. Les soins primaires en tant que centre de coordination



Source : Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais (38).

Royaume-Uni (11). À ce propos, on cite souvent l'exemple des programmes de prise en charge des maladies mis en place en Allemagne en 2002 pour le diabète de type 1 et 2, l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive, la cardiopathie ischémique et le cancer du sein. En 2008, plus de 4,7 millions de patients étaient inscrits à ces programmes et bon nombre d'entre eux étaient suivis par des médecins généralistes spécialement formés aux maladies concernées (55). En 2000, Zwisler, Schou & Sørensen (56) ont annoncé le lancement d'un essai clinique au Danemark pour les personnes atteintes de cardiopathie ischémique, avec possibilité pour ces patients de recevoir des soins de réadaptation intégrés en ambulatoire. Des équipes pluridisciplinaires et spécialement formées ont été créées, constituées d'une équipe centrale comprenant un cardiologue, un infirmier, un kinésithérapeute, un diététicien et un secrétaire, et une équipe annexe composée d'un assistant social et d'un psychiatre. Après l'évaluation de l'essai en 2003, des recommandations concernant la phase de suivi ont été formulées en vue d'ajouter un psychologue et un prêtre à l'équipe annexe (56).

D'autres pays ont expérimenté des modèles de soins intégrés plus complets ou des réseaux de prestataires s'occupant essentiellement des maladies chroniques au sens large. Ainsi, le concept de soins mixtes primaires-spécialisés mis en place aux Pays-Bas au début des années 1990 a considérablement influencé le regard porté sur les soins primaires et leur développement. L'objectif était d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients qui ne pouvaient pas redevenir entièrement autonomes, en assurant la liaison entre les soins hospitaliers et les soins primaires tout en maintenant un lien avec les services de prise en charge des personnes dépendantes (57).

## Conséquences pour l'avenir

Dans la Région européenne, la réorganisation complète des soins primaires autour de la personne exige la prise en compte de plusieurs questions importantes. Premièrement, il convient de mieux comprendre comment réaliser l'investissement en ressources humaines nécessaire aux soins primaires, sous la forme notamment d'un enseignement et d'une formation adaptés. Le changement des rôles traditionnels et, par exemple, l'accroissement des tâches accomplies par les infirmiers exige que l'on repense les systèmes de rémunération, voire que l'on invente d'autres systèmes basés sur une rémunération par équipe.

Deuxièmement, il est nécessaire d'élaborer des stratégies pour négocier la transition vers de nouvelles équipes et de nouveaux réseaux pluridisciplinaires, en faisant notamment appel au secteur social.

Troisièmement, un travail de recherche sur les mesures efficaces et celles qui ne le sont pas doit être mené. Par exemple, les données sur l'efficacité des nouvelles qualifications des prestataires et des nouveaux lieux de soins sont limitées. Des études pilotes semblent indiquer que l'attribution de responsabilités élargies aux infirmiers entraîne une amélioration des soins aux malades chroniques. De la même façon, plusieurs études menées à petite échelle sur la prise en charge des maladies et les programmes de soins intégrés donnent à penser que le nouveau processus de soins est bénéfique aux patients, mais les évaluations réalisées auprès de la population et les études sur le rapport coût/efficacité demeurent rares ou ne permettent pas de tirer de conclusions (57). Les pays qui effectuent une transition vers un système axé sur les soins primaires doivent être capables de surveiller si ce système est effectivement davantage centré sur la personne avant de pouvoir commencer à améliorer le processus et les résultats de ces soins. À défaut, il sera impossible d'évaluer si les réformes des systèmes réussissent à faire évoluer la prestation de services. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a mis au point un outil permettant aux États membres de surveiller et d'évaluer leurs modèles organisationnels dans le domaine des soins primaires (51).

De fait, la réorganisation des soins primaires centrés sur la personne dans la Région européenne doit s'accompagner d'un programme de recherche plus solide. Il est révélateur qu'une revue d'études Cochrane ait pu seulement trouver une étude valable sur l'intégration des services de soins primaires dans les pays à revenus faible et intermédiaire du point de vue des usagers (38,58).

## Maintien de la performance grâce aux politiques de financement de la santé

Les réformes du financement des soins de santé varient d'un point à l'autre de la Région européenne selon l'environnement institutionnel, culturel, économique et politique des pays (59). La plupart des pays ont défendu les grandes valeurs évoquées dans la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé (2) ; certaines réformes récentes ont cherché à améliorer l'équité, à réduire les obstacles financiers et à garantir une couverture universelle. Ces réformes ont également été axées sur les efforts visant à favoriser la réalisation de ces objectifs dans le contexte d'une augmentation des coûts et ce, par différents moyens, notamment la priorité accrue accordée à la santé dans l'allocation des ressources publiques, la

diversification et le mélange des ressources, la modification des flux financiers et des systèmes de mise en commun des ressources et l'étude de méthodes d'achat de soins dans l'optique d'une organisation plus rationnelle. (On entend ici par « achat » le transfert des ressources mises en commun entre un organisme – par exemple les caisses d'assurance maladie privées ou publiques, les administrations locales ou nationales ou d'autres organismes publics – et des prestataires.)

Dans une section antérieure, nous avons déjà abordé les questions de la couverture universelle et de la répartition de la protection financière. La présente section s'intéresse plus particulièrement aux modes de financement des soins de santé et aux réformes auxquelles les pays ont recours pour maintenir leur performance par rapport aux objectifs évoqués.

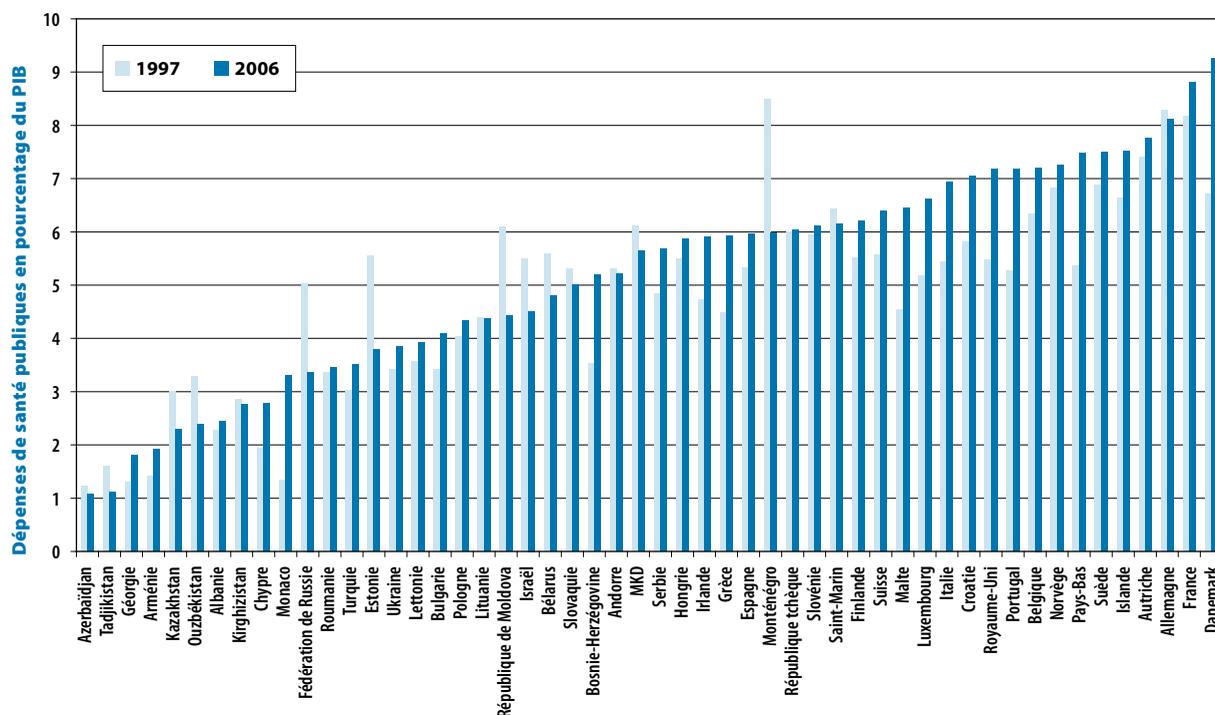
### **Réallocation des fonds publics à la santé en dépit de contraintes budgétaires plus lourdes**

La majorité des gouvernements de la Région ont manifesté une volonté accrue de financer la santé malgré des contraintes budgétaires plus fortes depuis ces dix dernières années, même s'il existe des différences d'un pays à l'autre. Les dépenses de santé publiques exprimées en part du PIB ont augmenté dans la plupart des pays (figure 3.3). Sachant qu'une large proportion des pays européens a également imposé des limites budgétaires plus strictes au cours de cette même période (c'est-à-dire qu'ils ont eu tendance à réduire la part du PIB consacrée au total des dépenses publiques), cette augmentation témoigne des décisions prises par la majorité des pays de donner davantage la priorité à la santé dans les dépenses publiques globales. Les données résumées à la figure 3.4 le confirment. Par conséquent, l'une des méthodes employées par les pays pour maintenir leur performance consiste simplement à accorder une priorité relative accrue à la santé dans leurs décisions en matière d'affectation des ressources publiques.

Toutefois, ces chiffres dénotent d'importantes variations au sein de la Région. En particulier, la part de la santé dans le total des dépenses publiques a augmenté pendant cette période dans 24 des 27 pays de l'UE, mais 8 des 11 pays de la CEI (il n'existe pas de données disponibles pour le Turkménistan) ont enregistré une baisse. Dans les autres pays, le tableau est mitigé. Par conséquent, si la tendance générale semble indiquer une ferme volonté de soutenir les objectifs des systèmes de santé grâce à une augmentation des dépenses, cela est particulièrement vrai pour les pays de l'UE. La situation dans une grande partie des pays de la CEI suscite des préoccupations quant au recul de la place de la santé dans la hiérarchie des priorités, d'autant que, dans la plupart de ces pays, la part des budgets qui lui était consacrée était déjà relativement faible.

Au-delà des dépenses, les États membres de la Région européenne de l'OMS conviennent dans l'ensemble qu'ils doivent contrôler et modifier les systèmes de financement et de mise en commun des ressources afin d'être en mesure de maintenir ou de renforcer leur engagement en faveur de la solidarité entre les différents groupes sociaux et entre les générations, alors même qu'ils vont avoir du mal à préserver ou à atteindre une viabilité et un équilibre financiers pendant les prochaines décennies. On peut donc tirer certains enseignements des réformes du financement de la santé menées ces dernières années. En particulier, on observe une fragmentation accrue du système de financement de la santé dans certains pays, et il existe souvent un décalage entre les méthodes d'achat de services

**Figure 3.3. Dépenses de santé publiques en pourcentage du PIB, Région européenne de l'OMS, 1997 et 2006**



Note : MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine. Il n'existe pas de données disponibles relatives au Turkménistan.

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (9).

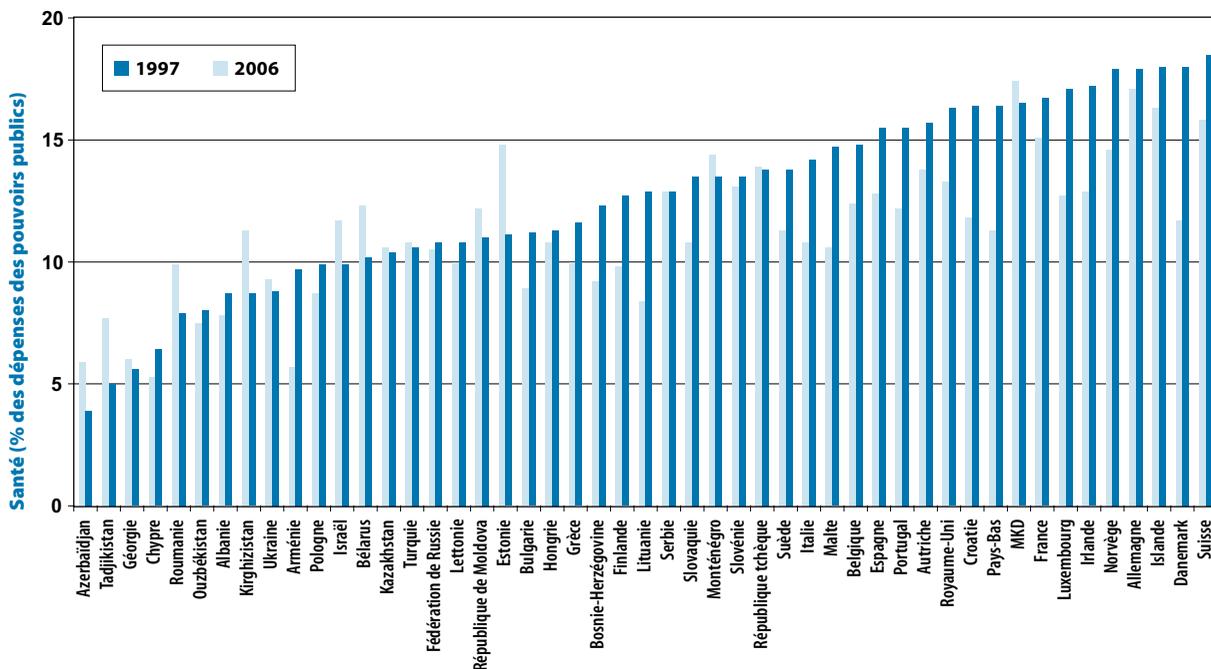
et les objectifs d'utilisation optimale des ressources et de qualité ; les pays adoptent différentes politiques pour remédier à ces problèmes.

### **Diversification des sources et nouvelles combinaisons de systèmes de perception des recettes et de mise en commun des fonds**

Face à la pression liée à l'augmentation des coûts et aux possibilités limitées d'augmentation des taux d'imposition en général et de ceux sur les rémunérations en particulier, de plus en plus de pays ont diversifié leurs sources de financement public tout en préservant ou en améliorant la cohérence de leurs systèmes de mise en commun de fonds. Les responsables politiques en Allemagne, en France, aux Pays-Bas, en République tchèque et en Suisse ont été confrontés à une pression considérable pour élargir leurs recettes en intégrant de nouveaux impôts.

De nombreux pays de la partie orientale de la Région européenne se heurtent à des problèmes semblables au moment où ils s'adaptent au passage récent d'un système de recettes fiscales générales et de couverture universelle à l'échelle de la population, à un système de financement par un impôt propre (généralement assis sur les rémunérations) et de couverture en fonction des cotisations. Il existe d'importantes différences dans la motivation et le passé des pays de la CEI, de l'ex-Yougoslavie, des autres pays d'Europe centrale et des pays baltes. La plupart des pays du troisième groupe ont instauré des systèmes d'assurance sociale qui ont marqué, du moins sur le plan de la forme, le retour aux systèmes en place à l'époque précommuniste. La

**Figure 3.4. Pourcentage du total des dépenses publiques consacrées à la santé, Région européenne de l'OMS, 1997 et 2006**



Note : MKD est le code ISO (Organisation internationale de normalisation) correspondant à l'ex-République yougoslave de Macédoine. Il n'existe pas de données disponibles relatives à Andorre, Monaco, Saint-Marin et le Turkménistan.

Source : base de données européenne de la Santé pour tous (9).

difficulté rencontrée par les caisses d'assurance maladie dans le recouvrement des cotisations a conduit à transférer la responsabilité de ce recouvrement aux administrations centrales des services publics fiscaux en Estonie, en Hongrie et en Roumanie. À l'exception de la Bosnie-Herzégovine, les pays de l'ex-Yougoslavie ont mis en place des caisses d'assurance maladie uniques et centralisées au début des années 1990. Cependant, seuls cinq pays de la CEI ont instauré un système d'assurance maladie obligatoire sous une forme ou une autre, à savoir la Fédération de Russie, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan et la République de Moldova, même si la Géorgie et le Kazakhstan l'ont ensuite abandonné (60).

Les réformes récemment menées en Allemagne représentent une parade au problème auquel sont confrontés de nombreux pays qui financent principalement l'assurance maladie obligatoire grâce aux prélèvements sur les salaires : il s'agit de leur capacité à maintenir à l'avenir une couverture quasi universelle et des niveaux élevés de protection financière sans nuire au marché du travail. Jusqu'en 2009, près de 90 % des recettes de l'assurance maladie en Allemagne provenaient des cotisations des salariés, qui ont nettement augmenté au cours des dernières années. Au niveau actuel de prestations, et en maintenant la part relative des recettes provenant des rémunérations et des recettes générales, les taux moyens de cotisation devront se situer entre 22 et 25 % d'ici 2025 et entre 26 et 30 % d'ici 2030 si l'on veut préserver l'équilibre financier du système tout en maintenant le niveau actuel des prestations (61). En réaction, le gouvernement allemand a commencé en 2009 à modérer la hausse des taux de cotisation en injectant davantage de recettes générales dans le système (62). En République

tchèque, près de 30 % de la population aura dépassé l'âge de la retraite d'ici 2030, contre 20 % en 2003. Si l'on ne fait rien, il faudra doubler le taux de cotisation actuel (13,5 %) d'ici l'année 2030 environ (63). Certains s'inquiètent des effets que ces augmentations des prélèvements assis sur les salaires risquent d'avoir sur l'emploi et la croissance économique.

Dans un contexte économique très différent, le gouvernement de la République de Moldova a lancé en 2004 une réforme de l'assurance maladie obligatoire s'appuyant sur un nouvel impôt salarial. L'objectif était de transformer la structure fragmentée de mise en commun des fonds héritée de l'URSS, de créer un puissant organisme d'achat chargé d'introduire de nouvelles mesures d'incitation dans le système et d'augmenter le niveau de financement public de la santé. Toutefois, comme une part importante de la population active appartient au secteur informel, on s'est rendu compte que l'impôt sur les rémunérations ne suffirait pas à lui seul à financer le niveau de prestations souhaité pour la population. Par conséquent, une partie de la réforme a consisté à transférer les recettes du budget général vers la nouvelle caisse d'assurance maladie afin d'offrir une couverture à certains groupes de population non cotisants. Il en a résulté une combinaison originale de sources de financement pour l'assurance maladie obligatoire : près des deux tiers des fonds gérés par la caisse provenaient des transferts effectués à partir des recettes générales et seulement un tiers environ, des prélèvements sur les salaires (64).

### **Atténuation des effets de la fragmentation dans les pays caractérisés par la concurrence de nombreux assureurs maladie : trouver le compromis entre la concurrence et la solidarité**

Certains pays de la Région utilisent des systèmes d'assurance maladie obligatoire gérés par plusieurs organismes concurrents. C'est le cas de l'Allemagne, de la Belgique, de la Fédération de Russie, d'Israël, des Pays-Bas, de la République tchèque, de la Slovaquie, de la Suisse et, plus récemment, de la Géorgie. En fragmentant officiellement les fonds payés d'avance disponibles pour l'assurance maladie, cette concurrence peut menacer la solidarité et l'extension de la protection contre le risque pouvant être offerte à partir d'un certain niveau de financement. Presque tous les pays qui ont opté pour un tel système ont pris des mesures visant à atténuer ces effets potentiels. En République tchèque, par exemple, la maîtrise de la concurrence entre assureurs maladie a permis de limiter les incitations à la sélection ou à la discrimination lors de l'affiliation des assurés. Un dispositif d'égalisation des risques mis en place dès 1994 a été nettement amélioré grâce à une loi de 2003 et mis en œuvre au cours des trois années suivantes. Il a donné de bons résultats et a entraîné de fait la création d'un fonds commun national virtuel en soumettant tous les fonds payés d'avance à un ajustement du risque, au lieu que l'ajustement du risque partiel soit effectué au préalable.

L'un des objectifs importants de cette réforme était d'améliorer le fonctionnement du système de santé en amenant les assureurs maladie à être en concurrence non plus sur le plan de la mise en commun des ressources (en s'efforçant d'attirer les personnes pour lesquelles la probabilité de marge positive entre les recettes et des dépenses était la plus forte), mais aux fins de l'amélioration de l'achat de services de santé. Alors qu'auparavant, un assureur maladie pouvait réaliser des profits en n'acceptant que des clients riches, jeunes et en bonne santé, le nouveau principe rend les avantages pouvant être tirés d'une telle sélection moins intéressants. Dans la mesure où le système réformé établit une meilleure corrélation entre les revenus de chaque assureur maladie et la structure des risques de ses assurés, ces assureurs sont plus motivés pour axer la concurrence sur une meilleure maîtrise des coûts et sur la qualité globale de leurs services. Bien que l'amélioration des pratiques d'achat ne se soit pas encore traduite dans les faits, un niveau suffisant de compensation des risques est nécessaire

si l'on veut éviter au maximum les comportements de regroupement stratégiques des risques de la part des assureurs maladie (60).

Si elles sont incomplètes, les réformes du financement de la santé peuvent engendrer une plus grande fragmentation dans le versement des fonds aux infrastructures, ce qui à son tour peut créer des incitations contradictoires et empêcher la mise en œuvre d'une prestation des soins intégrée. En Fédération de Russie, la mise en place d'une assurance maladie obligatoire a entraîné la création de groupes de risques plus importants qui augmentent les chances d'amélioration de la solidarité. Toutefois, l'allocation de ces fonds à tous les niveaux du système par le biais d'assureurs maladie concurrents accompagne souvent, plutôt qu'elle ne remplace, le transfert direct des budgets des gouvernements locaux aux infrastructures sanitaires, qui perdure dans de nombreux territoires. La réforme est donc incomplète et une fragmentation non négligeable demeure (60).

Pour atteindre l'objectif de partage des risques financiers propre à un système de santé fondé sur la solidarité, lorsque l'on part d'un système fondé sur des assureurs maladie concurrents, comme c'est le cas aussi bien en République tchèque qu'en Fédération de Russie, il convient d'adopter des mesures visant à élargir le champ de la mutualisation des risques (ce qui améliore les chances d'une plus grande solidarité au sein du système de santé) et à offrir aux assureurs maladie une compensation en fonction des profils de risque de leurs affiliés (afin que la sélection des risques ne soit plus une opération rentable). Le but à poursuivre devrait être de détourner l'énergie déployée par les assureurs pour se faire concurrence au profit d'une bonne organisation administrative et de l'achat de services de santé, bien que la définition des domaines dans lesquels cette concurrence offre de réels avantages représente un travail considérable.

### **Promouvoir la solidarité en centralisant le financement**

Bien que la décentralisation puisse être utile pour réaliser certaines fonctions et objectifs des systèmes de santé, une structure de mise en commun et d'affectation des ressources décentralisée limite les possibilités de redistribution de ces ressources. La Norvège a entrepris la recentralisation de son système au cours des dernières années, en affectant des ressources à quatre autorités sanitaires régionales au lieu de dix-neuf comtés. S'agissant du volet relatif à la redistribution des ressources, les réformes menées dans ce pays ont donné lieu à d'importantes difficultés politiques et elles n'ont donc pas complètement abouti, mais on a constaté une certaine amélioration de l'efficacité et de la productivité (65).

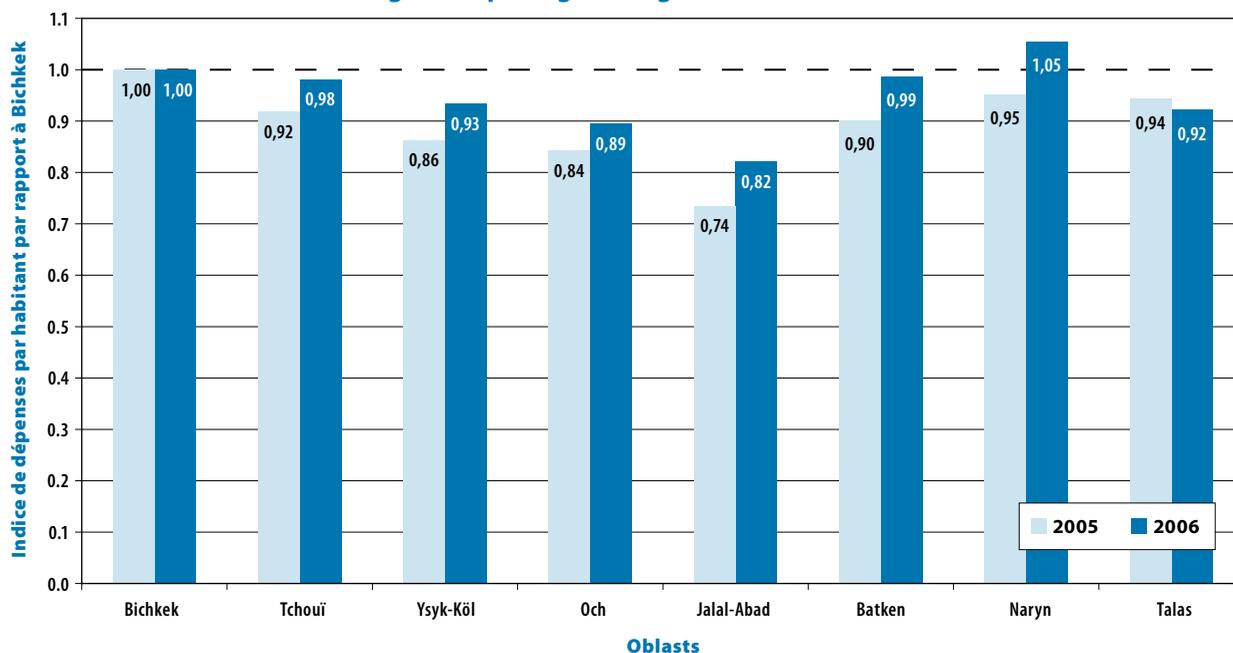
Le Kirghizistan (dès 2001) et la République de Moldova (en 2004) ont remplacé le système budgétaire décentralisé hérité de l'URSS par un système centralisé de mise en commun des ressources. Le premier a procédé progressivement pendant cinq ans, la seconde a effectué la transition en un an. Dans les deux cas, la principale source financière était les recettes du budget général, et les réformes visant à la mise en commun des ressources ont combiné ce financement aux recettes provenant des prélèvements sur les salaires ou l'ont utilisé de façon clairement complémentaire au sein de la nouvelle caisse d'assurance maladie nationale. La centralisation de la mise en commun des ressources s'est accompagnée d'une orientation vers une affectation des ressources aux prestataires fondée sur les résultats et la capitation et d'une plus grande autonomie de ces prestataires en matière de gestion. Dans chaque pays, les réformes ont débouché sur une répartition plus équitable des dépenses de santé publiques entre les régions, une réduction de la charge des dépenses en paiements directs et une

meilleure utilisation des ressources dans les activités des prestataires, même si des progrès importants peuvent encore être accomplis dans tous les domaines (66).

Au Kirghizistan, après la fusion progressive des caisses au niveau des *rayons* (districts) avec celles au niveau des *oblasts* (provinces), pendant la période 2001-2005, le regroupement des ressources a été centralisé au niveau national en 2006. Les effets de cette mesure ont été immédiats, comme le montre la figure 3.5, qui représente les dépenses de santé publiques par habitant et par *oblast* en 2005 et en 2006 par rapport à Bichkek (la capitale). L'écart de financement entre Bichkek et les autres *oblasts* a diminué dans tous les cas sauf un. Dans l'*oblast* de Naryn, l'un des plus pauvres et des plus difficiles géographiquement du fait de son terrain montagneux, les dépenses par habitant ont dépassé celles de Bichkek. Un ensemble unique de critères de financement a servi de base à l'affectation des fonds entre les régions. Ces critères ont été d'ailleurs ajustés grâce à de nouveaux coefficients afin de compenser les différences entre les caractéristiques géographiques et démographiques de chaque région et d'essayer de tenir compte des différences sur le plan du besoin relatif et du coût de la prestation de services.

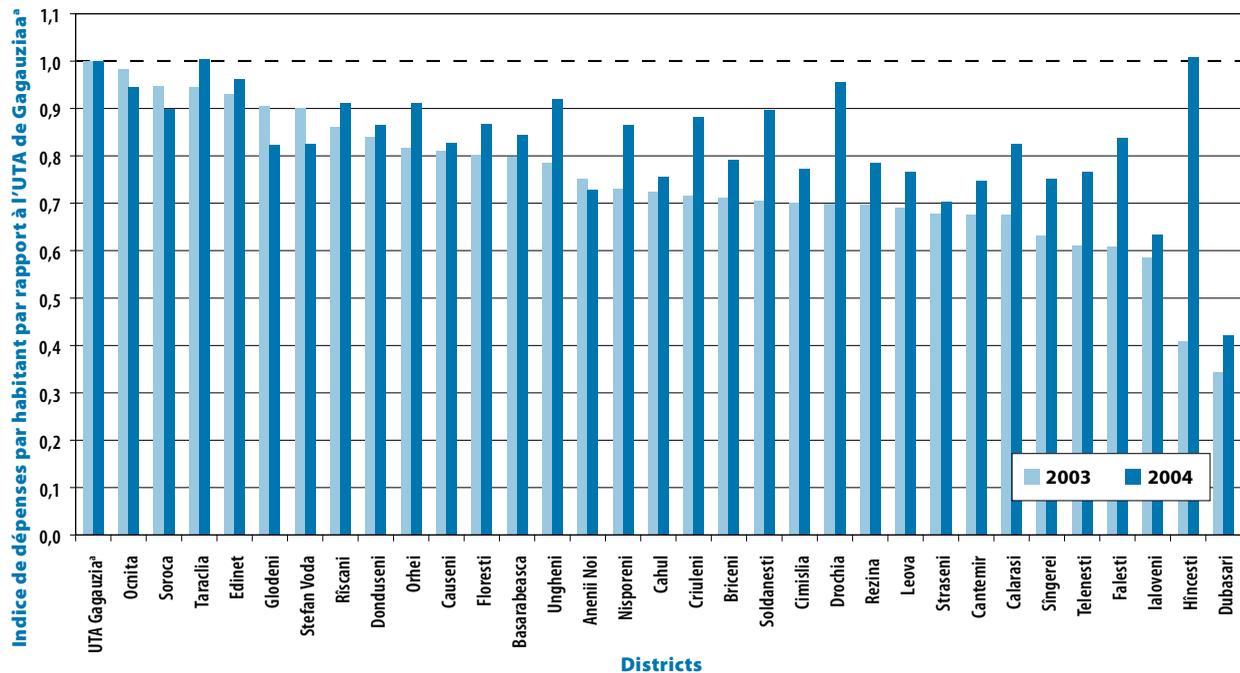
De la même façon, en République de Moldova, la centralisation de la mise en commun des ressources du niveau du *rayon* en 2003 au niveau national en 2004 s'est accompagnée d'une répartition plus équitable des dépenses de santé publiques. La figure 3.6 montre que les différences de dépenses entre les *rayons* ont considérablement diminué en 2004 par rapport à 2003. Les données de 2003 représentent les dépenses inscrites au budget local par habitant pour chaque *rayon*, alors que pour l'année 2004, les données représentent les dépenses par habitant et par *rayon* supportées par la caisse d'assurance maladie obligatoire.

**Figure 3.5. Dépenses relatives par habitant au titre de l'ensemble des prestations publiques (caisse d'assurance maladie obligatoire) par région, Kirghizistan, 2005 et 2006**



Source : Financial management reports on execution of the state guaranteed benefit package and 2007 Ministry of Health performance indicator report (67).

Figure 3.6. Dépenses de santé par habitant dans les districts de la République de Moldova, 2003 et 2004



<sup>a</sup> Unité territoriale autonome de Gagauzia.

Source : Shishkin, Kacevicius, Ciocanu (64).

### Achat stratégique de soins de santé : des ressources allouées aux prestataires en fonction des données sur leur performance ou des besoins de la population

Au cours des dix dernières années, on s'est de plus en plus intéressé aux moyens de moderniser l'achat de services de soins de santé dans le but d'améliorer la performance. Dès le début des années 1990, de nombreux pays ont commencé à appliquer certains modèles d'achat stratégique. L'achat stratégique implique l'utilisation de méthodes qui établissent un lien entre l'affectation des ressources et les informations relatives, par exemple, à la performance des prestataires ou aux besoins de la population qu'ils desservent. À l'inverse, l'achat passif prend généralement la forme d'un budget fondé sur les moyens mis en œuvre ou sur des données historiques, ou du remboursement non ciblé des paiements à l'acte.

Les systèmes de santé fondés sur un modèle d'intégration verticale dans lequel le gouvernement ou les administrations régionales financent les services et en assurent la prestation ont engagé de nombreuses réformes pour séparer les fonctions d'achat et de prestation et pour offrir aux acheteurs un mécanisme permettant d'améliorer la performance des prestataires. Suite à la réforme du marché interne au sein du NHS, au Royaume-Uni (mis en place en 1991 puis regroupé en acheteurs définis au niveau régional sous la forme de *primary care trusts* en 2000) l'Italie, le Portugal et certaines régions d'Espagne et de Suède ont également établi une séparation entre acheteurs et prestataires. Il existe de nombreux mécanismes, à commencer par l'évaluation des besoins sanitaires et l'utilisation de contrats, qui peuvent inclure des systèmes de suivi de la qualité et de rémunération en fonction de la performance. Dans ces contextes, on a recours aux méthodes d'ajustement du risque pour faire en sorte que

les ressources versées aux prestataires correspondent aux besoins en soins de santé, ce qui permet d'améliorer la qualité de l'accès et l'efficacité dans l'affectation de ces ressources.

Dans certains pays où les fonctions d'achat et de prestation sont depuis longtemps dissociées et où les caisses d'assurance maladie passent des contrats avec les prestataires, les responsables de l'élaboration des politiques ont essayé de créer ou d'élargir la concurrence entre les caisses (à but lucratif ou non) qui gèrent les recettes de l'assurance maladie obligatoire, en partie pour les inciter à moderniser le processus d'achat dans le but de parvenir à une utilisation rationnelle des ressources et à une meilleure qualité. Les autres motifs qui ont conduit à instaurer ou à étendre la liberté de choix du patient vis-à-vis de la caisse d'assurance ont été que cette mesure permettait de mieux répondre aux attentes des bénéficiaires et de réduire les variations en matière de cotisations. Comme nous l'avons vu plus haut, cette stratégie se heurte à des écueils, notamment le champ de la sélection des risques et les nombreuses contraintes qui limitent la concurrence entre les caisses. Bon nombre des mesures prises pour atténuer les effets de la sélection des risques (par exemple la définition au niveau national des programmes de prestations, des barèmes d'honoraires et des taux de cotisation) limitent également les possibilités pour les assureurs maladie d'innover en adoptant de nouvelles méthodes d'achat. Néanmoins, des efforts ont été récemment consentis pour favoriser la concurrence en autorisant les assureurs maladie à passer des contrats de façon sélective, afin d'inciter les prestataires à atteindre de meilleurs niveaux d'efficacité et de qualité. Dans ce domaine, on a constaté une évolution positive en Allemagne, où certains aspects de la stratégie d'achat ont été intégrés à la formule d'ajustement du risque. Plus précisément, cette formule comporte pour les assureurs maladie une incitation financière qui les pousse à accepter des personnes présentant des incapacités dans les programmes de prise en charge des maladies (68).

### Rémunération des hôpitaux

De plus en plus de pays ont expérimenté des mécanismes destinés à améliorer la performance et la transparence des services hospitaliers. La plupart des systèmes de santé européens rémunèrent les hôpitaux au moyen des budgets généraux, bien que la tarification à la pathologie (on parle souvent de groupes homogènes de malades) soit de plus en plus utilisée pour définir les budgets ou comme méthode de paiement. Bien que les budgets fixes permettent de maîtriser les coûts, la tarification à la pathologie incite à une plus grande activité et à une plus grande transparence dans des systèmes de comptabilité hospitalière généralement opaques. Les objectifs précis poursuivis avec l'introduction de la tarification à la pathologie dans les soins hospitaliers varient d'un pays à l'autre ; certains consistent à dynamiser l'activité et à réduire les délais d'attente, et d'autres à maîtriser les coûts et à améliorer la transparence en matière de financement. Néanmoins, tous visent globalement à créer des incitations afin d'améliorer l'efficacité des prestataires. Dans le secteur hospitalier, les systèmes de tarification à la pathologie ne sont pas tous conçus de la même façon. Ainsi, aux Pays-Bas, le système englobant de façon plus large le diagnostic et le traitement prévoit une enveloppe unique pour la rémunération des médecins spécialistes et des hôpitaux. Un tel principe entraînant inévitablement des risques de sortie prématurée des malades et d'augmentation des taux de réadmission, il convient d'être très vigilant (69).

D'une façon générale, on a constaté que la tarification à la pathologie entraînait un accroissement de l'activité hospitalière, permettait d'obtenir des informations sur les coûts hospitaliers et la répartition des cas traités (*case mix*) et favorisaient la maîtrise des coûts par diagnostic. Bien que les incitations associées à la tarification à la pathologie donnent lieu aux

mêmes avantages, elles présentent également un inconvénient susceptible de diminuer ces avantages : elles encouragent les hôpitaux à choisir les malades qui coûtent le moins cher dans une catégorie et à orienter les cas plus lourds vers d'autres hôpitaux, à exagérer la complexité des cas dans les déclarations et à réaliser des économies sur la qualité (ou plus exactement sur la quantité) des soins dispensés à chaque patient (70).

### Rémunération des médecins

Dans la Région européenne, les principales méthodes de rémunération des prestataires sont le salaire, la capitation et le paiement à l'acte. Dans le secteur public, la plupart des médecins de soins primaires et ambulatoires reçoivent un salaire ou une capitation, ou une combinaison des deux. S'agissant des soins primaires, la capitation est le mode de rémunération le plus répandu dans de nombreux pays, par exemple l'Angleterre, la Croatie, l'Estonie, la Hongrie, l'Italie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lituanie, les Pays-Bas, la Pologne, la Roumanie et la Slovaquie. Les paiements à l'acte dominent en Allemagne (avec un plafonnement du budget général), en Autriche, en Belgique, en France, au Luxembourg et en Suisse. Ce mode de rémunération est également la norme pour les soins primaires et ambulatoires en secteur privé.

En revanche, les médecins hospitaliers sont la plupart du temps salariés, excepté en Belgique et en Suisse. Les systèmes de rémunération à l'acte incitent à accroître l'activité, alors que le salaire et la capitation, s'ils permettent une maîtrise des coûts, incitent à diminuer l'activité et à faire supporter les coûts des patients par d'autres prestataires. Plusieurs études ont permis de prouver l'influence du mode de rémunération sur le comportement des médecins (71,72), et les pays expérimentent de plus en plus de systèmes de rémunération mixtes comprenant des éléments de différentes méthodes de façon à accentuer les incitations positives et à atténuer les négatives (69).

Certains pays, notamment en Europe centrale et orientale, ont abandonné le système du versement de salaires aux prestataires de soins primaires en faveur de la rémunération à l'acte ou par capitation. D'autres, tels que ceux d'Europe occidentale, ont développé les paiements à l'acte ciblés en plus de la capitation, afin de renforcer les soins préventifs et de récompenser les bonnes performances. Les dispositifs d'achat ont peut-être la capacité de compenser les effets incitatifs pervers en établissant des liens rigoureux entre les caisses et la conformité à des indicateurs de qualité. Dans quelques pays, les contrats avec les prestataires sont rattachés à des indicateurs de qualité, par exemple le respect de normes d'accréditation, le suivi de procédures d'assurance qualité ou la réalisation d'objectifs de qualité et de résultats.

De la même façon, plusieurs pays optent pour des systèmes de rémunération des professionnels en fonction de la performance grâce à des incitations financières clairement définies, afin de récompenser certains comportements ou certains résultats. La récente réforme des contrats et de la rémunération des médecins généralistes au Royaume-Uni récompense ceux qui atteignent certains objectifs de qualité, mais elle présente des inconvénients, comme tous les types de rémunération liée à la performance. La plupart des médecins généralistes ont déjà atteint ces objectifs (73) et le budget a donc été dépassé, d'où une impossibilité d'augmenter les rémunérations pour tenir compte de l'inflation et un impact négatif sur le moral des médecins.

Certes, si les incitations financières sont nécessaires, elles ne sont pas suffisantes pour améliorer la qualité de la prestation de services, et les activités doivent être étroitement coordonnées à des initiatives sur le plan de la prestation de services et de la direction (*stewardship*).

## Conclusion

En dépit de différences importantes et croissantes dans le contexte d'évolution des systèmes de santé de l'ensemble de la Région européenne, tous les pays doivent relever le défi posé par la fragmentation des dispositifs financiers et prendre des mesures afin de rendre les incitations des prestataires conformes aux objectifs fixés par les politiques de financement de la santé. Ces besoins augmentent dans le contexte actuel de récession économique, alors que les contraintes budgétaires risquent d'être très fortes et de restreindre ainsi la capacité des gouvernements à poursuivre la tendance à l'augmentation des dépenses publiques consacrées à la santé, qui prévalait au cours de la dernière décennie. L'un des enseignements évidents que l'on peut tirer de l'expérience des pays concernant les réformes menées au cours des dernières années est que la priorité accordée aux objectifs de politique générale, et non pas la mise en œuvre de tel ou tel mécanisme, devrait être le moteur de la politique de financement de la santé. Il n'est pas très utile de fonder les choix en matière de politique sur les distinctions entre des modèles généraux de financement de la santé, tels que ceux de Bismarck et de Beveridge, car ils ne sont plus d'actualité. Ce qui importe, ce sont les détails : d'où viennent les fonds, comment sont-ils perçus, comment sont-ils mis en commun, quelles sont les modalités d'achat des services et comment sont définis les droits et les devoirs de la population. La politique de financement devrait avoir pour but d'assurer la bonne performance des systèmes de santé et de faire évoluer ces systèmes selon les valeurs fondamentales d'équité, de solidarité et de participation tout en gérant les ressources de manière responsable d'un point de vue budgétaire (74).

## Exercice de la fonction de direction (*stewardship*) dans l'optique de politiques publiques favorables à la santé

Comme nous l'avons vu dans la deuxième partie, la situation sanitaire s'est globalement améliorée dans la Région européenne de l'OMS au cours des quinze dernières années. Toutefois, cette amélioration va de pair avec de graves problèmes tels que la prévalence élevée de maladies non transmissibles dans la plupart des pays, les inégalités en matière d'accès aux services de santé et de résultats au niveau de l'état de santé de la population au sein d'un même pays et entre les différents pays, un décalage entre la situation sanitaire, les ressources humaines et les besoins sanitaires de la population, et l'augmentation des dépenses de santé. Dans certains pays, ces problèmes ont persisté en dépit de décennies d'efforts pour réformer le système de santé.

Plus récemment, le ralentissement économique mondial, qui survient au moment où les gouvernements sont déjà aux prises avec d'importants problèmes énergétiques et environnementaux, menace d'aggraver les inégalités et le manque d'équité dans le domaine social et sanitaire. Le climat actuel provoque des changements substantiels sur le plan des normes sociales, des modes de vie et des comportements dans le domaine de la santé, et il aura vraisemblablement des effets nombreux et durables sur les systèmes de santé.

Dans ce contexte, les gouvernements sont de plus en plus poussés à prendre des mesures concrètes et, en particulier, à améliorer la performance, l'efficacité et la viabilité des systèmes de santé. Les médias et le public plaidant pour plus de transparence et de responsabilité, la fonction de direction (*stewardship*) des ministères de la Santé et des gouvernements a fait l'objet d'une attention accrue (voir ci-après la section consacrée à l'évaluation de la performance des systèmes de santé sur le plan de la responsabilité).

Les ministères de la Santé, en particulier, sont vivement encouragés à exercer leurs différents rôles de direction afin que les gouvernements mettent en œuvre des politiques publiques favorables à la santé et obtiennent de meilleurs résultats au niveau de l'état de santé, avec les conséquences positives sur l'économie que ces résultats laissent prévoir. Dans l'ensemble, l'évaluation de l'influence relative des facteurs agissant sur la performance du système de santé et la détermination des meilleures façons d'exercer efficacement les fonctions de direction semblent être des conditions indispensables à l'amélioration des résultats en matière de santé.

## Fonction de direction et systèmes de santé

La fonction de direction, également appelée administration générale ou *stewardship*, est l'une des quatre fonctions des systèmes de santé présentées dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (75) comme un moyen de concevoir et de comprendre la gouvernance de ces systèmes. Les pouvoirs publics ne gèrent ni ne commandent directement ces systèmes ; ils leur donnent des orientations. Ils définissent des buts et des objectifs ainsi que les règles devant être respectées pour les atteindre. Il faut pour cela fixer des orientations politiques stratégiques, assurer une réglementation valable et des outils appropriés pour la mettre en œuvre, et favoriser la production des informations exploitables sur la performance du système de santé nécessaires pour garantir la responsabilité et la transparence (76). En conséquence, la fonction de direction peut également réunir les trois autres fonctions pour créer la structure de système de santé et la performance générale souhaitées.

La configuration de la direction du système de santé varie en fonction du contexte économique, politique et social et des valeurs essentielles inhérentes aux cultures des pays. Par exemple, le rôle du secteur privé dans la prestation de services de santé et le degré de décentralisation des autorités décisionnaires au niveau sous-national dépendent de la situation dans laquelle se trouve un pays ainsi que de sa culture et de son histoire. Néanmoins, les États membres de la Région européenne ont approuvé certains rôles de la fonction de direction du système de santé (77), qui sont de :

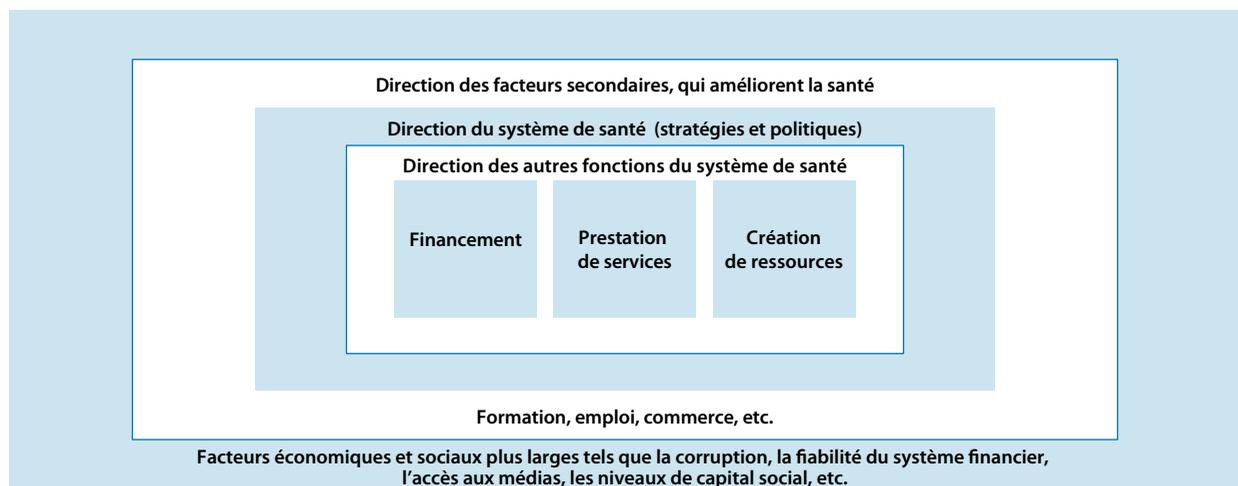
- définir un modèle de santé et la stratégie à utiliser pour le concrétiser ;
- utiliser des informations utilisables lors de la définition du modèle et de l'évaluation des résultats ;
- diriger le système de santé en se fondant sur des valeurs et une éthique, et d'une manière propice à la réalisation de ses buts ;
- mobiliser ses pouvoirs légaux et réglementaires pour atteindre ses buts ;
- veiller à ce que ce système soit conçu de telle façon qu'il puisse s'adapter à une évolution des besoins ;
- exercer une influence sur d'autres secteurs que la santé et plaider en faveur d'une amélioration de la santé.

Ces éléments montrent que le rôle du responsable de la direction d'un système de santé ne se limite pas à superviser le secteur de la santé. La direction du système de santé consiste notamment à donner des impulsions et à sensibiliser les parties prenantes en vue d'influencer et de coordonner l'action menée avec d'autres secteurs des pouvoirs publics (finances, commerce, transports et agriculture) aux niveaux central et régional ou au niveau local (pour les systèmes décentralisés) et avec le secteur privé et les autres parties intéressées. Ce travail est nécessaire pour que la santé soit suffisamment prise en compte dans tous les

domaines de la politique et que l'on s'intéresse à ses déterminants sociaux (78). C'est là un aspect décisif, dans la mesure où même les pays à revenu élevé présentent des différences énormes en matière de santé, qui sont étroitement liées à la situation plus ou moins défavorisée des individus sur le plan social. L'amélioration du niveau et de la répartition de l'état de santé exige une action gouvernementale de mieux en mieux coordonnée et fondée sur les principes de justice, de participation et de collaboration (79).

De plus, les autres secteurs des pouvoirs publics et acteurs de la société s'occupent souvent de mesures qui modifient les facteurs de risque d'importantes maladies et les déterminants de la santé. Les déterminants sociaux de la santé plus généraux, notamment l'instruction, l'emploi et l'environnement, influencent la répartition des facteurs de risque parmi les groupes de population, d'où des inégalités sanitaires (figure 3.7).

**Figure 3.7. Fonction de direction (*stewardship*) des différents facteurs qui influent sur la santé**



Source : d'après Davies (80).

Dans l'ensemble, la direction du système de santé doit s'exercer afin d'améliorer la politique des pouvoirs publics favorable à la santé, qui « se caractérise par une préoccupation pour la santé et l'équité dans tous les domaines et par une responsabilité pour les effets sur la santé », d'après les recommandations d'Adélaïde sur la politique des pouvoirs publics favorable à la santé (81).

Il incombe aux responsables de la direction du système de santé de plaider pour que les autres secteurs tiennent compte de la santé lorsqu'ils élaborent leurs propres politiques et exercent une influence par la coordination avec des partenaires. À cet effet, ils doivent :

- collaborer et mettre en place des coalitions entre secteurs des pouvoirs publics et avec des acteurs extérieurs à ces derniers pour atteindre les buts du système de santé ;
- favoriser des initiatives visant à améliorer la santé ou à agir sur les déterminants sociaux de la santé ;
- préconiser la prise en compte des questions de santé dans toutes les politiques.

Les responsables de la direction du système peuvent ainsi jouer différents rôles dans le domaine de la promotion des politiques publiques favorables à la santé. Ils peuvent :

- donner des impulsions en ce qui concerne l'action sanitaire à mener dans les différents secteurs du gouvernement ;
- apporter leur soutien à d'autres ministères, par exemple en améliorant leur capacité à évaluer les effets de leurs politiques sur la santé ;
- aider d'autres ministères à élaborer et à mettre en œuvre des politiques ayant une incidence sur la santé, par exemple dans le domaine de l'industrie alimentaire ou de l'environnement ; ou
- signaler les effets nuisibles de certaines politiques grâce à des évaluations de ces effets sur la santé et donc jouer un rôle de défenseurs, si nécessaire.

### Exemples pratiques de direction propice à des politiques publiques favorables à la santé

En Suède, le secteur de la santé a entrepris des études pluridisciplinaires sur les déterminants de santé et favorisé la participation active de tous les partis politiques, de la population et des autres parties intéressées au processus de définition des buts de santé publique. Cette initiative a débouché sur l'approbation de la politique de santé publique de 2003 (82), l'une des premières stratégies sanitaires nationales établies en bonne et due forme qui soit fondée sur les déterminants de santé. Les onze buts et leurs cibles précises et mesurables sont suivis et évalués pour le compte d'un comité de direction constitué de ministres de différents secteurs et présidé par le ministre de l'Assistance aux personnes âgées et de la Santé publique.

Au Royaume-Uni, la politique nationale relative à l'équité en santé a permis de définir une stratégie essentielle fondée sur des actions intersectorielles. La création de « zones d'action sanitaire » en 1999 visait à organiser des actions locales et intersectorielles sur le thème des déterminants sociaux de la santé. Un audit de l'équité en santé a également été réalisé afin que les plans locaux pour la santé et le développement accordent la priorité aux personnes dont les besoins sont les plus importants.

En Slovénie, le ministère de la Santé a commencé à réaliser une évaluation d'impact sur la santé au niveau national en appliquant cette technique aux politiques alimentaires et agricoles liées à l'adhésion à l'UE. Ce processus a engendré une meilleure coopération entre les secteurs de l'agriculture et de la santé, ce qui a entraîné l'adjonction d'un « pilier » de sécurité alimentaire dans le plan d'action national pour l'alimentation et la nutrition.

Enfin, la Norvège a adopté une démarche progressive qui vise à réduire les inégalités sociales en santé en commençant par créer à la direction des affaires sanitaires et sociales un service chargé du développement des connaissances et du renforcement des activités relatives à l'évaluation de l'impact sur la santé. Ensuite, le gouvernement a soumis au *Storting* (Parlement) un rapport qui présente sa stratégie de réduction des inégalités sociales en santé sur dix ans et comprend des principes directeurs destinés au gouvernement et à l'administration publique (83,84).

Le recours aux évaluations d'impact sur la santé en Finlande et en Slovénie pour évaluer les effets sanitaires probables des politiques extérieures au secteur de la santé offre d'autres exemples prometteurs de coordination, d'actions intersectorielles et de mobilisation en

faveur d'une meilleure santé, comme le montre la Déclaration ministérielle de l'UE de 2007 sur la santé dans toutes les politiques. À cette occasion, les ministres des 27 pays de l'UE ont déclaré s'engager à « renforcer les approches et les processus multisectoriels aux niveaux européen, national, régional et local par lesquels les effets sur la santé publique peuvent être véritablement pris en compte dans toutes les politiques » (85).

Les exemples ci-dessus font apparaître les deux voies principales que peuvent suivre les gouvernements pour améliorer la fonction de direction du système : l'intégration des questions de santé dans tous les domaines de la politique (concept de la santé dans toutes les politiques) et le suivi et la mesure de la performance des systèmes (voir la section ci-après consacrée à l'évaluation de la performance des systèmes de santé sur le plan de la responsabilité). Les États membres de la Région européenne de l'OMS ont clairement approuvé ces deux orientations dans la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (12).

### La santé dans toutes les politiques : instruments et difficultés

La santé dans toutes les politiques est une stratégie qui permet de renforcer le lien entre la santé et les autres politiques. Cette stratégie est essentielle si l'on veut développer la fonction de direction de la santé publique afin d'améliorer la performance du système de santé, et a été largement approuvée par les responsables politiques au cours des dernières années. Elle s'intéresse aux effets sur la santé dans toutes les politiques, notamment dans les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, de l'environnement, des dépenses publiques, du logement et des transports (86). Les principaux éléments de cette stratégie sont les évaluations d'impact sur la santé (voir ci-après), les mécanismes intersectoriels et les buts intersectoriels en matière de santé. Ainsi, le fondement du principe de la santé dans toutes les politiques est d'améliorer la santé de la population en examinant les déterminants de santé, sur lesquels il est possible d'agir pour améliorer la santé mais qui, pour la plupart, dépassent les limites de la compétence du ministère de la Santé (87). L'établissement de contacts avec d'autres ministres et d'autres secteurs afin d'échanger et de collaborer avec eux est donc une mission essentielle de la direction.

La Région européenne, et en particulier l'UE, dispose d'une base juridique solide pour mettre en œuvre le principe de la santé dans toutes les politiques. La stratégie correspondante figurait dans La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS (76) ; les États membres de l'UE ont approuvé une conclusion du Conseil sur la santé dans toutes les politiques sous la présidence finlandaise en 2006 (88), et la santé dans toutes les politiques est un principe de la stratégie sanitaire adoptée par l'UE en 2007 (89). Enfin, les États membres de l'UE, de même que l'OMS et la Commission européenne, ont approuvé la Déclaration ministérielle de l'UE sur la santé dans toutes les politiques (85).

En outre, le traité de 1992 instituant la Communauté européenne donne en substance mandat aux institutions de l'UE pour qu'elles apportent un soutien actif à la santé dans toutes les politiques (90). Le Traité de Lisbonne (91), envisage la « protection de la santé humaine » comme un élément de la définition et de la mise en œuvre d'autres politiques.

Certains instruments ont été exploités pour mettre en œuvre la santé dans toutes les politiques (87). Par exemple, les obligations légales en termes d'évaluation des conséquences des politiques sur la santé et la responsabilité juridique de suivre et de faire connaître les tendances relatives à la santé de la population ainsi que les politiques qui les influencent

sont des instruments importants aux fins de l'institutionnalisation de la santé dans les autres politiques. Parmi les autres exemples, on peut citer :

- la communication par les parlements d'informations sur la santé publique et la politique de santé publique aux niveaux national et local ;
- la création de comités intersectoriels permanents chargés de préparer et de mettre en œuvre la santé dans toutes les politiques et d'en effectuer le suivi ; ou
- d'autres mécanismes intersectoriels qui prévoient une consultation officielle sous la forme, par exemple, de demandes de déclarations officielles sur les propositions de politique générale, mais aussi de mécanismes et de contacts plus informels.

L'évaluation d'impact sur la santé permet de fournir aux décideurs des informations sur les effets sanitaires des décisions en attente et des autres options possibles (92). Elle est utilisée non seulement pour évaluer ces effets, mais aussi pour qu'ils soient connus et réellement pris en compte dans les processus décisionnels. L'ampleur de l'évaluation d'impact sur la santé est variable, et peut aller de l'évaluation, sur la base d'une étude documentaire à petite échelle, de l'évolution des effets probables sur la santé de choix politiques, jusqu'à l'estimation précise de l'importance de ces effets.

L'investissement dans l'évaluation d'impact sur la santé devrait être proportionnel à l'importance de ces choix. Cet outil a été utilisé dans différents pays et à différents niveaux de l'administration politique. Il peut s'appliquer aux politiques, aux programmes et aux projets et, sans compter les exemples déjà cités, il a été assez souvent utilisé en Finlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (93). La Lituanie est l'un des premiers pays à avoir fait de l'évaluation d'impact sur la santé une obligation légale (94).

L'influence de l'évaluation d'impact sur la santé sur les décisions peut varier, mais de nombreux éléments indiquent qu'elle peut être importante (95). De plus, l'évaluation économique réalisée en Angleterre et au pays de Galles a permis de conclure que les avantages de cette technique sont supérieurs aux coûts (96). Pour autant, il reste à démontrer aux partenaires des autres secteurs les avantages de l'utilisation systématique de l'évaluation d'impact sur la santé et à définir des stratégies de mise en œuvre adaptées au contexte.

D'autres mécanismes facilitent la prise en compte de la santé dans toutes les politiques, bien qu'ils dépendent tous du contexte et qu'ils n'aient pas fait l'objet d'une analyse systématique ou comparative. Il s'agit des comités intersectoriels, des groupes interservices, des groupes d'experts en santé publique, des conférences de consensus, des consultations officielles qui ont pour objet d'élaborer les législations et des référendums (97). Le ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé a eu recours aux entretiens bilatéraux consacrés aux politiques et aux échanges d'informations sur les politiques sanitaires entre les ministères dans le but de renforcer la coopération intersectorielle sur les déterminants de santé (83).

Par ailleurs, les buts intersectoriels en matière de santé peuvent être utilisés pour renforcer la fonction de direction. Ils peuvent favoriser le dialogue, donner des orientations quant à l'affectation des ressources et influencer sur la gestion et le comportement des organisations et des individus. Ils représentent un mécanisme important pour déterminer les niveaux de réalisation des objectifs et mesurer ainsi la performance. Les buts sanitaires sont couramment utilisés dans le cadre de la fonction de direction lors de l'élaboration des politiques de santé

dans l'ensemble de la Région (98-102). La « cartographie » la plus récente et la plus complète a montré que la plupart des pays utilisaient les buts sanitaires pour élaborer des politiques sanitaires globales (75).

Toutefois, ces buts sont un outil exigeant car leur définition et leur suivi exigent des compétences techniques très poussées, une volonté politique et une infrastructure adaptée. De nombreux pays (l'Allemagne, l'Angleterre et la Hongrie) les ont utilisés. En règle générale, l'expérience prouve que les buts sanitaires ne sont pas très efficaces tant qu'ils ne sont pas incorporés dans des cadres de responsabilité appropriés et étayés par des informations utilisables et pertinentes (103,104).

## Conclusion

Par conséquent, au cours des dernières années, les gouvernements ont changé les outils qu'ils utilisent pour réglementer la prestation de services et le degré de décentralisation ou de recentralisation des fonctions liées aux politiques, à la gestion et au budget du niveau central au niveau régional (105), afin d'atteindre les objectifs généraux du système de santé. Toutefois, la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques va de pair avec un certain nombre de difficultés (87) :

1. la réussite de la mise en œuvre est limitée par la capacité des politiques sanitaires ou des actions intersectorielles de certains secteurs d'améliorer à elles seules les déterminants de santé ;
2. le coût des stratégies est un élément important au regard de la prise de décisions, et toute mesure de politique sanitaire qui a une influence négative sur la structure des coûts d'un autre domaine de la politique des pouvoirs publics se heurtera à des problèmes ;
3. la promotion des actions et des mesures sanitaires à entreprendre au niveau local aura des effets limités si les déterminants d'autres politiques sont définis aux niveaux national, régional et mondial ;
4. les effets sur la santé de certains changements dans les politiques ne sont pas nécessairement directs et immédiats, mais peuvent apparaître beaucoup plus tard.

Pour tenter de remédier à ces difficultés, il convient de renforcer les capacités consacrées aux actions intersectorielles et de fonder les décisions sur des bases factuelles de plus en plus larges et sur des informations et des données fiables.

L'une des six priorités globales de l'OMS du point de vue de la direction (106) est d'aider les États membres à former des coalitions interministérielles, ainsi qu'avec le secteur privé et d'autres entités, afin d'agir sur les déterminants de santé et de faire en sorte que les besoins sanitaires des populations les plus vulnérables soient correctement pris en compte.

La réalisation de cet objectif exige non seulement des actions ponctuelles, mais aussi la création d'organismes sociaux performants capables d'exercer une influence permanente sur la société. Les responsables de la direction des systèmes de santé doivent donc trouver un équilibre entre les résultats à moyen terme nécessaires au respect du rythme de la vie politique et les actions à long terme indispensables à la promotion d'une meilleure santé grâce à des politiques publiques favorables à la santé.

## Évaluation de la performance des systèmes de santé sur le plan de la responsabilité

L'amélioration de la performance des systèmes de santé des pays est une priorité dans toute la Région européenne, en particulier du fait du climat économique actuel dans lequel il est extrêmement important de tirer le meilleur parti des ressources existantes. À cet égard, l'évaluation de la performance des systèmes de santé est une méthode reconnue parmi les pays de la Région européenne de l'OMS (107). La Charte de Tallinn (12), par laquelle les États membres se sont engagés à promouvoir la transparence et à rendre des comptes quant à la performance des systèmes de santé sur le plan de l'obtention de résultats mesurables, a donné à cette méthode une nouvelle reconnaissance et lui a imprimé une nouvelle dynamique.

### Responsabilité vis-à-vis de l'obtention de meilleurs résultats sur la santé et fonction de direction (*stewardship*) du système de santé

L'évaluation de la performance d'un système de santé implique que l'on mesure et que l'on analyse sa capacité à atteindre ses buts absolus, tels qu'une meilleure situation sanitaire et une meilleure protection financière en ce qui concerne la population, et une plus grande réactivité ou efficacité en ce qui concerne le système de santé (75,106) ; elle implique également que l'on détermine dans quelle mesure ses résultats au regard des objectifs intermédiaires, en termes d'accès, de couverture, de qualité et d'innocuité des services de santé (106), contribuent à la réalisation de ces buts.

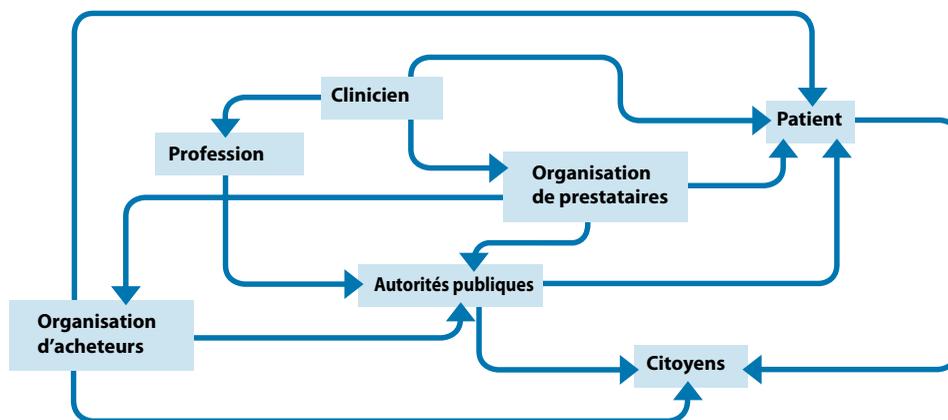
Pour être complète, la méthode d'évaluation de la performance des systèmes de santé doit réunir les caractéristiques suivantes :

- Elle doit être régulière, méthodique et transparente. Les mécanismes de transmission des informations sont définis à l'avance et englobent l'ensemble de l'évaluation. Celle-ci n'est pas subordonnée aux dates d'un programme de réformes ou à l'échéance d'un plan sanitaire national, bien qu'elle puisse être revue à intervalles réguliers afin que l'on puisse mieux se rendre compte des nouvelles priorités et corriger les buts pour pouvoir les atteindre.
- Elle doit être complète et couvrir équitablement tous les domaines, porter sur l'ensemble du système de santé et ne pas être limitée à certains programmes, objectifs ou niveaux de soins. La performance du système dans son ensemble est supérieure à la somme des performances de chacune de ses composantes.
- Elle doit être fondée sur l'analyse et utiliser des sources d'information complémentaires pour évaluer la performance. L'interprétation des indicateurs de performance peut s'appuyer sur l'analyse des politiques, sur des informations complémentaires (évaluations qualitatives) et sur des points de repère : tendances dans le temps, comparaisons aux niveaux local, régional ou international ou comparaisons avec des normes, des cibles ou des points de référence.
- Pour satisfaire ces critères, l'évaluation de la performance des systèmes de santé doit être transparente et renforcer la responsabilité de l'administrateur (*steward*) du système de santé. Ces deux éléments se renforcent mutuellement et la présente section examine la façon dont les pays peuvent utiliser l'évaluation des systèmes de santé pour stimuler la performance et garantir la responsabilité.

Cette responsabilité se compose, en gros, de deux éléments : le fait de rendre des comptes (apport d'informations) et, consécutivement, le fait de demander des comptes (sanctions ou récompenses pour les responsables) (108). L'évaluation de la performance des systèmes de santé correspond à une conception de la responsabilité vis-à-vis de la performance fondée sur les sciences de la gestion, qui vise à démontrer et à expliquer la performance en fonction de buts fixés (109) et, à ce titre, elle se distingue de la responsabilité vis-à-vis de la conformité aux procédures et aux règles (également désignée par l'expression de « contrôle hiérarchique »). Elle oblige les intéressés à rendre des comptes sur la performance de leurs systèmes nationaux, régionaux et locaux et sur leurs actions en faveur d'une amélioration de la performance. La figure 3.8 présente certaines relations de responsabilité au sein des systèmes de santé. S'engager à rendre des comptes n'est pas seulement une réponse adressée aux publics extérieurs, mais également un outil efficace sur le plan du développement organisationnel, de l'amélioration des pratiques de gestion, de l'autoévaluation et de la planification stratégique (110). Pour être plus précis, la construction d'une cohérence entre la stratégie, la gestion de la performance et la responsabilité grâce à la mesure de la performance peut amener les systèmes de santé à être plus efficaces et leur conférer une valeur accrue (111-114).

De plus, la publication de « relevés de notes » a renforcé l'obligation de rendre des comptes au public sur la performance du système de santé, en démontrant la performance relative des systèmes de santé nationaux, souvent sur la base des classements internationaux établis dans ce domaine (5). Ces notations ont donné lieu à une prise de conscience et suscité un intérêt pour la performance du système de santé à tous les niveaux. De plus, parce qu'elles constituent un outil ciblé permettant d'attirer l'attention du public et des médias sur les différences entre les systèmes de santé, les comparaisons internationales sont aujourd'hui un moyen très efficace d'alerter les responsables de l'élaboration des politiques nationales sur les insuffisances et de les pousser à prendre des mesures correctives. Ces comparaisons peuvent également contraindre les responsables de la direction des systèmes de santé (stewards) à s'expliquer publiquement sur les raisons des variations et sur les moins bons résultats de leur propre système dans certains domaines, le cas échéant. Bien qu'il demeure de nombreux problèmes méthodologiques liés à la comparabilité des données et à l'agrégation des indicateurs dans les classements (108,115), les mesures prises en réaction à des publications telles que le

**Figure 3.8. Plan de certaines relations importantes entre responsables et personnes envers lesquelles la responsabilité est exercée dans le système de santé**



Source : Smith, Mossialos, Papanicolas (108).

*Rapport sur la santé dans le monde 2000 (75) ou le Panorama de la santé 2007 de l'OCDE (116) prouvent la puissance de telles comparaisons. Bien que, jusqu'à présent, les médias et les consommateurs aient surtout fourni des informations sur la qualité des prestataires de soins de santé, l'application de notations leur permet d'accéder à la sphère plus vaste des comparaisons internationales entre les systèmes de santé, grâce, par exemple, à la création du Euro Health Consumer Index (Indice européen des consommateurs de soins de santé) (117).*

L'évaluation de la performance des systèmes de santé peut également avoir une incidence plus directe sur l'amélioration de la performance. L'intégration d'informations stratégiques sur les performances dans les processus décisionnels aide les responsables politiques à évaluer et à réajuster les stratégies, les programmes et les politiques ainsi que les cibles qui leur sont rattachées, afin d'avancer sur la voie de la réalisation des objectifs des systèmes de santé. L'évaluation de la performance des systèmes de santé, reliée à la responsabilité et à la stratégie, vient ainsi à l'appui de la fonction de direction car elle permet de faire en sorte que les systèmes de santé soient stratégiquement centrés sur l'amélioration des résultats au niveau de la santé de la population, que les décisions politiques soient inspirées par des informations utilisables et pertinentes concernant les problèmes de santé et les déterminants de la santé, que toutes les politiques publiques contribuent à une amélioration de la santé et que des mesures en faveur de politiques publiques favorables à la santé soient prises dans tous les secteurs des pouvoirs publics.

Ces aspects correspondent bien aux responsabilités essentielles des administrateurs (stewards) des systèmes de santé, qui sont de garantir l'élaboration d'une orientation stratégique de la politique, de mettre en place une réglementation adéquate et les outils requis pour la mettre en œuvre, et d'encourager la communication des informations utilisables sur la performance des systèmes de santé nécessaires pour assurer la responsabilité et la transparence (107).

## Évaluation de la performance des systèmes de santé dans les pays européens

La plupart des pays de la Région européenne de l'OMS ont intégré des éléments de l'évaluation de la performance des systèmes de santé dans leur système de surveillance. Très peu, en revanche, ont mis au point des systèmes qui ont formalisé et intégré tous ses attributs, ce qui leur aurait ainsi donné la possibilité d'obtenir des améliorations considérables en termes de performance.

Le tableau 3.4 donne un aperçu de la mise en œuvre de l'évaluation de la performance des systèmes de santé dans plusieurs pays européens. Dans la logique de la méthode présentée ci-dessus, il passe en revue les caractéristiques de l'évaluation de la performance des systèmes de santé et recense les points forts et les points faibles de sa mise en œuvre. Par exemple, un signe moins (« - ») dans la colonne « Régulière, systématique et transparente » signifie que l'évaluation n'est pas communiquée régulièrement ou que les résultats ne sont pas partagés de façon large et transparente avec les différentes parties prenantes du système de santé et avec l'ensemble du public. À l'inverse, un signe « + » dans la colonne « Lien avec la gestion de la performance du système de santé » signifie que les informations sur la performance sont clairement reliées à la stratégie et que les processus garantissant leur utilisation systématique aux différents stades du processus décisionnel sont en place, pour ce qui est des décisions relatives à l'élaboration des politiques, à l'affectation des ressources ou à l'obligation de rendre des comptes. Un signe « -/+ » indique que la situation n'est pas encore clairement établie.

**Tableau 3.4. Vue d'ensemble des éléments relatifs à la performance des systèmes de santé de plusieurs pays de la Région européenne de l'OMS**

Pays	Évaluation de la performance			Responsabilité et gestion de la performance	
	Régulière, systématique et transparente	Exhaustive et couvrant équitablement tous les domaines	Analyse approfondie	Lien avec la responsabilité	Lien avec la gestion de la performance du système de santé
Arménie	-/+	-	+	-	-
Angleterre (Royaume-Uni)	+	+	+	+	+
Estonie	+	+	+	+	-
Géorgie	-	+	+	-	-
Kirghizistan	+	+	+	+	+
Pays-Bas	+	+	+	+	+
Portugal	+	+	-/+	+	-
Suède	+	-	+	+	+

La section qui suit s'appuie sur ce tableau pour examiner le cas de cinq pays dans lesquels certains éléments précis de l'évaluation de la performance des systèmes de santé ont été mis en œuvre, et pour déterminer les effets concrets de cette mesure.

### **Pays-Bas : une évaluation régulière, systématique et transparente de la performance du système de santé**

Aux Pays-Bas, le ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports a demandé à l'Institut national de santé publique et de protection de l'environnement (RIVM) d'élaborer et de publier des rapports d'évaluation de la performance du système de soins de santé néerlandais en 2007 et en 2008. Ces rapports ont été publiés chaque année sur le site Web du RIVM (118).

Le cadre de cette évaluation est centré sur la qualité technique des soins de santé tout en conservant un point de vue plus large sur la santé et ses autres déterminants. La performance est mesurée sur la base de 110 indicateurs. Les buts du système et les domaines des indicateurs sélectionnés sont conformes à la politique du ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports.

### **Angleterre : une évaluation exhaustive de la performance du système de santé**

Depuis 1999, l'Angleterre a élaboré trois systèmes différents d'évaluation de la performance du NHS. Le cadre d'évaluation (119) s'appuie sur six domaines de la performance : l'amélioration de la santé, l'équité d'accès, la prestation efficace de soins de santé adaptés, l'efficacité, l'expérience en matière de soins aux patients, et les résultats des soins dispensés par le NHS au niveau de la santé. Le système d'évaluation annuelle, utilisé de 2001 à 2005 pour différents types d'organisations, leur attribuait un certain nombre d'étoiles, allant de 0 (non performant) à 3 (très performant), en fonction d'un ensemble d'objectifs clés et d'une notation équilibrée portant sur trois domaines (variant selon le type d'organisation). En cas de non-respect des objectifs clés, toute organisation risquait d'obtenir la note de zéro. En revanche, pour se voir attribuer trois étoiles, il fallait accomplir brillamment ces objectifs et obtenir une bonne notation équilibrée. Depuis 2006, les organisations font l'objet tous les ans d'un contrôle à double composante : gestion financière et soins de qualité.

Ce cadre est utilisé pour évaluer la performance du NHS, pour rendre compte de la qualité et de l'efficacité, pour encourager la comparaison entre des organismes similaires du NHS et pour soutenir la performance aux niveaux national et local et le système de responsabilisation.

### **Kirghizistan : l'évaluation de la performance du système de santé facilitée par une analyse approfondie incluant les moteurs de la performance**

Au Kirghizistan, le département de la planification stratégique et de la mise en œuvre des réformes du ministère de la Santé évalue régulièrement la performance du système de santé central. Le Centre national pour le développement du système de santé et les technologies de l'information assiste le ministère. Ce Centre est une entité publique autonome qui est chargée de favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de politiques par le regroupement de connaissances, l'analyse approfondie de la performance et la formation.

La performance du système de santé et les effets des réformes ont fait l'objet d'un suivi et ont été publiés régulièrement depuis 2004 (120). Le rapport de 2008, qui évalue les conséquences de la mise en œuvre du programme de réforme du système de santé, montrait que, à mi-parcours du programme, les principaux indicateurs de performance dénotaient des progrès importants et soutenus vers la réalisation des cibles en matière de protection financière, d'accès, de rentabilité et de transparence, et des résultats mitigés pour ce qui est des indicateurs de santé et de qualité des soins (121).

### **Portugal : relier l'évaluation de la performance du système de santé aux structures et processus de responsabilisation**

Au Portugal, le plan sanitaire national 2004-2010 (122) vise les objectifs d'amélioration de la performance du système de santé et suit les progrès vers la réalisation des cibles associées au plan. L'ensemble d'indicateurs de performance est disponible sur Internet et il est suivi et publié régulièrement (123).

Du fait de son champ d'application et de ses mécanismes de communication régulière d'informations, le plan sanitaire national ressemble en de nombreux points à un cadre d'évaluation de la performance du système de santé. Aux fins de la mise en œuvre du plan, on a mis en place des structures (telles que le bureau du haut commissaire à la santé) et des processus (tels que des mécanismes de coordination reposant sur un comité interministériel) dans le but de définir clairement les différents rôles et responsabilités, de coordonner cette mise en œuvre et de garantir l'obligation de répondre de la réalisation des objectifs du système de santé à tous les niveaux de ce système et dans tous les secteurs du gouvernement.

### **Suède : établir un lien entre l'évaluation de la performance et la gestion de la performance du système de santé**

En Suède, le Conseil national de la santé et de la protection sociale (124) surveille et évalue les services de santé dispensés afin de déterminer s'ils sont conformes aux objectifs définis par le gouvernement national. Si le champ de l'évaluation concerne les services de santé, le lien avec les objectifs nationaux est important du point de vue du système de santé.

En coopération avec l'association suédoise des autorités locales et des régions, le conseil national publie un rapport sur la qualité et l'efficacité des soins de santé dans 21 conseils de comté et « régions de santé » en Suède (125). L'objectif de ce rapport est double. Premièrement, il permet d'informer le public et de stimuler le débat sur la qualité et l'efficacité des soins de santé. Deuxièmement, ses résultats sont utilisés pour soutenir les efforts déployés au niveau local et régional afin d'améliorer les services de soins de santé en termes de qualité clinique, de résultats au niveau de la santé, d'expérience des patients et d'utilisation rationnelle des ressources.

## Tendances internationales, principales difficultés et voie à suivre

Comme l'ont montré l'étude qui précède et le tableau 3.4, la mise en œuvre de l'évaluation de la performance des systèmes de santé est très variable d'un point à l'autre de la Région européenne de l'OMS. Des données et des indicateurs quantitatifs sont générés et plus ou moins publiés dans tous les pays, mais l'analyse est très souvent fragmentée et n'est pas reliée à des processus réguliers et systématiques de responsabilisation et de gestion de la performance. Plutôt que la mise en place de nouveaux systèmes parallèles, l'élaboration de cadres complets permettant d'évaluer la performance du système de santé dans de nombreux pays impliquerait de regrouper des initiatives isolées, de les compléter et d'interpréter les données déjà disponibles afin d'évaluer la performance du point de vue d'un système de santé et de faire en sorte que les priorités stratégiques reposent sur des informations précises.

La dynamique amorcée par la Charte de Tallinn (12) a permis de prendre pleinement conscience du rôle essentiel de l'évaluation de la performance du système de santé au regard de la réussite de la fonction de direction (*stewardship*) de ce système. Cette mobilisation s'est renforcée dans le contexte de récession économique au cours de la première réunion sur la suite donnée à la Charte de Tallinn en février 2009, lorsque les États membres européens ont décidé de prendre des mesures en vue de poursuivre l'application de la Charte (126). Ils ont en outre sollicité un soutien et une aide au niveau international afin de mettre en place un cadre commun d'évaluation de la performance des systèmes de santé, de définir des ensembles d'indicateurs de performance de base et personnalisés et de mettre au point des processus d'acquisition de connaissances et de comparaison entre pays (126). Certains des obstacles et des possibilités susceptibles d'être rencontrés dans la mise en œuvre de dispositifs généraux d'évaluation des performances dans l'ensemble de la Région sont décrits ci-dessous.

De nombreux problèmes liés aux systèmes d'information et à la qualité des données ou au choix des indicateurs expliquent que l'évaluation de la performance des systèmes de santé soit encore insuffisamment développée. L'absence de normalisation dans les méthodes et les données entraîne souvent un manque de cohérence qui risque d'empêcher l'utilisation des informations sur les performances à des fins de comparaison dans le temps, entre les organisations, entre les établissements de soins et entre les régions. Toutefois, même si tout n'est pas encore parfait, des avancées importantes ont été réalisées au cours des dernières années grâce au soutien d'organisations internationales telles que l'OMS, l'OCDE et la Commission européenne. Un consensus est en train de se dégager sur la normalisation des données et l'accent est mis sur quelques indicateurs de performance des systèmes de santé (108,127). Il y a tout lieu de penser que les progrès accomplis à l'échelle internationale auront des retombées positives à l'échelle nationale, sous la forme d'une plus grande cohérence dans les systèmes d'information qui permettra de s'adapter aux critères internationaux en matière de communication d'informations et de tirer parti des bonnes pratiques appliquées dans les autres pays.

La fragmentation des systèmes de mesure de la performance et des systèmes de suivi provoque souvent des engorgements importants dus à un manque de coordination et de communication à différents niveaux des pouvoirs publics et du système de santé, notamment dans la mesure où chaque partie prenante surveille les processus et les résultats de programmes précis. La difficulté est de mettre en adéquation l'évaluation de la performance et l'obligation de rendre des comptes en fonction de la stratégie, en définissant des indicateurs de performance aux

niveaux macro, méso et micro tout en reconnaissant les différents niveaux de responsabilité et en s'y adaptant. L'objectif est de définir plus clairement les rôles et les responsabilités des acteurs du système de santé afin d'obtenir des résultats au niveau de la santé, ce qui devrait se concrétiser sous la forme d'attentes en termes de performance plus clairement définies et de meilleures méthodes de gestion de la performance qui permettent d'améliorer la situation. Une harmonisation accrue des systèmes d'information ainsi que des structures et processus de sélection des indicateurs et de responsabilisation (à l'échelle nationale et internationale) serait sans doute profitable à de nombreux pays de la Région européenne.

La création d'outils permettant d'apporter des changements importants aux systèmes de santé exige une communication efficace et une large diffusion des informations. De ce point de vue, les informations sur la performance devraient être interprétées de façon simple et claire à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques (128) et pouvoir être facilement diffusées auprès du public. Par ailleurs, l'évaluation de la performance des systèmes de santé doit faire partie de systèmes de gestion de la performance intégrés qui permettent d'utiliser systématiquement des indicateurs importants dans les processus décisionnels à tous les niveaux du gouvernement. Ces processus ont trait à l'élaboration des stratégies et des politiques, à la définition des objectifs, à la mesure de la performance, à l'affectation des ressources et à l'accroissement de la responsabilisation et de la performance.

Les États membres de la Région présentent d'importantes variations en termes de disponibilité et de qualité des données, de structures et de processus de responsabilisation, de participation du public, de transparence et d'expérience dans le domaine de la mesure de la performance et de l'amélioration permanente de la qualité. Pour que les relations de responsabilité fonctionnent correctement, aucun système d'information sur la performance ne devrait être considéré indépendamment de la structure générale du système dans lequel s'inscrit la mesure de la performance (108). Il est indispensable que les pays s'approprient et favorisent une culture de la mesure, de la transparence et de l'amélioration permanente de la performance pour pouvoir améliorer le fonctionnement du système de santé en exploitant les données scientifiques issues de la recherche et les informations sur la performance. Cette culture se développe d'autant plus que les données sont utilisées, les systèmes d'information s'améliorent et les responsables politiques disposent des outils pour traduire les informations sur la performance en prises de décisions éclairées.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe aide les ministères de la Santé et les gouvernements à exploiter des informations de meilleure qualité sur la performance afin de conduire des réformes complexes dans un contexte de contraintes financières plus lourdes et d'attentes croissantes. À l'avenir, comme l'ont indiqué les États membres, la priorité sera :

- de mettre en place un cadre commun d'évaluation de la performance des systèmes de santé ;
- d'après l'expérience des autres organisations internationales, de définir un ensemble d'indicateurs de performance de base et personnalisé afin de pouvoir effectuer des comparaisons internationales et évaluer en détail la performance des systèmes de santé au niveau national ;
- de mettre au point des mécanismes d'acquisition de connaissances et de comparaison entre pays (126).

## Références

1. Saltman RB, Figueras J. Analysing the evidence on European health reforms. *Health Affairs*, 1998, 17:85–108.
2. *Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1996 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927\\_5?language=French](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5?language=French), consulté le 2 septembre 2009).
3. Dowling B, Glendinning C, eds. *The new primary care: modern, dependable, successful?* Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2003.
4. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
5. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060117\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060117_1), accessed 27 May 2009).
6. *Putting commissioning into practice*. London, Audit Commission, 2007.
7. McKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2002.
8. Castoro C et al. *Day surgery: making it happen*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (Policy Brief No. 12; [http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527\\_16](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16), accessed 27 May 2009).
9. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).
10. Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
11. Singh D. *Comment mettre en œuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/6\\_hsc08\\_fPB\\_9.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_fPB_9.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
12. *La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008, (<http://www.euro.who.int/document/e91439.pdf>, consulté le 2 septembre 2009).
13. Busse R et al. Being responsive to citizens' expectations? The role of health services in responsiveness and satisfaction. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_eBD3.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf), accessed 28 June 2009).
14. World Health Survey [web site]. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html>, accessed 27 May 2009).
15. Hurst J, Siciliani L. *Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003 (OECD Health Working Papers, No. 6).
16. Coulter A, Parsons S, Askham J. *Où sont les patients dans la prise de décisions concernant leurs propres soins de santé ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_fPB\\_6.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_fPB_6.pdf), consulté le 2 septembre 2009).

17. Legido-Quigley H et al. *Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080606\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20080606_1), accessed 27 May 2009).
18. Merkur S et al. *Est-ce qu'un apprentissage permanent et la revalidation des compétences garantissent la capacité d'exercer des médecins ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/9\\_hsc08\\_fPB\\_12.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/9_hsc08_fPB_12.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
19. McDauid D et al. *Comment les systèmes de santé européens peuvent-ils soutenir l'investissement dans des stratégies de santé de la population et mettre en œuvre ces stratégies ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/1\\_hsc08\\_fPB\\_2.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_fPB_2.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
20. Pelletier-Fleury N et al. Preventive service delivery: a new insight into French general practice. *Health Policy*, 2007, 83:268–276.
21. MacArthur I, Shevkun E. Restructuring public health services. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. *Health care in central Asia*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2002.
22. Bobak M et al. Modernizing public health. In: Figueras J et al., eds. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20040720\\_2](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20040720_2), accessed 27 May 2009).
23. Kulzhanov M, Rechel B. *Kazakhstan: health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>, accessed 27 May 2009).
24. Ahmedov M et al. *Uzbekistan: health system review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007 (<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>, accessed 27 May 2009).
25. Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060112\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060112_1), accessed 27 May 2009).
26. Buchan J. *Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/7\\_hsc08\\_fPB\\_10.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_fPB_10.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
27. Simoens S, Hurst J. *The supply of physician services in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.
28. Polluste K et al. Public health reforms in Estonia: impact on the health of the population. *British Medical Journal*, 2005, 331:210–213.
29. Sogoric S et al. Countries selecting public health priorities – A “bottom-up” approach (Croatian experience). *Collegium Antropologicum*, 2005, 29:111–119.
30. Gulis G et al. Transition and public health in the Slovak Republic. *British Medical Journal*, 2005, 331: 213–215.
31. Buchan J. Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522\\_2](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522_2), accessed 27 May 2009).

32. Mrazek M, Mossialos E. Regulating pharmaceutical prices in the European Union. In: Mossialos E, Mrazek M, Walley T, eds. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522\\_2](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522_2), accessed 27 May 2009).
33. Velasco-Garrido M, Busse R. *Health technology assessment: an introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005 (Policy Brief No. 8; [http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527\\_16](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16), accessed 27 May 2009).
34. Sorenson C et al. *Comment accroître l'impact de l'évaluation des technologies de santé ?* Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/2\\_hsc08\\_fpb\\_5.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_fpb_5.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
35. Zentner A et al. Methods for the comparative evaluation of pharmaceuticals. *GMS Health Technology Assessment*, 2005, 1:Doc09.
36. Sorenson C et al. *Ensuring value for money in health care: the role of health technology assessment in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522\\_2](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020522_2), accessed 27 May 2009).
37. *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 6–12, 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978.
38. *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
39. Kelley E, Hurst J. *Health care quality indicators project. Conceptual framework paper*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (OECD Health Working Papers, No. 23; <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>, accessed 27 May 2009).
40. Starfield B et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Medical Care*, 1976, 14:625–636.
41. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:134–143 (<http://www.annfam.org/cgi/content/full/1/3/134>, accessed 27 May 2009).
42. Boerma GW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma GW, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006 ([http://www.euro.who.int/Document/E87932\\_chapt1.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87932_chapt1.pdf), accessed 27 May 2009).
43. Boerma GW. *Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners*. Utrecht, NIVEL, 2003 (<http://www.nivel.nl/pdf/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>, accessed 27 May 2009).
44. Boecken J. *Gesundheitsmonitor Deutschland 2006*. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 2006.
45. Atun R. *Evaluating reforms undertaken in PHC services in the framework of the Manas Program (1996–2005)*. Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2006.
46. Lee TH et al. The future of primary care. *New England Journal of Medicine*, 2008, 359:2085–2086.
47. Ibraimova C, Isaeva T, Smith B. *Report of a time utilization study of family group practice physicians in Kyrgyzstan*. Bishkek, USAID ZdravPlus Project, 2009.

48. Leppo K. The rise, stagnation and revitalization of PHC in Finland, 1970–2010. *International Conference Dedicated to the 30th Anniversary of the Alma-Ata Declaration on Primary Health Care, Almaty, Kazakhstan, 15–16 October 2008*.
49. Fujisawa R, Lafortune G. *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (OECD Health Working Papers, no. 41).
50. Boerma WGW et al. *Primary care quality management in Slovenia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/Slovenia/Publications/20080307\\_1](http://www.euro.who.int/Slovenia/Publications/20080307_1), accessed 27 May 2009).
51. Kringos DS et al. *Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e92219.pdf>, accessed 27 May 2009).
52. Busse R, Schlette S. *Focus on prevention, health and aging, new health profession*. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments, 7/8).
53. Dubois CA, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
54. Casado D. *Integrating health and social care*. Gütersloh, Health Policy Monitor, 2003 (<http://www.hpm.org/survey/es/b2/4>, accessed 3 July 2009).
55. Van Lente EJ et al. Auswirkungen der Disease-Management-Programme auf die Versorgung chronisch kranker Patienten in Deutschland – eine Zwischenbilanz. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 2008, 62(3):10–18.
56. Zwisler A-DO, Schou L, Sørensen LV, eds. *Cardiac rehabilitation: rationale, methods and experience from Bispebjerg Hospital*. Copenhagen, Cardiac Rehabilitation Unit, Department of Cardiology, Bispebjerg Hospital, 2004 ([http://www.cardiacrehabilitation.dk/rehab\\_uk](http://www.cardiacrehabilitation.dk/rehab_uk), accessed 27 May 2009).
57. Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2008.
58. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD003318.
59. Mossialos E et al., eds. *Funding health care: options for Europe*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2002 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524\\_21](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_21), accessed 27 May 2009).
60. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin, J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons for and from countries in transition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Policies and Systems (in press).
61. Sauerland D. Financing health care in Germany. *6th European Conference on Health Economics, Budapest, Hungary, 6–9 July 2006*.
62. Cheng T-M, Reinhardt UE. Shepherding major health system reforms: a conversation with German Health Minister Ulla Schmidt. *Health Affairs*, 2008, 27:w204–w213.
63. Hrobo P. The Czech health system: its presence and future. *Hungarian Parliament Conference on Health Insurance Reform 2007–2009, Budapest, Hungary, 25–26 January 2007*.
64. Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/financing/policy/20061103\\_1](http://www.euro.who.int/financing/policy/20061103_1), accessed 27 May 2009).

65. Magnussen J. The recentralization of health care in Norway – Expectations and effects. *WHO European Ministerial Conference on Health Systems: Health Systems, Health and Wealth, Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008*.
66. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics* (in press).
67. *Financial management reports on execution of the state guaranteed benefit package and 2007 Ministry of Health performance indicator report*. Bishkek, Ministry of Health, Kyrgyzstan, 2007.
68. Busse R. Risk structure compensation in Germany's statutory health insurance. *European Journal of Public Health*, 2001, 11:174–177.
69. Saltman RB et al. Assessing health reform trends. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_eBD3.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf), accessed 28 June 2009).
70. Busse R et al. Hospital case payment systems in Europe. Editorial. *Health Care Management Science*, 2006, 9:211–213.
71. Chaix-Couturier C et al. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000, 12:133–142.
72. Gosden T et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed system of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (3):CD002215.
73. White C. GP contract settlement under threat. *British Medical Journal*, 2006, 332:10.
74. Kutzin J. *Health financing policy: a guide for decision-makers*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91422.pdf>, accessed 27 May 2009).
75. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).
76. *La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée de 2005*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (Série européenne de la Santé pour tous n° 7 ; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051201\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051201_1?language=French), consulté le 2 septembre 2009).
77. *Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (EUR/RC58/9 + EUR/RC58/Conf.Doc./4; [http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58\\_fdoc09.pdf](http://www.euro.who.int/document/rc58/rc58_fdoc09.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
78. Figueras J et al. Health systems, health, wealth and societal well-being: an introduction. In: Figueras J et al., eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_eBD3.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_eBD3.pdf), accessed 28 June 2009).
79. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html), consulté le 2 septembre 2009).
80. Davies P. Stewardship: what is it and how can we measure it? *Meeting on Health Economics in Developing and Transitional Countries: the Changing Role of the State, York, United Kingdom, 26 July 2001*.

81. *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 5–9 April 1998*. Geneva, World Health Organization, 1998 ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide\\_recommendations.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf), accessed 27 May 2009).
82. Public health objectives [web site]. Stockholm, Government of Sweden, 2009 (<http://www.regeringen.se/sb/d/2942>, accessed 27 May 2009).
83. Stahl R et al., eds. *Health in all policies*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
84. *National strategy to reduce social inequalities in health*. Oslo, Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006–2007) to the Storting; [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/norway\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rd01_en.pdf), accessed 27 May 2009).
85. *European Union Ministerial Declaration on Health in All Policies*. Rome, Ministry of Health, 2007.
86. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 ([http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR\\_ICP\\_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), accessed 27 May 2009).
87. Wismar M et al. Introduction. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
88. Council of the European Union. *Council conclusions on health in all policies (HiAP) (EPSCO)*. Brussels, European Commission, 2006.
89. *Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013*. Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 2007 (livre blanc COM(2007) 630 final; [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_fr.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
90. *Traité sur l'Union européenne*. Bruxelles, Commission européenne, 1992 ([http://europa.eu/abc/treaties/index\\_fr.htm](http://europa.eu/abc/treaties/index_fr.htm), consulté le 2 septembre 2009).
91. *Traité de Lisbonne*. Bruxelles, Commission européenne, 2007 ([http://europa.eu/abc/treaties/index\\_fr.htm](http://europa.eu/abc/treaties/index_fr.htm), consulté le 2 septembre 2009).
92. Kemm J. What is HIA and why might it be useful? In: Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015_1), accessed 27 May 2009).
93. Blau J et al. The use of health impact assessment across Europe. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
94. Strižka M et al. A local-level HIA in the transport sector: following legal requirements in Lithuania. In: Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015_1), accessed 27 May 2009).
95. Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20071015_1), accessed 27 May 2009).
96. O'Reilly J et al. *Cost benefit analysis of health impact assessment*. London, Department of Health, 2006.

97. Ritsatakis A, Järvisalo J. Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
98. van de Water HPA, van Hertem LM. *Health policies on target? Review of health target and priority setting in 18 European countries*. Leiden, TNO, 1998.
99. Welteke R et al. Das NRW-Gesundheitszielkonzept im europäischen und internationalen Vergleich. In: Geene R, Lubert E, eds. *Gesundheitsziele: Planung in der Gesundheitspolitik*. Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 2000.
100. Busse R, Wismar M. Health target programmes and health care services – any link? A conceptual and comparative study. Part 1. *Health Policy*, 2002, 59:209–221.
101. Wismar M, Busse R. Outcome-related health targets – political strategies for better health outcomes – a conceptual and comparative study. Part 2. *Health Policy*, 2002, 59:223–241.
102. Claveranne J-P, Teil A. *Les modalités de définition des objectifs et stratégies de santé. Description et analyse de dispositifs des pays de l'Union Européenne et d'Amérique du Nord. Tome I, analyses transversales*. Lyon, GRAPHOS-CNRS, 2003.
103. Wismar M et al. Health targets and (good) governance. *Euro Observer*, 2006, 8(1):1–8.
104. Wismar M et al. *Health targets in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/2007/20081105\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/2007/20081105_1), accessed 27 May 2009).
105. Saltman RB et al., eds. *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2007.
106. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/index.html>, accessed 27 May 2009).
107. *Strengthened health systems save more lives: an insight into WHO's European health systems strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/financing>, accessed 27 May 2009).
108. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I. *Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008 ([http://www.euro.who.int/document/hsm/2\\_hsc08\\_fbd2.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_fbd2.pdf), consulté le 2 septembre 2009).
109. Brinkerhoff D. *Accountability and health systems: overview, framework, and strategies*. Bethesda, MD, Partners for Health Reform Plus Project, Abt Associates Inc., 2003 (Technical Report No. 018).
110. Panel on Accountability and Governance in the Voluntary Sector. *Building on strength: improving governance and accountability in Canada's voluntary sector: final report*. Ottawa, Voluntary Sector Roundtable, 1999.
111. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 2003, 41(Suppl. 1):I30–I38.
112. Bevan G, Hood C. What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*, 2006, 84:517–538.
113. Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*, 2006, 332:419–422.
114. Porter M, Teisberg E. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Cambridge, MA, Harvard Business School Press, 2006.

115. McKee M. *The world health report 2000. Advancing the debate*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 ([http://www.who.int/health-systems-performance/regional\\_consultations/euro\\_mckee\\_background.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/regional_consultations/euro_mckee_background.pdf), accessed 27 May 2009).
116. *Panorama de la santé 2007*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2009 (<http://www.oecd.org/health/healthataglace>, consulté le 2 septembre 2009).
117. *The Euro health consumer index 2008*. Brussels, Health Consumer Powerhouse, 2008 ([http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=55&Itemid=54](http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=54), accessed 27 May 2009).
118. *Dutch health care performance report 2008*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2007 (<http://www.rivm.nl/vtv/root/o33.html>, accessed 27 May 2009).
119. *The NHS performance assessment framework*. London, Department of Health, 1999 ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4009190](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009190), accessed 27 May 2009).
120. Republic Center for Health System Development and Information Technologies [web site]. Bishkek, Kyrgyz Republic Center for Health System Development and Information Technologies, 2009 (<http://eng.chsd.med.kg/News/ViewNews.aspx?SectionID=28>, accessed 27 May 2009).
121. *Kyrgyzstan's Manas Taalimi mid-term review reveals effective donor collaboration, program integration and significant achievements in the health sector*. Bishkek, donors.kg, 2008 (<http://www.donors.kg/en/news/?news=323>, accessed 27 May 2009).
122. *Portuguese National Health Plan 2004–2010*. Lisbon, Ministry of Health of Portugal, 2004 (<http://www.acs.min-saude.pt/en/national-health-plan>, accessed 27 May 2009).
123. *Portuguese National Health Plan: indicators and targets*. Lisbon, Ministry of Health of Portugal, 2004 (<http://www.acs.min-saude.pt/pns/en>, accessed 27 May 2009).
124. National Board of Health and Welfare [web site]. Stockholm, National Board of Health and Welfare, 2009 (<http://www.socialstyrelsen.se/en>, accessed 27 May 2009).
125. *Quality and efficiency in Swedish health care: regional comparisons 2007*. Stockholm, Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare, 2009 (<http://www.socialstyrelsen.se/en/showpub.htm?GUID={1482B3AF-ED64-4B31-983F-7788AC43D020}>, accessed 27 May 2009).
126. *First Regional Follow-up Meeting on the Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, Copenhagen, Denmark, 5–6 February 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/healthsystems/20090128\\_1](http://www.euro.who.int/healthsystems/20090128_1), accessed 27 May 2009).
127. *Stratégie relative aux indicateurs de santé de la Communauté européenne (ECH1)*. Bruxelles, Commission européenne, 2004 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/echi/echi\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_fr.htm), consulté le 2 septembre 2009).
128. Lavis J. Research, public policy-making, and knowledge-translation processes: Canadian efforts to build bridges. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006, 26:37–45.



Quatrième partie.  
**Annexe**



**Tableau 1. Population de la Région européenne de l'OMS, 2007 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles) et 2020 (projection)**

État membre	Population totale (millions)		Densité moyenne de la population par km <sup>2</sup> (2007)	Taux de fécondité total		Population âgée < 15 ans (en % du total)		Population âgée ≥ 65 ans (en % du total)	
	2007	2020		2007	2020-2025	2007	2020	2007	2020
Albanie	3,2	3,3	109,5	1,3	1,8	26,9	20,9	8,2	12,0
Allemagne	82,7	80,4	230,9	1,4	1,4	14,1	12,3	19,3	23,0
Andorre	0,1	–	177,5	1,2	–	–	–	–	–
Arménie	3,2	3,2	108,4	1,4	1,8	19,0	21,1	10,8	12,5
Autriche	8,3	8,5	98,8	1,4	1,5	15,5	13,9	17,0	19,9
Azerbaïdjan	8,6	9,8	98,0	2,3	2,0	23,5	24,1	7,0	7,5
Bélarus	9,7	9,1	46,9	1,4	1,4	14,8	15,0	14,6	14,9
Belgique	10,5	11,0	341,9	1,7	1,8	17,6	16,7	16,7	20,3
Bosnie-Herzégovine	3,9	3,7	76,5	1,2	1,3	24,3	13,4	6,3	17,3
Bulgarie	7,7	7,0	69,1	1,4	1,6	14,0	14,6	17,1	20,5
Chypre	0,9	1,0	83,3	1,4	1,6	18,0	16,8	12,3	15,8
Croatie	4,6	4,3	78,5	1,4	1,6	15,7	14,6	17,0	20,4
Danemark	5,5	5,6	125,0	1,9	1,8	18,8	16,6	14,9	20,1
Espagne	43,6	48,6	85,7	1,4	1,7	14,5	15,6	16,8	18,7
Estonie	1,3	1,3	29,8	1,6	1,8	15,3	18,3	16,6	18,6
Ex-République yougoslave de Macédoine	2,0	2,0	79,4	1,5	1,6	20,7	16,0	10,7	14,8
Fédération de Russie	141,9	135,4	8,3	1,3	1,6	14,8	16,7	14,0	15,4
Finlande	5,3	5,5	15,6	1,8	1,8	17,0	16,6	16,5	22,3
France	60,9	64,9	111,3	1,9	1,8	18,4	17,4	16,4	20,9
Géorgie	4,4	4,0	63,1	1,5	1,7	20,4	17,5	14,2	16,1
Grèce	11,2	11,3	84,5	1,4	1,5	14,3	13,8	18,6	20,7
Hongrie	10,1	9,8	108,3	1,3	1,5	15,5	14,9	15,7	19,3
Irlande	4,3	5,1	60,3	2,0	1,8	20,4	20,3	11,0	13,8
Islande	0,3	0,4	3,0	2,1	1,9	21,0	19,4	11,5	14,6
Israël	7,2	8,3	334,9	2,9	2,3	28,3	24,9	9,9	12,8
Italie	59,4	60,4	195,6	1,4	1,5	14,1	13,4	19,8	23,0
Kazakhstan	15,5	16,7	5,6	2,5	2,0	24,0	25,4	7,8	8,2
Kirghizistan	5,2	6,2	25,8	2,7	2,0	30,7	27,4	5,5	6,0
Lettonie	2,3	2,1	35,4	1,4	1,6	13,9	16,1	17,2	18,3
Lituanie	3,4	3,1	52,1	1,4	1,5	15,6	14,9	15,7	17,9
Luxembourg	0,5	0,5	181,7	1,6	1,8	18,7	16,7	14,3	15,2
Malte	0,4	0,4	1 270,2	1,4	1,4	16,5	13,7	13,8	20,1
Monaco	0,04	–	16 842,1	1,8	–	–	–	–	–
Monténégro	0,6	0,6	45,2	–	1,8	20,3	17,8	12,6	15,2
Norvège	4,8	5,2	14,4	1,9	1,8	19,5	17,6	14,7	18,0
Ouzbékistan	26,9	31,2	59,2	2,6	2,0	33,0	25,8	4,5	5,4
Pays-Bas	16,4	17,1	393,6	1,7	1,8	18,0	16,1	14,6	19,7
Pologne	38,5	37,5	122,0	1,3	1,4	16,0	14,5	13,4	18,3
Portugal	10,6	10,8	115,1	1,3	1,5	15,7	13,9	16,9	20,6
République de Moldova	3,6	3,4	105,9	1,3	1,6	17,9	18,2	10,3	13,9
République tchèque	10,3	10,6	130,2	1,4	1,6	14,3	15,7	14,5	19,5
Roumanie	21,5	20,4	90,5	1,3	1,4	15,3	14,6	14,9	17,4
Royaume-Uni	61,0	65,1	248,8	1,8	1,8	17,6	17,4	16,0	18,5
Saint-Marin	0,03	–	518,3	1,2	–	15,9	–	15,6	–
Serbie	7,4	9,8	83,9	1,4	1,7	15,5	17,0	17,2	16,6
Slovaquie	5,4	5,4	110,2	1,3	1,4	16,6	15,1	11,7	16,1
Slovénie	2,0	2,0	99,2	1,4	1,6	13,9	14,5	16,0	20,3
Suède	9,1	9,7	20,2	1,9	1,8	17,1	17,3	17,3	21,0
Suisse	7,3	7,9	181,3	1,4	1,6	15,9	14,6	16,1	20,2
Tadjikistan	6,7	8,4	46,1	3,5	2,5	35,9	32,8	4,4	3,9
Turkménistan	5,0	5,8	10,0	2,6	2,0	39,2	26,4	3,8	5,1
Turquie	70,6	83,9	93,7	2,2	1,9	26,4	23,1	7,1	7,5
Ukraine	45,5	42,9	77,2	1,3	1,6	14,3	16,0	16,3	16,9

Sources : les données pour 2007 (ou la dernière année pour laquelle des données sont disponibles) sont issues de la base de données européenne de la Santé pour tous (Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009)). Les données pour 2020 sont des projections de variantes moyennes issues de *World population prospects: the 2008 revision population database* (New York, United Nations, 2009 (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>, consulté le 2 septembre 2009)).

**Tableau 2. Indicateurs socioéconomiques de base dans la Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**

État membre	Indice du développement humain	PIB (USD par habitant)	PIB réel (dollars internationaux (PPA) par habitant)	Dépenses totales des pouvoirs publics (en % de PPA)	Population âgée ≥ 25 ans (en % du total) avec le niveau d'instruction suivant :			Population active (en % du total)	Taux de chômage (en %)
					enseignement primaire	enseignement secondaire	enseignement supérieur		
Albanie	0,801	2 439	5 316	30,4	–	–	–	43,5	13,8
Allemagne	0,935	35 241	29 461	46,9	–	18,0	4,3	50,0	10,3
Andorre	0,921	–	–	19,2	–	–	–	–	–
Arménie	0,775	1 017	4 945	21,8	–	–	–	43,0	6,7
Autriche	0,948	38 924	33 700	49,7	49,3	94,0	6,1	48,6	6,8
Azerbaïdjan	0,746	1 026	5 016	25,3	8,6	70,1	14	51,0	1,2
Bélarus	0,804	2 330	7 918	47,9	32,5	45,8	12,5	49,3	1,0
Belgique	0,946	37 522	32 119	51,8	60,6	28,7	5,2	43,1	11,5
Bosnie-Herzégovine	0,803	2 183	7 032	37,0	27,2	65,5	7,3	52,9	31,1
Bulgarie	0,824	3 109	9 032	38,9	49,1	35,7	15	39,7	9,0
Chypre	0,903	18 668	22 699	44,0	–	–	–	50,1	4,5
Croatie	0,850	7 724	13 042	43,4	53,8	39,5	6,4	43,8	11,1
Danemark	0,949	50 765	33 973	53,3	–	41,6	19,6	52,1	3,4
Espagne	0,949	27 825	27 169	38,5	65,3	25,5	8,4	48,5	8,5
Estonie	0,860	8 331	15 478	33,4	41,2	45,1	13,7	49,8	4,7
Ex-République yougoslave de Macédoine	0,801	2 637	7 200	35,0	56,2	30,6	6,7	42,8	34,9
Fédération de Russie	0,802	4 042	10 845	31,9	–	49,0	14,1	51,7	7,2
Finlande	0,952	39 643	32 153	50,5	45,06	37,86	17,07	50,5	6,9
France	0,952	35 445	30 386	53,6	51,7	36,9	11,4	44,2	9,8
Géorgie	0,754	1 151	3 365	28,2	–	–	–	50,6	13,8
Grèce	0,926	23 991	23 381	37,5	62,6	28,7	8,7	47,2	8,8
Hongrie	0,874	11 212	17 887	49,8	59,2	30,7	10,1	41,8	7,4
Irlande	0,959	51 567	38 505	33,8	41,75	46,3	13,1	51,1	4,5
Islande	0,968	54 657	36 510	42,4	–	–	–	60,0	2,9
Israël	0,932	17 194	25 864	46,3	24,9	40,0	35,1	39,6	7,3
Italie	0,941	31 659	28 529	48,2	31,46	22,9	7,54	41,8	6,1
Kazakhstan	0,794	2 717	7 857	27,0	36,9	50,7	12,4	55,0	7,3
Kirghizistan	0,696	433	1 927	28,5	–	51,3	12,5	45,0	8,1
Lettonie	0,855	5 868	13 646	35,6	40,3	46,3	13,4	48,2	4,9
Lituanie	0,862	6 480	14 494	33,5	30,4	57,0	12,6	48,0	4,3
Luxembourg	0,944	67 795	60 228	42,3	39,7	40,3	10,8	43,0	4,2
Malte	0,878	13 256	19 189	44,9	47,6	40,1	4,47	43,1	6,5
Monaco	0,925	–	–	21,3	21,8	41,1	23,58	–	2,5
Monténégro	–	–	–	29,9	–	–	–	–	30,3
Norvège	0,968	72 016	41 420	42,1	0,2	81,3	18,7	54,9	2,5
Ouzbékistan	0,702	456	2 063	32,1	–	–	–	44,6	0,4
Pays-Bas	0,953	40 860	32 684	45,2	14,0	64,0	22	53,0	4,2
Pologne	0,870	8 969	13 847	43,3	44,3	47,8	7,9	45,4	13,8
Portugal	0,897	18 335	20 410	47,6	77,6	14,8	7,7	53,1	8,0
République de Moldova	0,708	615	2 100	37,0	29,8	58,9	11,3	52,4	1,9
République tchèque	0,891	13 949	20 538	44,9	31,7	58,6	8,5	50,9	5,3
Roumanie	0,813	3 374	9 060	31,2	29,8	63,2	6,9	47,0	7,3
Royaume-Uni	0,946	39 793	33 238	44,9	89,0	–	11	51,0	5,0
Saint-Marin	0,916	–	–	44,6	68,9	28,7	2,4	66,2	1,6
Serbie	–	–	–	38,0	–	–	–	–	18,1
Slovaquie	0,863	10 219	15 871	38,4	38,6	50,9	9,5	50,0	11,0
Slovénie	0,917	16 115	22 273	46,0	48,3	42,9	8,8	52,1	7,7
Suède	0,956	43 267	32 525	55,3	32,4	43,0	23	51,9	5,4
Suisse	0,955	51 970	35 633	36,4	24,0	57,0	19	56,4	3,8
Tadjikistan	0,673	322	1 356	22,7	22,8	65,5	11,7	33,7	2,7
Turkménistan	0,713	1 294	3 838	21,6	–	–	–	46,7	–
Turquie	0,806	9 305	13 669	24,2	77,8	21,9	10,8	46,2	10,3
Ukraine	0,788	1 366	6 848	43,6	–	40,5	6,5	47,7	6,8

Tableau 3. Améliorer la situation sanitaire dans la Région européenne de l'OMS

État membre	Espérance de vie à la naissance (en années), 2007 <sup>a</sup>		Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), 2007		Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)		Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)		Mortalité périnatale (pour 1 000 naissances), 2007 <sup>a</sup>
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Rapports nationaux, 2007 <sup>a</sup>	Estimations de l'OMS, 2004	Rapports nationaux, 2007 <sup>a</sup>	Estimations OMS/UNICEF/FNUAP/Banque mondiale, 2005	
Albanie	73,7	78,9	64	64	12,4	18,5	15,1	92	11,5
Allemagne	77,2	82,4	71	75	4,6	5,0	6,1	4	5,6
Andorre	–	–	72	76	–	6,5	0,0	–	0,0
Arménie	70,0	75,9	59	63	13,4	32,0	15,0	76	15,3
Autriche	77,6	83,2	70	74	4,4	5,0	3,9	4	3,1
Azerbaïdjan	71,3	76,3	59	60	14,5	89,5	34,9	82	8,9
Bélarus	64,6	76,3	58	66	6,9	10,0	6,8	18	4,0
Belgique	74,6	81,1	70	74	5,9	4,5	5,3	8	7,4
Bosnie-Herzégovine	69,5	76,0	65	68	16,1	15,5	21,6	3	–
Bulgarie	69,1	76,3	63	69	14,5	15,0	10,0	11	11,0
Chypre	78,8	82,6	69	71	4,0	5,0	11,5	10	–
Croatie	72,6	79,4	66	70	6,1	7,5	9,7	7	4,9
Danemark	75,7	80,5	70	73	4,0	5,0	14,0	3	3,1
Espagne	77,1	83,8	71	76	4,7	4,5	3,9	4	4,7
Estonie	67,3	78,2	61	71	7,3	8,0	0,0	25	4,3
Ex-République yougoslave de Macédoine	71,1	76,1	65	66	13,0	14,0	0,0	10	15,3
Fédération de Russie	60,5	73,3	55	65	13,0	16,0	23,8	28	9,0
Finlande	76,1	83,2	70	75	3,5	4,0	1,7	7	3,3
France	77,5	84,6	71	76	4,4	4,5	7,4	8	6,9
Géorgie	69,3	76,7	62	67	19,4	44,5	20,2	66	16,3
Grèce	77,2	82,0	71	74	4,3	5,0	1,8	3	5,3
Hongrie	68,8	77,2	62	69	7,5	8,0	8,2	6	4,9
Irlande	77,5	82,2	71	74	4,3	6,0	1,4	1	5,1
Islande	79,7	83,5	73	75	3,4	2,5	0,0	4	1,9
Israël	78,2	82,1	72	74	5,5	6,0	7,3	4	4,8
Italie	78,6	84,3	73	76	4,3	4,5	2,0	3	4,6
Kazakhstan	60,8	72,3	53	60	18,6	72,5	47,5	140	14,1
Kirghizistan	63,5	71,7	55	59	35,5	67,5	60,9	150	21,8
Lettonie	65,8	76,5	59	68	10,3	11,0	25,8	10	6,5
Lituanie	64,9	77,3	58	68	7,2	9,5	6,2	11	5,2
Luxembourg	77,0	82,2	71	75	3,2	5,5	18,6	12	3,6
Malte	77,7	82,3	71	74	6,7	6,0	0,0	8	4,1
Monaco	–	–	71	76	–	4,0	0,0	–	12,2
Monténégro	71,4	76,9	65	66	11,0	–	–	–	6,8
Norvège	78,3	83,0	72	74	3,9	4,0	8,5	7	3,6
Ouzbékistan	68,2	73,0	58	60	20,8	68,5	25,0	24	7,5
Pays-Bas	78,2	82,7	72	74	4,8	5,5	5,0	6	5,7
Pologne	71,0	79,8	64	70	7,1	7,5	2,9	8	5,0
Portugal	74,9	81,6	69	73	5,2	5,5	8,2	11	4,2
République de Moldova	65,2	72,7	58	63	14,0	28,0	18,4	22	10,3
République tchèque	73,8	80,3	68	72	4,0	4,5	2,6	4	3,6
Roumanie	69,7	76,9	63	68	14,2	20,0	15,4	24	10,0
Royaume-Uni	77,7	81,9	71	73	5,8	5,5	7,3	8	8,2
Saint-Marin	78,9	83,2	74	76	0,5	3,5	0,0	–	0,0
Serbie	70,9	76,5	64	66	8,1	–	12,7	–	6,9
Slovaquie	70,3	78,2	64	70	8,6	8,5	5,6	6	5,3
Slovénie	74,8	82,1	69	74	3,8	4,5	15,1	6	3,9
Suède	78,9	83,2	72	75	3,5	3,5	4,7	3	4,3
Suisse	79,4	84,4	73	76	5,1	5,0	8,2	5	7,6
Tadjikistan	71,2	76,3	58	57	16,6	117,5	43,4	170	15,1
Turkménistan	62,5	69,8	53	57	53,2	102,5	15,6	130	9,5
Turquie	71,1	75,6	64	67	26,6	32,0	21,2	44	8,1
Ukraine	62,3	73,8	55	64	12,3	18,0	15,2	18	9,0

<sup>a</sup> Données de 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles.

**Tableau 4. Facteurs influençant la santé (environnement, style de vie et comportement) dans la Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**

État membre	Population (en % du total) avec :		Décès dus à des accidents de travail (pour 100 000 habitants)	Tabagisme quotidien et régulier dans la population âgée ≥ 15 (en % du total)	Consommation d'alcool pur (litres par habitant)	Accidents de la route dus à l'alcoolisme (pour 100 000 habitants)	Décès ou traumatismes dus à des accidents de la route (pour 100 000 habitants)	Premières admissions dans des centres de désintoxication (pour 100 000 habitants)
	Raccordement au système d'approvisionnement en eau	Accès à un système hygiénique d'évacuation des eaux usées						
Albanie	68	89	–	39,0	1,7	0,5	35,5	–
Allemagne	100	93	1,1	33,9	10,7	29,4	531,9	–
Andorre	–	100	1,5	36,0	–	7,5	205,3	–
Arménie	85	84	0,5	27,0	1,1	2,3	54,5	3,0
Autriche	100	100	2,4	23,2	10,5	34,7	655,9	30,6
Azerbaïdjan	47	55	1,5	17,7	3,1	1,0	43,1	6,2
Bélarus	61	–	2,2	27,5	4,8	7,7	93,7	13,1
Belgique	100	100	1,0	22,0	8,9	41,0	616,5	–
Bosnie-Herzégovine	82	93	0,6	37,6	8,3	–	176,9	–
Bulgarie	99	100	1,7	32,7	5,0	5,4	143,3	–
Chypre	100	100	1,8	23,9	9,0	2,4	316,4	–
Croatie	94	93	1,7	27,4	10,3	88,0	503,6	39,0
Danemark	100	100	0,9	24,0	9,8	20,1	146,5	24,7
Espagne	99	97	1,6	26,4	10,0	10,6	316,3	51,5
Estonie	87	82	1,6	29,9	13,4	42,2	237,5	89,7
Ex-République yougoslave de Macédoine	–	–	0,2	36,0	1,9	10,0	212,3	3,5
Fédération de Russie	81	87	2,0	35,8	8,9	21,6	198,8	11,9
Finlande	97	100	0,9	20,6	8,2	19,3	178,5	–
France	99	96	1,0	25,4	10,0	–	185,9	51,3
Géorgie	58	83	1,5	27,8	1,3	2,8	107,7	6,3
Grèce	84	96	1,0	37,6	7,7	13,1	197,5	17,3
Hongrie	91	56	1,2	30,4	11,6	28,8	347,1	40,3
Irlande	97	96	1,5	24,0	10,6	–	203,8	57,1
Islande	100	100	2,0	19,5	5,5	7,9	348,8	76,6
Israël	100	100	1,1	23,2	1,7	4,8	542,2	25,2
Italie	99	100	1,4	22,4	7,6	5,1	553,9	59,3
Kazakhstan	61	72	2,2	23,1	2,2	8,2	146,1	206,9
Kirghizistan	48	60	0,4	20,0	2,4	6,1	96,0	8,2
Lettonie	–	–	2,6	30,4	8,4	32,3	262,6	14,7
Lituanie	–	–	2,9	26,5	8,6	28,8	270,8	9,4
Luxembourg	100	100	2,1	25,0	14,6	31,3	248,8	–
Malte	100	100	1,7	23,4	5,4	0,3	297,6	96,6
Monaco	100	100	10,7	–	–	53,3	833,3	–
Monténégro	–	–	0,2	–	–	–	–	–
Norvège	100	100	0,8	22,0	4,8	–	247,4	–
Ouzbékistan	53	57	–	12,5	1,0	–	57,6	10,7
Pays-Bas	98	100	0,4	29,1	7,8	12,8	209,5	30,1
Pologne	95	80	1,3	29,0	6,7	15,1	174,6	–
Portugal	82	100	2,9	20,9	9,4	21,5	506,0	44,8
République de Moldova	41	68	1,5	27,1	10,2	7,8	100,8	10,3
République tchèque	87	75	1,8	25,4	13,7	27,3	327,3	37,4
Roumanie	49	51	1,9	21,4	7,4	1,4	39,4	–
Royaume-Uni	100	96	0,3	25,0	9,3	18,8	449,9	16,8
Saint-Marin	100	100	–	22,7	–	–	–	–
Serbie	–	–	–	26,2	–	–	–	–
Slovaquie	83	100	1,6	28,0	9,5	20,9	205,8	16,4
Slovénie	98	98	2,1	18,9	8,8	88,3	728,2	13,7
Suède	100	100	0,8	15,9	5,6	11,7	300,9	–
Suisse	100	100	0,6	22,0	9,4	34,4	365,1	–
Tadjikistan	40	53	0,4	–	0,3	0,3	36,4	8,6
Turkménistan	52	62	3,5	14,0	0,7	1,8	46,9	64,6
Turquie	93	88	2,3	27,4	1,2	26,8	273,9	2,2
Ukraine	78	99	2,1	36,0	5,2	6,3	128,2	26,2

**Tableau 5. Financement du système de santé, vaccination et stratégie Halte à la tuberculose dans la Région européenne de l'OMS**

État membre	Dépenses totales de santé, estimations de l'OMS, 2005		Dépenses générales des pouvoirs publics, 2005		Enfants vaccinés (en %), 2007 <sup>a</sup>		Personnes percevant des prestations de sécurité sociale ou d'invalidité (pour 100 000 habitants), 2007 <sup>a</sup>	Tuberculose sous DOTS (en %)	
	en % du PIB	Par habitant (dollars internationaux (PPA))	en % des dépenses totales de santé	en % des dépenses totales publiques	Par le DTP3	Contre la rougeole		Cas détectés, 2006 <sup>a</sup>	Succès des traitements, 2005 <sup>a</sup>
Albanie	6,5	353	40,3	8,6	98	97	–	37	77
Allemagne	10,7	3 250	76,9	17,5	90	95	8 363	54	71
Andorre	6,3	2 697	70,5	23,1	96	94	1 596	125	80
Arménie	5,4	270	32,9	8,2	88	92	4 920	59	72
Autriche	10,2	3 485	75,7	15,6	85	77	–	46	75
Azerbaïdjan	3,9	193	24,8	3,8	95	97	3 392	50	59
Bélarus	6,6	515	75,8	10,5	95	99	5 263	40	73
Belgique	9,6	3 071	71,4	13,2	99	92	2 561	55	66
Bosnie-Herzégovine	8,8	779	58,7	14,0	91	96	0	62	97
Bulgarie	7,7	734	60,6	12,1	95	96	–	94	86
Chypre	6,1	1 550	43,2	6,0	97	87	–	42	63
Croatie	7,4	1 001	81,3	13,9	96	96	8 642	0	–
Danemark	9,4	3 169	83,6	14,8	75	89	3 518	62	83
Espagne	8,2	2 242	71,4	15,3	96	97	–	0	–
Estonie	5,0	846	76,9	11,5	95	96	8 390	66	72
Ex-République yougoslave de Macédoine	7,8	569	70,4	15,8	95	96	15 882	66	84
Fédération de Russie	5,2	561	62,0	10,1	98	99	3 978	44	58
Finlande	7,5	2 299	77,8	11,6	99	98	5 353	0	–
France	11,2	3 406	79,9	16,6	96	93	458	0	–
Géorgie	8,6	318	19,5	5,9	98	97	945	109	73
Grèce	10,1	2 949	42,8	11,5	88	88	1 238	0	–
Hongrie	7,8	1 329	70,8	11,1	100	100	7 023	49	45
Irlande	8,2	3 125	79,5	19,2	92	87	295	0	–
Islande	9,4	3 354	82,5	18,3	97	95	4 347	71	100
Israël	7,8	2 143	66,5	11,2	96	97	3 593	31	78
Italie	8,9	2 494	76,6	14,1	96	87	2 681	71	74
Kazakhstan	3,9	306	64,2	9,3	93	100	2 635	69	71
Kirghizistan	6,0	113	39,5	8,4	94	99	2 149	63	85
Lettonie	6,4	860	60,5	10,8	98	97	6 466	85	74
Lituanie	5,9	862	67,3	11,9	95	97	6 223	109	70
Luxembourg	7,7	5 521	90,7	16,5	99	96	–	4	–
Malte	8,4	1 733	77,4	14,6	74	79	2 751	36	100
Monaco	4,6	5 447	74,9	16,3	99	99	–	–	–
Monténégro	8,0	106	75,5	20,3	92	90	1 682	–	–
Norvège	9,1	4 331	83,5	18,0	93	92	6 205	39	91
Ouzbékistan	5,0	171	47,7	7,4	97	100	921	48	81
Pays-Bas	9,2	3 187	64,9	13,2	96	96	5 829	36	84
Pologne	6,2	844	69,3	9,9	99	98	8 114	67	77
Portugal	10,2	2 034	72,3	15,5	97	95	3 443	88	89
République de Moldova	7,5	170	55,5	11,3	97	96	3 646	69	62
République tchèque	7,1	1 447	88,6	14,1	98	97	5 593	57	72
Roumanie	5,5	507	70,3	12,4	97	97	94	79	82
Royaume-Uni	8,2	2 598	87,1	16,0	92	86	–	0	–
Saint-Marin	7,3	3 191	85,7	14,0	92	92	–	0	0
Serbie	8,0	395	71,9	15,1	94	95	–	–	–
Slovaquie	7,1	1 130	74,4	13,8	99	99	3 644	43	92
Slovénie	8,5	1 959	72,4	13,4	97	96	–	71	84
Suède	9,2	3 012	81,7	13,6	99	96	6 031	58	64
Suisse	11,4	4 088	59,3	18,6	95	86	3 425	0	–
Tadjikistan	5,0	67	22,8	5,0	86	85	2 032	33	86
Turkménistan	4,8	308	66,7	14,9	98	99	–	58	81
Turquie	5,7	618	71,4	13,9	96	96	447	80	91
Ukraine	7,0	488	52,8	8,4	98	98	5 318	65	–

<sup>a</sup> Ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles.

Note : les calculs ont été réalisés par l'OMS par souci de comparabilité, et ne correspondent pas nécessairement aux statistiques officielles des États membres qui peuvent utiliser d'autres méthodes rigoureuses.

**Tableau 6. Les ressources humaines pour la santé dans la Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**

État membre	Densité pour 100 000 habitants					Nombre de professionnels diplômés pour 100 000 habitants			
	Médecins	Médecins généralistes	Infirmiers	Dentistes	Pharmaciens	Médecins	Infirmiers	Dentistes	Pharmaciens
Albanie	115,0	50,9	404,3	32,9	39,2	6,2	9,2	2,3	1,2
Allemagne	348,4	99,0	781,2	76,3	59,9	8,5	–	1,9	2,1
Andorre	303,0	47,5	326,1	57,2	88,8	2,4	18,3	1,2	1,2
Arménie	343,7	58,1	413,0	36,1	5,1	8,9	34,7	2,2	1,0
Autriche	374,9	153,0	634,9	54,0	59,5	19,4	34,4	1,2	2,4
Azerbaïdjan	377,4	17,6	725,4	29,4	18,8	14,3	8,8	1,8	4,1
Bélarus	484,1	40,2	1 197,6	49,3	30,9	13,2	20,7	2,2	1,7
Belgique	422,8	177,3	1 341,3	83,5	116,0	8,4	55,3	1,1	3,7
Bosnie-Herzégovine	141,8	20,4	437,2	16,1	7,9	2,9	66,3	2,6	2,1
Bulgarie	364,4	65,0	421,0	84,0	12,5	14,6	15,9	2,0	1,2
Chypre	252,9	–	436,0	92,8	20,8	0,0	–	–	–
Croatie	259,0	65,0	523,6	71,7	57,2	9,6	–	3,5	3,2
Danemark	319,8	77,5	961,3	79,2	69,1	21,7	41,2	4,2	2,3
Espagne	375,7	76,8	743,7	56,2	92,0	8,7	20,2	2,5	5,2
Estonie	328,5	63,5	655,2	87,5	64,7	7,9	44,1	2,9	4,7
Ex-République yougoslave de Macédoine	254,2	96,2	369,8	57,6	44,5	8,4	9,3	5,7	5,1
Fédération de Russie	431,0	27,3	806,2	32,0	8,1	10,7	27,2	1,8	1,9
Finlande	331,0	95,0	855,3	85,3	155,1	7,0	49,8	1,0	7,0
France	341,6	166,6	793,2	68,0	115,7	6,0	35,5	1,3	3,9
Géorgie	454,6	23,3	363,4	27,8	5,7	37,9	37,7	1,7	2,8
Grèce	534,6	125,5	326,8	127,2	69,2	13,3	7,4	2,7	1,3
Hongrie	278,0	64,9	903,9	42,2	54,5	10,0	36,6	1,9	2,4
Irlande	302,9	71,7	1 549,8	58,5	96,9	16,7	41,6	1,5	3,3
Islande	368,0	77,9	943,3	94,0	102,5	13,1	39,1	1,3	3,9
Israël	352,6	70,5	579,0	108,8	74,0	4,3	22,4	0,9	2,5
Italie	365,4	91,6	700,7	62,8	74,7	11,5	17,7	2,7	4,1
Kazakhstan	370,6	24,2	692,3	36,9	81,7	28,4	45,1	1,4	3,4
Kirghizistan	238,0	35,4	543,2	19,6	1,7	17,3	64,4	2,2	0,9
Lettonie	304,9	54,9	548,0	68,2	–	4,9	24,3	1,5	4,0
Lituanie	406,7	77,5	734,8	71,0	81,3	7,8	30,1	3,4	2,9
Luxembourg	290,0	92,5	1 023,1	78,5	85,0	–	12,8	0,0	–
Malte	331,7	82,7	583,5	42,8	154,0	14,7	7,8	2,0	8,3
Monaco	664,3	32,1	1 621,4	121,4	217,9	–	85,7	0,0	–
Monténégro	196,9	32,1	507,8	39,6	16,8	–	–	–	–
Norvège	380,4	74,9	1 546,8	86,1	67,9	10,4	77,5	2,2	1,9
Ouzbékistan	266,6	20,1	1 012,0	17,7	3,4	12,9	160,3	1,0	12,3
Pays-Bas	393,2	52,9	1 505,0	49,5	17,5	12,3	36,1	1,7	0,8
Pologne	203,2	–	468,8	32,0	58,9	6,1	39,1	2,1	2,2
Portugal	342,6	56,1	481,4	58,3	97,8	7,0	23,9	3,1	4,9
République de Moldova	312,2	56,7	754,9	43,8	83,7	9,0	11,6	2,1	0,4
République tchèque	356,6	71,4	842,7	67,3	56,0	7,7	47,2	1,3	2,6
Roumanie	192,1	68,7	397,4	20,2	4,2	11,9	15,9	3,7	2,8
Royaume-Uni	212,6	67,3	498,6	43,9	58,6	6,4	48,8	1,3	1,3
Saint-Marin	251,7	–	507,7	36,4	52,1	–	–	0,0	–
Serbie	271,1	68,9	557,4	33,3	25,9	15,9	–	5,2	5,0
Slovaquie	313,3	43,3	631,6	45,3	49,0	9,9	85,6	0,9	3,1
Slovénie	237,3	48,8	764,8	59,9	47,0	6,4	21,5	2,1	6,1
Suède	357,9	60,4	1 083,4	83,1	72,7	10,0	49,8	2,3	5,1
Suisse	385,0	52,4	832,8	51,4	57,0	7,9	49,9	1,6	1,6
Tadjikistan	201,3	20,8	446,6	15,2	10,3	8,0	20,5	0,7	0,6
Turkménistan	243,8	63,6	431,4	14,1	19,5	5,6	6,2	0,2	0,3
Turquie	151,0	47,4	200,9	24,8	34,7	6,9	8,6	1,4	1,4
Ukraine	308,4	32,0	783,4	41,1	47,8	14,6	23,9	3,7	5,7

**Tableau 7. Prestation de services de santé dans la Région européenne de l'OMS, 2007 ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles**

État membre	Hôpitaux pour 100 000 habitants	Établissements de soins ambulatoires pour 100 000 habitants	Nombre de lits pour 100 000 habitants				Lits d'hôpitaux privés en % du total des lits	Admissions pour 100 habitants	
			Hôpitaux	Hôpitaux de soins aigus	Hôpitaux psychiatriques	Maisons de soins infirmiers et de retraite		Soins hospitaliers	Hôpitaux de soins aigus
Albanie	1,5	73,8	291,5	255,6	23,1	7,8	–	8,7	–
Allemagne	4,1	–	829,1	572,9	108,4	917,8	27,1	22,6	19,8
Andorre	2,4	113,2	261,6	194,7	14,6	170,4	25,6	–	9,3
Arménie	4,2	32,8	406,8	349,7	45,4	31,3	–	8,9	8,5
Autriche	3,3	–	776,3	638,9	62,9	–	27,7	27,9	26,6
Azerbaïdjan	8,7	41,2	793,3	725,9	48,3	18,8	0,7	6,2	6,0
Bélarus	7,2	69,0	1 122,9	–	69,9	178,6	0,1	28,5	–
Belgique	2,0	–	525,1	470,2	148,8	1 199,7	62,3	16,4	16,2
Bosnie-Herzégovine	1,0	30,3	303,6	327,5	37,2	–	–	8,2	7,2
Bulgarie	4,4	21,9	636,4	755,4	58,2	–	6,4	22,8	14,8
Chypre	12,3	–	371,5	350,8	26,7	–	50,1	7,9	7,8
Croatie	1,7	70,7	534,6	352,4	93,9	–	0,4	16,5	14,6
Danemark	1,1	–	349,5	310,7	60,4	230,6	2,0	15,2	17,8
Espagne	1,7	–	337,0	271,0	46,6	32,7	34,3	11,9	11,7
Estonie	4,3	62,2	557,0	380,2	56,2	549,9	9,8	18,9	16,8
Ex-République yougoslave de Macédoine	2,7	81,4	462,7	326,4	58,5	29,4	1,0	9,4	9,2
Fédération de Russie	4,5	9,0	965,9	931,3	112,3	15,2	–	23,7	22,9
Finlande	6,5	4,3	682,5	233,6	84,1	–	3,6	24,6	18,9
France	4,7	–	716,8	361,8	92,6	110,7	35,2	18,8	16,3
Géorgie	6,0	14,4	331,9	291,5	28,1	6,8	–	6,5	6,3
Grèce	2,8	15,3	481,7	394,4	87,3	30,7	28,1	18,4	14,5
Hongrie	1,8	4,1	712,6	413,4	30,4	85,5	3,0	20,9	18,5
Irlande	4,1	–	533,9	274,2	85,1	511,3	–	14,2	14,0
Islande	6,8	40,6	750,8	368,2	117,9	812,7	8,9	17,2	16,5
Israël	5,3	–	583,2	203,1	48,1	321,6	32,9	18,2	17,2
Italie	2,2	30,8	393,9	336,3	13,0	332,8	23,4	14,6	14,0
Kazakhstan	6,8	52,8	772,1	527,7	62,8	129,2	6,0	17,4	16,4
Kirghizistan	2,8	15,2	506,0	387,4	43,3	54,0	1,6	15,1	14,5
Lettonie	4,1	116,8	757,1	523,3	137,0	–	6,3	23,4	20,4
Lituanie	4,9	28,8	814,0	509,3	102,3	437,3	0,3	23,8	21,2
Luxembourg	8,4	–	633,4	508,9	63,3	951,4	–	19,4	18,4
Malte	2,2	–	780,3	269,4	169,4	537,8	5,1	–	10,8
Monaco	7,1	0,0	1 957,1	1 553,6	210,7	1 217,9	–	53,9	–
Monténégro	1,8	31,3	397,8	308,4	49,7	–	–	10,9	9,9
Norvège	1,5	–	391,2	284,2	57,0	865,1	1,3	18,8	16,9
Ouzbékistan	3,3	20,7	483,2	399,8	28,9	34,8	3,3	16,3	15,6
Pays-Bas	1,2	–	480,8	340,2	137,1	1 040,5	–	10,6	10,5
Pologne	2,1	26,3	516,2	410,8	64,8	–	4,7	17,8	–
Portugal	1,9	21,9	345,4	298,5	61,8	–	24,0	11,4	11,2
République de Moldova	2,3	19,7	612,0	493,2	54,9	79,7	0,7	17,2	16,3
République tchèque	3,3	233,9	810,5	595,5	107,0	70,0	28,7	21,5	20,2
Roumanie	1,9	54,5	654,3	505,2	77,3	–	0,6	24,3	–
Royaume-Uni	2,7	–	389,7	241,6	82,9	429,3	4,3	15,3	21,4
Saint-Marin	–	–	716,0	–	–	–	–	–	–
Serbie	1,4	2,3	540,3	–	–	–	–	14,2	9,4
Slovaquie	2,7	163,3	678,8	601,6	82,4	–	5,1	18,9	18,4
Slovénie	1,4	3,2	466,2	376,7	67,8	–	1,1	17,9	17,2
Suède	0,9	11,2	522,0	282,3	48,8	27,0	19,0	15,6	15,2
Suisse	4,5	–	553,9	364,8	105,8	1 167,1	–	17,0	16,4
Tadjikistan	6,8	49,8	612,0	546,9	24,7	14,6	0,2	11,2	11,1
Turkménistan	2,3	35,7	406,5	303,9	32,9	8,1	0,2	13,9	12,8
Turquie	1,9	22,8	263,8	253,5	9,6	26,5	9,3	12,4	12,2
Ukraine	5,6	14,6	873,0	711,9	93,9	100,7	–	21,9	20,8

## Définitions des indicateurs repris dans les tableaux

### Introduction

La plupart des définitions sont celles utilisées dans la base de données européenne de la Santé pour tous, la principale source des statistiques mentionnées dans les tableaux. Si les définitions proviennent d'autres sources, celles-ci sont par conséquent indiquées. Les termes sont repris dans leur ordre de présentation dans chacun des tableaux.

### Tableau 1

#### Population totale à la mi-année

Estimation de la population résidente (*de jure*) à la date du 1<sup>er</sup> juillet d'une année civile donnée, correspondant généralement à la moyenne des estimations de fin d'année et fournie par le bureau central des statistiques de la plupart des pays. Cette donnée est utilisée comme dénominateur pour calculer la majorité des autres indicateurs. Si la population *de facto* est préférable, la population *de jure* est plus souvent disponible, notamment sous forme de données ventilées selon le sexe. Cependant, dans certains pays, en particulier ceux en proie à des conflits armés dans les années 1990, la différence entre les estimations de population officielles et la population résidant réellement dans le pays (population *de facto*) peut être trop importante. Dans pareils cas, des efforts doivent être mis en œuvre pour fournir des estimations de population *de facto* en guise de dénominateurs.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

#### Densité moyenne de la population par km<sup>2</sup>

Rapport simple entre la population à la mi-année et la superficie du pays.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

#### Taux de fécondité total

Nombre moyen d'enfants qui seraient nés par femme en supposant l'absence de mortalité féminine au cours de la période de procréation, et selon un ensemble donné de taux de fécondité spécifiques à l'âge de la mère. Il se calcule en additionnant les taux de fécondité par âge pour tous les âges et en multipliant par l'intervalle dans lequel les âges sont regroupés. Les données proviennent généralement des bureaux de statistiques nationaux. Des rapports de la Banque mondiale et du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ainsi que des annuaires statistiques nationaux sont utilisés comme sources pour la base de données européenne de la Santé pour tous.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### Population âgée < 15 ans (en % du total)

Estimation de la population résidente (*de jure*) âgée de 0 à 14 ans le 1<sup>er</sup> juillet d'une année civile donnée correspondant généralement à la moyenne des estimations de fin d'année. Les données nationales proviennent le plus souvent du bureau central des statistiques. *Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### Population âgée ≥ 65 ans (en % du total)

Estimation de la population résidente (*de jure*) âgée de 65 et plus à la date du 1<sup>er</sup> juillet d'une année civile donnée, correspondant généralement à la moyenne des estimations de fin d'année. Les données nationales proviennent le plus souvent du bureau central des statistiques. *Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

## Tableau 2

### Indice du développement humain

Indice composé mesurant la réalisation moyenne de trois aspects essentiels du développement humain : une vie longue en bonne santé, l'acquisition de connaissances et un niveau de vie décent. Des rapports du PNUD sont utilisés comme sources pour la base de données européenne de la Santé pour tous. Pour de plus amples informations sur la manière de calculer cet indice, se référer au dernier rapport du PNUD sur le développement humain. *Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009) et PNUD.

### PIB [produit intérieur brut] en USD par habitant

Valeur totale de la production de biens et de services pour un emploi final par une économie donnée, par les agents résidents et non résidents, que la demande soit domestique ou extérieure. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe utilise les rapports de la Banque mondiale comme source de données commune, et la base de données sanitaires de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comme source de données primaire pour les États membres de l'OCDE. *Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### PIB réel en dollars internationaux (PPA) par habitant

Le PIB exprimé en termes de parité du pouvoir d'achat (PPA) et ajusté par rapport au pouvoir d'achat intérieur relatif de la devise nationale, comparée au dollar des États-Unis, au lieu d'utiliser le taux de change officiel. Des coefficients multiplicateurs (PPA) sont estimés régulièrement, sur la base du coût du panier de biens standard. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe se réfère à l'OCDE et au PNUD comme sources de données communes. *Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne].

Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Dépenses totales des pouvoirs publics en % du PIB**

Les dépenses totales des pouvoirs publics sont les débours consolidés de tous les niveaux des pouvoirs publics (central/fédéral, provincial/régional/État fédéré/arrondissement, autorités municipales/locales), des organismes de sécurité sociale et les fonds extrabudgétaires, dont les dépenses en capital.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Population avec enseignement primaire (en % du total)**

Proportion de la population âgée de 25 ans ou plus dont le plus haut niveau d'instruction correspond à l'enseignement primaire (cycle complet ou incomplet) ou à aucune scolarité officielle. L'Institut de statistique de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) constitue la principale source de données. Certains pays ont fourni les données directement au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Population avec enseignement secondaire (en % du total)**

Proportion de la population âgée de 25 ans ou plus dont le plus haut niveau d'instruction correspond à l'enseignement secondaire (inférieur ou supérieur). L'Institut de statistique de l'UNESCO constitue la principale source de données. Certains pays ont fourni les données directement au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Population avec enseignement supérieur (en % du total)**

Proportion de la population âgée de 25 ans ou plus dont le plus haut niveau d'instruction correspond à l'enseignement supérieur. L'Institut de statistique de l'UNESCO constitue la principale source de données. Certains pays ont fourni les données directement au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Population active (en % du total)**

La population économiquement active comme pourcentage de la population totale. L'annuaire des statistiques du travail de l'Organisation internationale du travail est utilisé comme source pour la base de données européenne de la Santé pour tous.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne].

Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### Taux de chômage (en %)

La proportion de chômeurs dans la population active totale. La définition appliquée est celle de l’Organisation internationale du travail : on entend par chômeur toute personne au dessus d’un âge spécifique sans travail, disponible actuellement pour travailler ou à la recherche d’un emploi pendant la période de référence. L’annuaire des statistiques du travail de l’Organisation internationale du travail est utilisé comme source commune pour la base de données européenne de la Santé pour tous.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009) et *l’Annuaire des statistiques du travail 2008* (Genève, Organisation internationale du travail, 2008).

## Tableau 3

### Espérance de vie à la naissance (en années)

Nombre moyen d’années de vie d’un nouveau-né si les taux de mortalité actuels se maintiennent, calculé par le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe pour tous les pays qui communiquent des données sur la mortalité détaillées à l’OMS, à l’aide de la méthode Wiesler. Les données sur la mortalité sont ventilées par âge : 0, 1-4, 5-9, 10-14, etc., 80-84, ≥ 85 ans. Malheureusement, comme certains pays ne peuvent déclarer l’ensemble des décès et des naissances, l’espérance de vie calculée à partir de données incomplètes est plus élevée qu’elle ne l’est en réalité. On fera donc preuve de prudence lors de l’établissement de comparaisons entre les pays. En effet, dans certains cas, la sous-déclaration des décès peut être de l’ordre de 20 %. Des niveaux très élevés de sous-déclaration sont observés dans les pays en proie à un conflit armé au cours des années 1990. Dans un pays en particulier (la Géorgie), ce problème est aggravé par le manque d’estimations suffisamment précises pour la population, et utilisées comme dénominateur.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années)

Nombre équivalent d’années de vie en bonne santé qu’une personne peut s’attendre à vivre (à la naissance) sur la base des taux de mortalité actuels et de la répartition des états de santé dans la population en termes de prévalence. L’espérance de vie en bonne santé à la naissance s’inspire de l’espérance de vie mais est ajustée en fonction de la période de vie passée en mauvaise santé. Les données proviennent de la version provisoire des *Statistiques sanitaires mondiales 2009* de janvier 2009.

*Source* : *Statistiques sanitaires mondiales 2009*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/fr/index.html>, consulté le 2 septembre 2009).

### Probabilité de décès avant l’âge de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes), rapports nationaux

Nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes avant l’âge de 5 ans. Les chiffres provenant des cellules appropriées des tableaux de vie correspondants, ils constituent par conséquent

des produits dérivés des estimations de l'espérance de vie, soit  $(1 - L_5$  [probabilité de survie avant 5 ans])  $\times 1\ 000$ . Malheureusement, comme certains pays ne peuvent procéder à une déclaration complète des décès et des naissances, les taux de mortalité avant 5 ans calculés à partir de données incomplètes sur la mortalité sont par conséquent inférieurs à la réalité. On fera donc preuve de prudence lors de l'établissement de comparaisons entre les pays. Des niveaux particulièrement élevés de sous-déclaration sont observés dans les pays d'Asie centrale et du Caucase, dans certains pays de l'ex-Yougoslavie et en Albanie.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes), estimations de l'OMS**

Le Siège de l'OMS effectue ces estimations à l'aide de techniques spéciales, et les publie dans les rapports annuels sur la santé dans le monde. Lorsque les statistiques vitales de routine font défaut ou sont incomplètes, les spécialistes ont recours à diverses sources, dont le résultat d'enquêtes. Les estimations sont aussi partiellement harmonisées avec des estimations basées sur des enquêtes et utilisées par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et d'autres organisations. Celles-ci peuvent être nettement différentes des statistiques nationales officielles dans certains pays où la déclaration des décès et des naissances est incomplète.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes), rapports nationaux**

On appelle mortalité maternelle le décès d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours suivant le terme de la grossesse, quelles que soient la durée et sa localisation, imputable à une cause en relation ou aggravée par la grossesse et sa prise en charge, mais pas consécutive à une cause accidentelle ou fortuite (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10) code : O00-O99). Deux sources d'informations sur la mortalité maternelle sont utilisées pour calculer cet indicateur :

- données de routine sur la mortalité par cause communiquée régulièrement à l'OMS (en général, par les bureaux centraux de statistiques) ;
- données hospitalières communiquées aux ministères de la Santé.

Normalement, les chiffres de mortalité maternelle provenant des deux sources doivent être identiques. Si c'est le cas dans la plupart des pays occidentaux, l'on remarquera des divergences à cet égard dans certains pays, surtout dans la partie orientale de la Région européenne de l'OMS et ce, à cause des pratiques nationales en matière d'établissement des certificats de décès et de codage. Dans pareils cas, les données hospitalières sont probablement exactes. Depuis la version de janvier 2001 de la base de données européenne de la Santé pour tous, le taux de mortalité maternelle est calculé à partir des deux sources de données (quand les deux chiffres sont communiqués), et la valeur la plus élevée est dès lors utilisée. Néanmoins, les experts prétendent que, même dans les pays disposant de bons systèmes d'enregistrement à l'état civil, la mortalité maternelle est en fait environ 50 % supérieure par rapport aux statistiques officielles. L'OMS, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population

(FNUAP) ont par conséquent produit des estimations ajustées pour certaines années.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances en vie), estimations OMS/UNICEF/ FNUAP/Banque mondiale**

L’OMS et l’UNICEF, conjointement avec le FNUAP et la Banque mondiale, ont adopté une approche pour évaluer la mortalité maternelle qui tente de produire des estimations pour les pays ne disposant d’aucune donnée et de corriger les données disponibles en cas de sous-déclaration et de classification erronée. Ces estimations peuvent être nettement différentes des statistiques nationales communiquées par les pays à l’OMS. La publication de l’OMS, de l’UNICEF, du FNUAP et de la Banque mondiale sur la mortalité maternelle constitue la source des estimations.

*Source* : *Mortalité maternelle en 2005. Estimations de l’OMS, l’UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 ([http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/9789241596213/fr/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9789241596213/fr/index.html), consulté le 2 septembre 2009).

### **Mortalité périnatale (pour 1 000 naissances)**

Nombre de décès fœtaux spécifiques au poids ( $\geq 1\ 000$  g) et néonataux précoces pour 1 000 naissances (naissances vivantes et mortinaissances). Si des données spécifiques au poids ne sont pas disponibles, l’on utilisera en guise de substitution toute donnée conforme aux critères nationaux.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

## **Tableau 4**

### **Population avec raccordement à un système d’approvisionnement en eau (en % du total)**

Pourcentage basé sur des données provenant de diverses sources. Les définitions et les méthodes d’estimation utilisées peuvent varier grandement d’un pays à l’autre et d’une période à l’autre. Pour davantage d’informations, consulter la base de données européenne de la Santé pour tous.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Population ayant accès à un système hygiénique d’évacuation des eaux usées (en % du total)**

Pourcentage de la population ayant accès à un système d’évacuation des eaux usées, à une fosse sceptique ou tout autre dispositif hygiénique d’évacuation des eaux usées, à partir de données provenant de diverses sources. Les définitions et les méthodes d’estimation utilisées

peuvent varier grandement d'un pays à l'autre et d'une période à l'autre. Pour davantage d'informations, consulter la base de données européenne de la Santé pour tous.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Décès dus à des accidents de travail (pour 100 000 habitants)**

Nombre de décès pour 100 000 habitants imputables à des accidents du travail, à savoir les accidents survenant sur le lieu de travail ou pendant les activités professionnelles qui peuvent provoquer un décès, un traumatisme personnel ou une maladie. L'annuaire des statistiques du travail de l'Organisation internationale du travail est utilisé comme source de données. Si tous les secteurs sont inclus, les accidents survenant lors du trajet pour se rendre sur le lieu de travail et inversement ne sont pas pris en compte. Les définitions et les pratiques de déclaration nationales peuvent varier de manière significative.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Tabagisme quotidien et régulier dans la population âgée $\geq 15$ (en % du total)**

Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui fume régulièrement tous les jours, et évalué à l'aide d'un questionnaire standard pendant un entretien sur la santé réalisé auprès d'un échantillon représentatif de cette population. Beaucoup de pays procèdent régulièrement à des enquêtes par entretiens sur la santé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe utilise de multiples sources à ce sujet pour la base de données de la Santé pour tous. Lorsque les valeurs disponibles différencient les personnes de sexe masculin et féminin, la valeur totale correspond à la moyenne des taux pour chaque sexe. Pour davantage d'informations sur les sources, consulter le site Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://data.euro.who.int/tobacco>).

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Consommation d'alcool pur (litres par habitant)**

Quantité estimée d'éthanol pur sous forme de spiritueux, de vin, de bière et d'autres boissons alcoolisées consommée par habitant dans un pays donné et pendant une année civile donnée. Les valeurs sont calculées à partir des statistiques officielles sur la production locale, les ventes, les importations et les exportations, tenant compte dans la mesure du possible des stocks et de la production domestique. L'alcool pur est estimé à 4,5 % pour la bière et 14 % pour le vin. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe effectue les estimations sur la base de données collectées principalement à partir de ces trois sources :

- les publications sur les tendances mondiales en matière de boisson éditées par la Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (Schiedam, Pays-Bas) ;
- l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) ;
- les homologues nationaux de l'OMS.

Des données supplémentaires sont disponibles dans la base de données consacrée à l'alcool du Bureau régional (<http://data.euro.who.int/alcohol/>) et le Système d'information mondial sur l'alcool et la santé (<http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>) du Siège de l'OMS.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Accidents de la route dus à l'alcoolisme (pour 100 000 habitants)**

Nombre d'accidents de la route impliquant une ou plusieurs personnes sous l'influence de l'alcool pour 100 000 habitants. Il s'agit d'accidents causant des traumatismes personnels, et non des dégâts uniquement matériels. La définition d'accident de la route est conforme à celle du Comité des transports intérieurs de la Commission économique pour l'Europe des Nations Unies (CEE-ONU). Depuis 2002, les statistiques de la CEE-ONU sur les accidents de la route en Europe constituent la source de données.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Décès ou traumatismes dus à des accidents de la route (pour 100 000 habitants)**

Nombre de personnes tuées ou blessées dans des accidents de la route pour 100 000 habitants. Voir aussi la définition ci-dessus. Depuis 2002, les statistiques de la CEE-ONU sur les accidents de la route en Europe constituent la source de données.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Premières admissions dans des centres de désintoxication (pour 100 000 habitants)**

Nombre de personnes pour 100 000 habitants qui ont été admises pour la première fois afin de traiter une maladie liée à la toxicomanie pendant l'année civile.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

## **Tableau 5**

### **Dépenses totales de santé en termes de % du PIB selon les estimations de l'OMS**

Somme des dépenses des pouvoirs publics et du privé dans le domaine de la santé. Les estimations pour cet indicateur ont été produites par l'OMS, qui les a basées autant que possible sur la classification des comptes nationaux de la santé (pour les détails, voir le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* (<http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>)). Les sources comprennent à la fois des données rapportées à l'échelle nationale et des estimations d'organismes internationaux tels que le Fonds monétaire international (FMI), la Banque mondiale, les Nations Unies et l'OCDE, de sorte qu'elles peuvent diverger des statistiques nationales officielles rapportées par les pays.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Dépenses totales de santé par habitant (en dollars internationaux (PPA)) selon les estimations de l'OMS**

Les dépenses des pouvoirs publics pour la santé sont la somme des débours effectués pour le maintien, le rétablissement ou l'amélioration de la santé, payés en espèces ou fournis en nature par des organismes publics tels que le ministère de la Santé, d'autres ministères, des organismes parastataux ou des agences de sécurité sociale (sans double comptabilisation des transferts publics vers la sécurité sociale et des fonds extrabudgétaires). Elles comprennent les revenus de remplacement des ménages versés pour compenser le coût de soins médicaux et les fonds extrabudgétaires destinés à financer les biens et services du secteur de la santé. Ces organismes peuvent tirer leurs revenus de sources multiples, dont des fonds externes. Les dépenses totales de santé comprennent des fonds mobilisés par le système ; c'est la somme des dépenses des pouvoirs publics et des dépenses privées en matière de santé.

Les estimations pour cet indicateur ont été produites par l'OMS, qui les a basées autant que possible sur la classification des comptes nationaux de la santé (pour les détails, voir le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* (<http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>)). Les sources comprennent à la fois des données rapportées à l'échelle nationale et des estimations d'organismes internationaux tels que le FMI, la Banque mondiale, les Nations Unies et l'OCDE, de sorte qu'elles peuvent s'écarter des statistiques nationales officielles communiquées par les pays.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Dépenses des pouvoirs publics en matière de santé en tant que % des dépenses publiques totales**

Les dépenses des pouvoirs publics sont les débours consolidés de tous les niveaux des pouvoirs publics (central/fédéral, provincial/régional/État fédéré/arrondissement, autorités municipales/locales), des organismes de sécurité sociale et des fonds extrabudgétaires, dont les dépenses en capital. Elles sont communiquées par la banque centrale/le ministère des Finances au FMI ou par la Division de la statistique des Nations Unies. Les dépenses des pouvoirs publics pour la santé sont la somme des débours effectués pour le maintien, le rétablissement ou l'amélioration de la santé, payés en espèces ou fournis en nature par des organismes publics tels que le ministère de la Santé, d'autres ministères, des organismes parastataux ou des agences de sécurité sociale (sans double comptabilisation des transferts publics vers la sécurité sociale et des fonds extrabudgétaires). Elles comprennent les revenus de remplacement des ménages versés pour compenser le coût de soins médicaux et les fonds extrabudgétaires destinés à financer les biens et services du secteur de la santé. Ces organismes peuvent tirer leurs revenus de sources multiples, dont des fonds externes.

Les estimations pour cet indicateur ont été produites par l'OMS, qui les a basées autant que possible sur la classification des comptes nationaux de la santé (pour les détails, voir le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* (<http://www.who.int/whr/2006/fr/index.html>)). Les sources comprennent à la fois des données rapportées à l'échelle nationale et des

estimations d'organismes internationaux tels que le FMI, la Banque mondiale, les Nations Unies et l'OCDE, de sorte qu'elles peuvent s'écarter des statistiques nationales officielles communiquées par les pays.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Enfants vaccinés par le DTP3 (%)**

Pourcentage des nourrissons ayant atteint leur premier anniversaire au cours d'une année civile donnée et ayant été intégralement vaccinés contre la diphtérie avec trois doses de vaccin DPT (diphtérie-coqueluche-tétanos) ou DT (diphtérie-tétanos). Les données sont envoyées chaque année au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et y sont disponibles.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Enfants vaccinés contre la rougeole (%)**

Pourcentage d'enfants atteignant leur deuxième anniversaire et ayant été intégralement vaccinés contre la rougeole (une dose). Les données sont envoyées chaque année au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et y sont disponibles.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Personnes percevant des prestations de sécurité sociale ou d'invalidité (pour 100 000 habitants)**

L'intitulé de cet indicateur est suffisamment explicite par lui-même.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Tuberculose sous DOTS, cas détectés (%)**

Le dépistage d'un cas de tuberculose signifie que la maladie est diagnostiquée chez un patient et signalée au système national de surveillance, puis à l'OMS. Le taux de dépistage des cas dans le cadre de la stratégie DOTS de lutte contre la tuberculose est calculé d'après le nombre de cas signalés dans les zones couvertes par un programme DOTS, divisé par le nombre de cas estimés dans tout le pays, exprimé en pourcentage.

Les estimations de l'OMS sur l'incidence et la prévalence de la tuberculose, ainsi que sur les décès dus à cette maladie, sont basées sur un processus consultatif et analytique ; elles sont révisées chaque année pour refléter les nouvelles informations récoltées via la surveillance et les études spécialisées, telles que les enquêtes sur la prévalence de l'infection et de la maladie. Pour obtenir des détails sur les méthodes d'estimation, consulter le site Web du Siège de l'OMS ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2006/methods/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/methods/en/index.html), en anglais).

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Tuberculose sous DOTS, succès des traitements (%)**

Le succès des traitements dans le cadre des programmes DOTS est le pourcentage de nouveaux patients à frottis positif qui sont guéris (négatifs à l'examen d'un frottis d'expectoration), plus le pourcentage qui termine une série de traitements, sans confirmation bactériologique d'une guérison.

Les estimations de l'OMS sur l'incidence et la prévalence de la tuberculose, ainsi que sur les décès dus à cette maladie, sont basées sur un processus consultatif et analytique ; elles sont révisées chaque année pour refléter les nouvelles informations récoltées via la surveillance et les études spécialisées, telles que les enquêtes sur la prévalence de l'infection et de la maladie. Pour obtenir des détails sur les méthodes d'estimation, consulter le site Web du Siège de l'OMS ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2006/methods/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/methods/en/index.html), en anglais).

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

## **Tableau 6**

### **Médecins pour 100 000 habitants**

En 2006, la définition suivante a été harmonisée avec l'office des statistiques des Communautés européennes (EUROSTAT) et l'OCDE. Les médecins (docteurs en médecine), selon la définition de la Classification internationale type de professions (CITP) 88 (code 2221), appliquent des mesures préventives ou curatives ; améliorent ou mettent au point des concepts, des théories et des procédés ; et effectuent des recherches dans le domaine de la médecine et des soins de santé. Les médecins en exercice fournissent des services directement aux patients. Ils ont notamment pour tâche de pratiquer des examens médicaux et de poser des diagnostics ; de prescrire et d'administrer le traitement des maladies, des troubles ou des lésions qu'ils ont diagnostiqués ; d'administrer des traitements spécialisés, médicaux ou chirurgicaux, pour des formes particulières de maladie, de trouble ou de lésion ; et de donner des consultations sur les méthodes et traitements de médecine préventive et d'appliquer ces méthodes et traitements. Le nombre de médecins à la fin de l'année civile comprend :

- les personnes qui ont terminé des études de médecine au niveau universitaire (avec diplôme correspondant) et sont autorisées à pratiquer ;
- les stagiaires et les médecins attachés à un établissement (avec diplôme adéquat et fournissant des services sous la supervision d'autres médecins pendant un stage postuniversitaire dans un établissement de santé) ;
- les médecins salariés et indépendants dispensant des services, quel que soit le lieu où ces services sont fournis ;
- les médecins étrangers autorisés à pratiquer et pratiquant activement dans le pays.

Ce groupe ne comprend pas : les étudiants n'ayant pas encore obtenu leur diplôme, les dentistes et stomatologues/chirurgiens dentistes ; les médecins travaillant dans l'administration, la recherche et d'autres postes excluant un contact direct avec les patients ; les médecins sans emploi et retraités ; et ceux qui exercent en dehors du pays.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Médecins généralistes pour 100 000 habitants**

Les médecins généralistes, auxquels il convient d'ajouter les médecins assistants, comprennent seulement les médecins (de préférence en tant que personnes physiques) travaillant dans des établissements de cure ambulatoire et exerçant des spécialités telles que la médecine générale, familiale et interne. Les généralistes ne limitent pas leur pratique à certaines catégories de maladies, et supportent la responsabilité d'assurer la dispensation de soins médicaux continus et complets ou d'orienter le patient vers un autre thérapeute. Dans la plupart des pays d'Europe de l'Est, le médecin généraliste correspond plus ou moins au « thérapeute de district ».

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Infirmiers pour 100 000 habitants**

Un infirmier est une personne qui a terminé un programme de formation de base en sciences infirmières et possède les qualifications et autorisations nécessaires dans son pays pour pratiquer les sciences infirmières en tout lieu pour la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux malades et la rééducation. La formation de base en sciences infirmières est un programme d'études reconnu officiellement (normalement au moins deux ans, avec niveau universitaire) qui fournit un socle de compétences vaste et solide pour la pratique des sciences infirmières et pour un enseignement plus avancé permettant d'acquérir des aptitudes particulières.

Comme certains pays ont des difficultés à dissocier les statistiques sur les sages-femmes du nombre total de membres du personnel infirmier, il est recommandé que les sages-femmes soient incluses dans la catégorie plus vaste des infirmiers mais que, chaque fois que cela est possible, des statistiques soient aussi communiquées séparément pour les sages-femmes. En outre, il est proposé d'inclure les *feldshers* (assistants de médecins, une catégorie de personnel de santé actif dans certains pays d'Europe de l'Est) dans la catégorie générale des infirmiers.

Le nombre d'infirmiers à la fin de l'année civile comprend uniquement les infirmiers actifs : ceux qui travaillent en hôpital, dans les soins de santé primaires, dans les maisons de soins infirmiers, etc. Le nombre d'infirmiers comprend les infirmiers qualifiés, infirmiers en chef et infirmiers subalternes, les *feldshers*, les sages-femmes et les infirmiers spécialisés. Il ne comprend pas les aides-soignants et autres membres du personnel sans formation reconnue en sciences infirmières.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Dentistes pour 100 000 habitants**

En 2006, la définition suivante a été harmonisée avec EUROSTAT et l'OCDE. Les dentistes, suivant la définition de la CIP 88 (code 2222), appliquent les connaissances acquises en médecine dentaire, améliorent ou mettent au point des concepts, des théories et des procédés, et effectuent des recherches. La dentisterie est la dispensation de soins complets concernant les dents et la cavité buccale, y compris la prévention, le diagnostic et le traitement des anomalies et maladies. Les dentistes en exercice fournissent des services directement aux patients. Ils ont notamment pour tâche de poser des diagnostics, de donner des consultations et d'administrer les traitements nécessaires de médecine dentaire et d'administrer des traitements chirurgicaux, médicaux et autres dans le cas de maladies et d'affections particulières des dents et de la cavité buccale. Le nombre de dentistes à la fin de l'année civile comprend :

- les personnes qui ont terminé des études de dentisterie/stomatologie au niveau universitaire (avec diplôme correspondant) et sont autorisées à pratiquer ;
- les stagiaires (avec diplôme adéquat et fournissant des services sous la supervision d'autres dentistes ou spécialistes en dentisterie pendant leur stage postuniversitaire dans un établissement de santé) ;
- les dentistes salariés et indépendants dispensant des services, quel que soit le lieu où ces services sont fournis ;
- les dentistes étrangers autorisés à pratiquer et pratiquant activement dans le pays.

Il ne comprend pas : les étudiants n'ayant pas encore obtenu leur diplôme, les dentistes travaillant dans l'administration, la recherche et d'autres postes excluant un contact direct avec les patients, les médecins sans emploi et retraités, et ceux qui exercent en dehors du pays.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Pharmaciens pour 100 000 habitants**

En 2006, la définition suivante a été harmonisée avec EUROSTAT et l'OCDE. Suivant la définition de la CIP 88 (code 2224), les pharmaciens appliquent les concepts et les théories de la pharmacologie dans la préparation, la délivrance ou la vente de médicaments. Les pharmaciens en exercice préparent, délivrent ou vendent des médicaments directement aux patients (clients) et fournissent des conseils. Ils ont notamment pour tâche de :

- préparer des médicaments selon les ordonnances des médecins et des dentistes ou selon des formules établies, ou d'en diriger la préparation ;
- vérifier les ordonnances pour s'assurer que les dosages recommandés ne sont pas dépassés et que le patient ou la personne qui administre le médicament a compris la posologie, et donner des conseils sur le risque d'incompatibilité entre certains médicaments ;
- délivrer des médicaments aux hôpitaux ou les vendre dans une officine.

Le nombre de pharmaciens à la fin de l'année civile comprend : les personnes qui ont terminé des études de pharmacologie au niveau universitaire (avec diplôme correspondant) et sont autorisées à pratiquer la pharmacologie, les pharmaciens salariés et indépendants fournissant des services, quel que soit le lieu de la fourniture de ces services, et les pharmaciens étrangers

autorisés à pratiquer la pharmacologie et pratiquant activement dans le pays. Ce nombre ne comprend pas : les étudiants n'ayant pas encore obtenu leur diplôme, les pharmaciens travaillant dans l'administration, dans la recherche et à d'autres postes excluant un contact direct avec les patients (clients), les pharmaciens sans emploi et retraités, et les pharmaciens exerçant en dehors du pays.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Médecins diplômés pour 100 000 habitants**

Nombre d'étudiants diplômés de facultés universitaires de médecine ou d'institutions médicales similaires lors d'une année donnée, pour 100 000 habitants. Seules les personnes éligibles pour pratiquer en tant que médecin sont incluses. Les dentistes, les pharmaciens et les diplômés de facultés de santé publique sont exclus.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Infirmiers diplômés pour 100 000 habitants**

Voir définitions ci-dessus.

### **Dentistes diplômés pour 100 000 habitants**

Voir définitions ci-dessus.

### **Pharmaciens diplômés pour 100 000 habitants**

Voir définitions ci-dessus.

## **Tableau 7**

### **Hôpitaux pour 100 000 habitants**

Un hôpital est un établissement résidentiel possédant des infrastructures destinées à fournir, 24 heures sur 24, des soins médicaux et infirmiers aux patients hospitalisés, et à poser un diagnostic, à soigner et à rééduquer les personnes malades et blessées, généralement à la fois pour des problèmes médicaux et chirurgicaux, et dont le personnel se compose de praticiens de la médecine ayant suivi une formation professionnelle, dont au moins un médecin. L'hôpital peut, mais ne doit pas nécessairement fournir des services en mode ambulatoire. Le terme « hôpital » englobe les hôpitaux généraux, les hôpitaux spécialisés, les hôpitaux dispensant des soins aigus et les hôpitaux de long séjour, mais pas les établissements thermaux, les stations de cure climatique, les sanatoriums, les maisons de soins infirmiers pour handicapés physiques et mentaux, les maisons de retraite (c'est-à-dire les établissements assurant principalement une garde), ni les centres et hôpitaux de jour.

Les variations dans l'interprétation de la signification d'une « maison de soins infirmiers » représentent une importante source de différences, d'un pays à l'autre, concernant le

contenu des données sur les hôpitaux. Dans la mesure du possible, il est recommandé de faire la distinction entre les établissements fournissant à titre principal des soins infirmiers (hôpitaux de soins infirmiers) et ceux qui fournissent principalement des soins d'assistance (maisons de soins infirmiers). Dans le premier cas, l'établissement devrait être comptabilisé comme un hôpital, mais pas dans le second.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Établissements de soins ambulatoires pour 100 000 habitants**

Nombre d'établissements de soins accueillant des patients externes pour 100 000 habitants, y compris tous les établissements fournissant des soins ambulatoires, tels que les départements de médecine ambulatoire des hôpitaux, polycliniques, unités de soins ambulatoires, centres médicaux, postes de soins médicaux, etc., et dont le personnel se compose d'au moins un professionnel de la santé (médecin ou infirmière). Les établissements dispensant uniquement des soins dentaires doivent être exclus.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Lits d'hôpital pour 100 000 habitants**

En 2006, la définition suivante a été harmonisée avec EUROSTAT et l'OCDE. Le total des lits d'hôpital est l'ensemble des lits d'hôpital qui sont dûment entretenus, auxquels sont affectés des membres du personnel et qui sont immédiatement disponibles pour les soins à apporter aux patients admis. Ce terme englobe les lits de tous les hôpitaux (y compris les hôpitaux généraux (HP.1.1 dans la classification du système des comptes de la santé (SCS)), les hôpitaux prenant en charge la santé mentale et la toxicomanie (HP.1.2) et les autres hôpitaux spécialisés (HP.1.3), ainsi que les lits occupés ou non. Ce terme n'englobe pas les tables de chirurgie, les chariots de réanimation, les civières d'urgence, les lits pour traitements d'un jour, les lits pour nourrissons en bonne santé, les lits situés dans des services fermés pour une quelconque raison, les lits provisoires et temporaires et les lits situés dans des établissements de soins infirmiers et de soins dispensés en résidence (HP.2).

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Lits d'hôpital de soins aigus, pour 100 000 habitants**

En 2006, la définition suivante a été harmonisée avec EUROSTAT et l'OCDE. Les lits d'hôpital en soins curatifs (soins aigus) (HP.1) sont des lits d'hôpital disponibles pour des soins curatifs (HC.1 dans la classification SCS, à l'exclusion de la psychiatrie). Ce groupe comprend les lits accueillant des patients pour lesquels la principale intention clinique est de réaliser une ou plusieurs des opérations suivantes : gérer le travail de l'accouchement (obstétrique), soigner les maladies hors maladies mentales ou dispenser un traitement définitif de lésions, effectuer une opération chirurgicale, soulager les symptômes d'une maladie autre que mentale ou d'une lésion (à l'exclusion des soins palliatifs), réduire la gravité d'une maladie, sauf maladie mentale, ou d'une lésion, protéger contre l'aggravation et/ou les complications d'une maladie,

sauf maladie mentale, et/ou d'une lésion pouvant menacer la vie ou les fonctions normales, et appliquer des procédures diagnostiques ou thérapeutiques. Il exclut les lits affectés à d'autres fonctions de soins (tels que les soins psychiatriques, la rééducation, les soins de longue durée et les soins palliatifs), dans les hôpitaux prenant en charge les maladies mentales et la toxicomanie (HP.1.2), pour la rééducation (HC.2) et les soins palliatifs.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Lits d'hôpital psychiatrique pour 100 000 habitants**

En 2006, la définition suivante a été harmonisée avec EUROSTAT et l'OCDE. Les lits d'hôpital pour soins psychiatriques (HP.1) sont des lits d'hôpital accueillant des patients souffrant de troubles de santé mentale (faisant partie de HC.1 dans la classification du SCS). Ce groupe comprend tous les lits des hôpitaux prenant en charge la santé mentale et la toxicomanie (HP.1.2) et ceux des services de psychiatrie des hôpitaux généraux (HP.1.1) et hôpitaux spécialisés (dans d'autres branches que la santé mentale ou la toxicomanie) (HP.1.3). Il exclut les lits affectés aux soins curatifs hors santé mentale (faisant partie de HC.1) ou aux soins infirmiers de longue durée dans les hôpitaux (HC.3), ainsi que les lits consacrés à la rééducation (HC.2) et aux soins palliatifs.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Lits en maisons de soins infirmiers et de retraite pour 100 000 habitants**

Nombre de lits pour 100 000 habitants dans les maisons de soins infirmiers pour personnes présentant une déficience physique ou mentale ayant besoin d'une assistance permanente dans les activités de la vie quotidienne, et dans les maisons de retraite, c'est-à-dire des établissements dispensant principalement des soins d'assistance aux personnes âgées. Même si les maisons de soins infirmiers et les maisons de retraite sont deux types d'établissement distincts dans de nombreux pays, ils dispensent des services pratiquement similaires.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Lits d'hôpitaux privés pour patients internes, en % du total des lits**

Pourcentage de lits n'appartenant pas aux pouvoirs publics centraux ou locaux ou à des établissements de la sécurité sociale, comprenant les lits des établissements privés sans/à but lucratif, et réservés à des patients internes.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Admissions comme patient hospitalisé pour 100 habitants**

Une admission est l'hospitalisation d'un patient dans une unité hospitalière, impliquant normalement un séjour d'au moins 24 heures. En cas de décès ou de transfert dans un autre

établissement de soins, le séjour effectif peut être plus court que 24 heures. Ces cas sont enregistrés comme des hospitalisations d'un jour. La sortie de l'hôpital met fin à une période de soins avec hospitalisation, soit que le/la patient(e) rentre chez lui/elle, soit qu'il/elle est transféré(e) dans une autre unité d'hospitalisation ou décède. Le nombre d'admissions/sorties ne comprend pas les transferts d'un service à un autre dans le même hôpital, les cas de traitement de jour, les sorties du week-end (lorsqu'un patient quitte temporairement l'hôpital et que son lit reste réservé) et les cas où le personnel de l'hôpital dispense un traitement au domicile des patients. Les nouveau-nés ne sont pas pris en compte.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

### **Admissions en hôpital de soins aigus, pour 100 habitants**

Même chose que plus haut, sauf que seuls les hôpitaux de court séjour sont pris en considération.

*Source* : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consulté le 2 septembre 2009).

**Il importe particulièrement d'investir dans la santé et les systèmes de santé lorsque les temps sont difficiles, comme en cette période de grave crise économique et de grippe pandémique H1N1 2009. Face à ces problèmes, les gouvernements et les responsables politiques ont besoin d'informations actualisées, précises, comparables et conviviales.**

**Quelles étaient les tendances observées dans les indicateurs de la santé publique au cours de ces quatre dernières années ? Quels facteurs influencent la santé et quels sont les défis pour l'avenir ? Comment les systèmes de santé peuvent-ils contribuer à l'amélioration de la santé des populations de la Région européenne de l'OMS ? En répondant à ces questions, ce rapport présente les réformes de grande ampleur entreprises par les pays afin de renforcer la performance de quatre fonctions fondamentales des systèmes de santé : la prestation de services, l'obtention de ressources, le financement et la fonction de direction (*stewardship*).**

**Ce rapport présente des informations essentielles de santé publique afin d'aider les pays à opter pour des investissements judicieux. Il doit encourager la mise en œuvre efficace de réformes et de politiques dans le domaine des systèmes de santé, et contribuer à l'amélioration de la performance des systèmes de santé nationaux de manière à dispenser des soins efficaces, axés sur les patients et de haute qualité. L'annexe reprend certaines des données utilisées dans l'analyse.**



### Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

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

#### États membres

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

Organisation mondiale de la santé  
Bureau régional de l'Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Danemark  
Tél. : +45 39 17 17 17  
Fax : +45 39 17 18 18  
Courriel : [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Site Web : [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

