

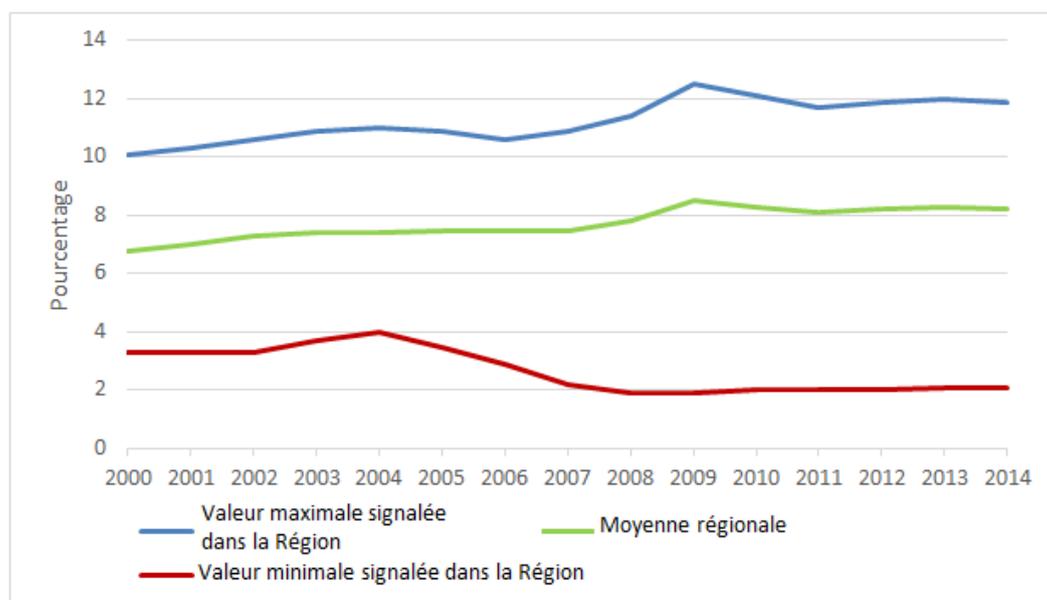
Progresser vers la couverture sanitaire universelle, lutter contre les inégalités en matière de santé et améliorer le bien-être des populations européennes

La couverture sanitaire universelle

La couverture sanitaire universelle consiste à garantir que les services de santé essentiels sont accessibles à tous et que les paiements à la charge des patients sont maintenus à des niveaux acceptables. L'un des trois objectifs stratégiques de l'OMS au titre de son Treizième Programme général de travail 2019-2023 est d'étendre la couverture sanitaire universelle à 1 milliard de personnes supplémentaires. La concrétisation de la couverture sanitaire universelle permettra de protéger les personnes et les familles et de disposer de systèmes de santé mieux à même de répondre aux défis nouveaux et grandissants, comme la résistance aux antibiotiques, qui occasionne de plus longs séjours en hôpital, des coûts médicaux plus élevés et une augmentation de la mortalité.

Dans la Région européenne, les dépenses de santé représentent en moyenne environ 8 % du produit intérieur brut (PIB), un chiffre qui n'a quasiment pas évolué depuis 2010. Il existe des variations considérables d'un pays à l'autre (jusqu'à 10 points de pourcentage), et cet écart inter pays n'a fait que se creuser depuis l'an 2000.

Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB (selon les estimations de l'OMS)



Source : base de données de la Santé pour tous du Portail européen d'information sanitaire de l'OMS [site Web]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>, consulté le 19 août 2018).

En outre, on constate une forte corrélation entre les dépenses publiques de santé d'un pays et les paiements à la charge de ses citoyens. Les citoyens des pays qui présentent de faibles niveaux de dépenses publiques de santé ont généralement à leur charge de plus lourdes dépenses, ce qui induit des difficultés financières pour les ménages et des issues défavorables pour la santé.

Il ressort des analyses que lorsque la part des dépenses à la charge des patients est inférieure à 15 % des dépenses totales de santé, très peu de ménages sont confrontés à des niveaux de dépenses de santé excessifs ou ruineux. Malheureusement, dans la plupart des 53 pays de la Région, la part des dépenses à la charge des patients dépasse ce seuil. Toutefois, cette part varie considérablement d'un pays à l'autre et oscille entre 5 % environ et 72 %.

Les indicateurs qui témoignent des progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle incluent notamment le recul des taux de mortalité maternelle et la progression des taux de traitement efficace des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire, et ces deux phénomènes ont été constatés de manière frappante dans la Région. Cependant, ces deux indicateurs diffèrent sensiblement d'un État membre à l'autre.

La lutte contre les inégalités en matière de santé

Les déterminants sociaux de la santé, notamment les facteurs politiques, sociaux, économiques, institutionnels et environnementaux, conditionnent les modes de vie au quotidien et contribuent à la santé, au bien-être ou à la survenue de maladies tout au long de la vie d'une personne. La présence d'inégalités en santé traduit une répartition inique des résultats en matière de santé et de bien-être dans les pays ou les différents groupes de population. Toutefois, la mise en œuvre de politiques nationales visant à combattre les inégalités dans le domaine sanitaire par l'amélioration des déterminants sociaux de la santé pourrait engendrer une amélioration globale de la santé et du bien-être de toute la population.

Sur les 53 pays de la Région européenne, 42 ont adopté des stratégies pour lutter contre les inégalités. Cependant, les différences absolues relevées entre certains pays au regard d'indicateurs spécifiques restent considérables et requièrent une action ambitieuse dans certains cas.

Mortalité infantile

La mortalité infantile et maternelle est au nombre des indicateurs les plus importants lors de l'évaluation de la situation sanitaire d'un pays. Depuis 2010, les taux de mortalité infantile dans la Région européenne ont chuté de 1,4 % par an et, de manière générale, la Région est en bonne voie pour atteindre la cible 3.2 des objectifs de développement durable qui vise à « ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus » d'ici 2030.

Enseignement primaire

Entre 2010 et 2015, la proportion globale des enfants en âge de fréquenter l'école primaire non scolarisés a reculé de 2,6 à 2,3 % dans la Région européenne. Cependant, des variations importantes sont constatées d'un État membre à l'autre de la Région, cette proportion oscillant entre 0,1 et 10,1 %.

Enseignement secondaire

Dans la Région européenne, le pourcentage moyen de la population adulte ayant au moins terminé le cycle de l'enseignement secondaire reste quasiment inchangé (près de 50 %). Cependant, il existe de profonds écarts entre les pays : selon les chiffres communiqués, la part la plus élevée de la population adulte ayant au moins terminé le cycle de l'enseignement secondaire est supérieure à 80 %, contre 34 % pour la part la moins élevée.

Consommation des ménages

Dans la Région européenne, on a constaté une augmentation progressive de la moyenne régionale des dépenses de consommation finale des ménages par habitant, qui atteint le montant le plus élevé enregistré depuis 2000 (15 120 dollars des États-Unis).

Inégalités en matière de revenus

La moyenne régionale des inégalités en matière de revenus dans la Région européenne a légèrement reculé.

Chômage

Entre 2010 et 2015, le taux de chômage moyen dans la Région européenne a faiblement baissé (- 0,2 %). Cependant, des variations importantes sont observées entre les taux de chômage enregistrés d'un point à l'autre de la Région, qui oscillent entre 0,5 % et plus de 26 %.

L'amélioration du bien-être des populations de la Région européenne

Si la notion d'« amélioration du bien-être » peut être mesurée au moyen de certains indicateurs objectifs, elle est aussi influencée par des valeurs et des facteurs culturels, par des traditions et par des croyances. Aussi, elle doit également être évaluée à l'aide d'indicateurs qualitatifs, conjugués à des expériences subjectives de bien-être.

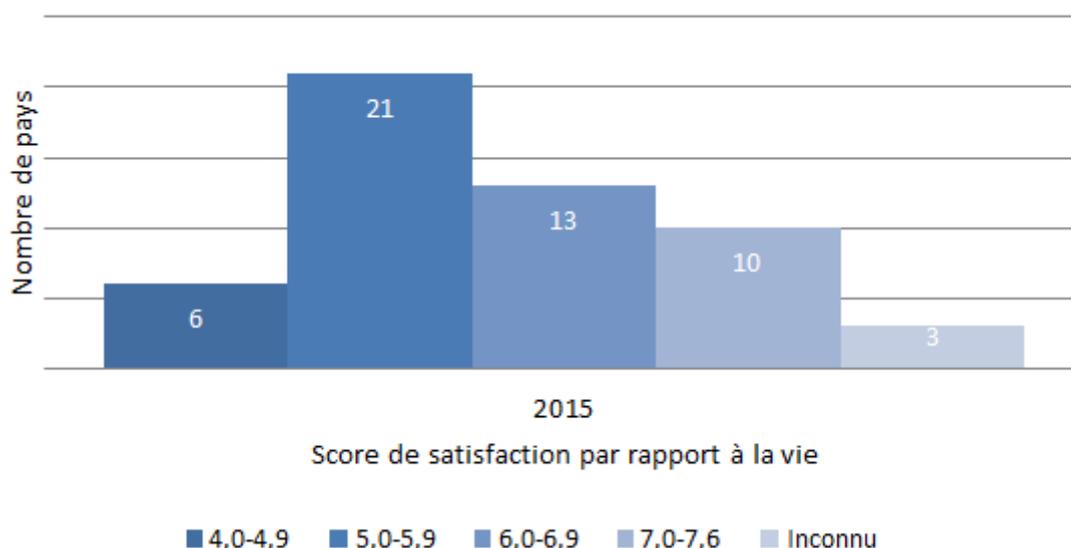
L'amélioration du bien-être contribue à une meilleure santé physique et mentale, à une meilleure productivité au travail et, par conséquent, à la meilleure santé de l'économie. C'est pourquoi il conviendra de poursuivre l'élaboration, le suivi et la mise en œuvre attentifs de politiques et de stratégies en faveur du bien-être dans la Région européenne.

Satisfaction à l'égard de la vie

Un seul facteur subjectif a fait l'objet d'une notification dans toute la Région européenne : la satisfaction à l'égard de la vie. Ce facteur a été déterminé par la réponse à la question : « À quel point êtes-vous satisfait/e de votre vie ces temps-ci ? », sur une échelle de 0 (peu satisfait/e) à 10 (très satisfait/e).

Dans la Région européenne, la satisfaction à l'égard de la vie s'élevait à 6, mais les différences selon les États membres étaient prononcées : certains des États membres affichaient un résultat inférieur ou égal à 5 quand d'autres présentaient des résultats parmi les plus élevés au monde, jusqu'à 7,6.

Satisfaction globale par rapport à la vie, 2015



Source: UNDP Human Development Reports. Human Development Index (HDI) [site Web]. New York: United Nations Development Programme; 2016 (<http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>).

Liens sociaux

Bien qu'il reste relativement élevé, le niveau de soutien social et de liens sociaux dans la Région européenne (un des indicateurs qui permettent de mesurer objectivement le bien-être) a baissé : en 2013, 86 % des personnes âgées de 50 ans ou plus ont rapporté pouvoir compter sur des membres de leur famille ou des amis en cas problème, contre 81 % en 2015. En outre, il existe un écart profond entre les États membres de la Région qui présentent les meilleurs résultats en matière de liens sociaux et ceux qui enregistrent les plus faibles, ces proportions oscillant entre 43 et 95 %.

Personnes vivant seules

Selon la base de données Eurostat, qui comporte des données relatives à 34 pays de la Région européenne, le pourcentage des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant seules a augmenté de 1 % entre 2010 et 2016, les femmes représentant une part plus importante des adultes vivant seuls (près de 39 %) par rapport aux hommes (plus de 20 %).

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à l'adresse : <http://www.euro.who.int/en/ehr2018>