



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
COPENHAGUE

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE
Cinquante et unième session, Madrid, 10 – 13 septembre 2001

Point 7 a) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC51/7
+ EUR/RC51/Conf.Doc./4
19 juillet 2001
10101M
ORIGINAL: ANGLAIS

LE RAPPORT SUR LA SANTÉ EN EUROPE

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Par sa résolution EUR/RC49/R10, il a été demandé au directeur régional de faire rapport au Comité régional, à sa cinquante et unième session, sur la situation sanitaire dans la Région.

Le présent document contient les résultats préliminaires de la surveillance de la Santé pour tous et résume les tendances les plus importantes dans la Région européenne sur la base des données disponibles.

Le Comité régional est invité à formuler des observations sur ces résultats préliminaires en vue de l'établissement du rapport final sur la santé en Europe, qui présentera une analyse plus détaillée de la situation dans la Région.

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

SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Introduction.....	1
La situation sanitaire dans la Région européenne de l’OMS	1
Espérance de vie et mortalité	1
La charge de morbidité	2
Maladies transmissibles.....	2
Maladies non transmissibles	3
Santé mentale	3
Accidents	4
La santé dans les différents groupes de la population	4
Santé des enfants	4
Santé des adolescents.....	5
Santé des femmes	5
Vieillesse et santé.....	6
Les grands déterminants de la santé.....	6
Inégalités socioéconomiques	6
Modes de vie.....	7
Nutrition	7
Activité physique	7
Tabac.....	7
Alcool.....	8
Drogues	8
Environnement.....	9
Qualité de l’air et santé.....	9
Hygiène des aliments et santé	9
Eau et santé.....	9
Rayonnements ionisants et santé	9
Systèmes de santé.....	10
Politiques en matière de systèmes de santé	10
Organisation et gestion	10
Financement.....	10
Amélioration de la qualité	11
Produits pharmaceutiques.....	11
Droits des patients.....	11
Prestation des services de santé	11
Tendances en matière de réforme des systèmes de santé.....	12
Politiques globales en matière de santé.....	13
Conclusion	13

INTRODUCTION

1. La Région européenne de l'OMS comprend certains des pays les plus riches du monde, mais aussi des pays extrêmement pauvres. Malheureusement, un plus grand nombre de pays de la Région figurent parmi les « moins bien lotis » qu'il y a 10 ans. En 1999, le produit intérieur brut (PIB) par habitant allait de 255 dollars des États-Unis à plus 41 000 dollars. La situation se dégrade à mesure que l'on se dirige vers l'est. Ce sont les pays d'Europe centrale et orientale (PECO) et les nouveaux États indépendants (NEI) qui ont enregistré la plus grave détérioration au cours de la décennie écoulée. La pauvreté définie en fonction du revenu, qui ne touchait auparavant qu'une faible partie de leur population, est maintenant le lot d'une importante partie de celle-ci dans certains de ces pays. Par ailleurs, dans la plupart des pays les plus riches, la répartition de la richesse est loin d'être équitable et il existe des poches de pauvreté.

2. En outre, au cours des années 90, plusieurs États membres de la Région ont connu des crises graves dues à des conflits armés. L'éclatement violent de l'ex-Yougoslavie constitue à cet égard l'exemple le plus affligeant : pendant les hostilités, plus de 200 000 personnes ont perdu la vie de 1992 à 1996, le nombre de blessés se compte par centaines de milliers et plus de 4 millions d'individus ont dû quitter leur foyer. Les migrations internes et internationales qui en ont résulté ont posé d'importants problèmes de santé.

3. L'objet du présent document est de résumer les tendances les plus importantes dans la Région, en utilisant les données disponibles, même si celles-ci ne sont pas totalement exactes, complètes et comparables. Des informations beaucoup plus détaillées figureront dans le prochain rapport sur la santé en Europe. Les deux documents recourent aux groupements traditionnels de pays, à savoir l'Europe occidentale (pays développés à économie de marché faisant ou non partie de l'Union européenne), nouveaux États indépendants ou NEI (15 États issus de la dissolution de l'Union soviétique) et pays d'Europe centrale et orientale ou PECO (12 pays précédemment à économie planifiée)¹. Il est reconnu que ces groupements manquent souvent de pertinence, eu égard au caractère hétérogène des situations des différents pays. La question des groupements sous-régionaux devra être examinée en vue de l'établissement des rapports futurs.

4. Le rapport met l'accent sur les écarts croissants entre les situations sanitaires des différents pays de la Région européenne, qui sont mis en évidence par plusieurs indicateurs de santé. Il souligne également le rôle important joué par des déterminants socioéconomiques de la santé dans la création de ces écarts. Il est plus que jamais essentiel que chaque État membre et les pays européens dans leur ensemble adoptent une démarche solidaire et multisectorielle dans le domaine de la santé.

LA SITUATION SANITAIRE DANS LA RÉGION EUROPÉENNE DE L'OMS

Espérance de vie et mortalité

5. Au cours des dernières décennies du XX^e siècle, il s'est produit une accentuation du gradient de mortalité est-ouest et de l'écart d'espérance de vie entre les personnes qui vivent dans les parties respectivement orientale et occidentale de la Région européenne de l'OMS. Tous les pays de la partie occidentale ont bénéficié d'une augmentation constante de l'espérance de vie. Dans les pays de l'Union européenne, l'augmentation moyenne a été d'environ quatre années de 1970 à 1995, aux âges de 15 et 65 ans ainsi qu'à la naissance. En 1970, l'espérance de vie à la naissance était en moyenne similaire dans la partie orientale de la Région, mais un écart est apparu entre les PECO et les pays de l'UE, qui a atteint environ cinq ans en 1990 et six ans vers 1999. L'écart entre les pays de l'UE et les NEI est plus important encore (six et dix ans, respectivement). Les NEI ont enregistré d'importantes fluctuations d'espérance de

¹ Ces groupements visent principalement à permettre des comparaisons valables entre tendances similaires (en particulier pour la mortalité parmi les 15 nouveaux États indépendants). Comme ces tendances évoluent, il faudra réexaminer la question des groupements sous-régionaux.

vie et, en particulier, une forte baisse de 1986 à 1994. Les chiffres les plus récents, bien qu'ils se situent encore au-dessous des valeurs de 1970, témoignent d'une amélioration de la situation. Les tendances sont similaires pour les hommes et les femmes, si ce n'est que ces dernières vivent plus longtemps. Cependant, l'écart d'espérance de vie hommes-femmes est beaucoup plus important dans les NEI (plus de 10 ans en moyenne) et les PECO (environ 7,5 ans) que dans l'UE (environ 6 ans). Selon les informations les plus récentes, 25 pays de la Région ont déjà atteint une espérance de vie à la naissance supérieure à 75 ans, tandis que 12 restent au-dessous de 70 ans.

6. Selon les données disponibles au niveau sous-national, il semble que les différences régionales au sein des pays soient plus importantes dans la partie orientale de la Région. Par exemple, l'écart entre les chiffres les plus élevés et les plus bas relatifs à l'espérance de vie entre comtés de Suède est environ de deux ans, alors qu'entre districts (oblasts) de Fédération de Russie, il atteint jusqu'à 15 ans.

7. Une analyse de la mortalité en Europe par âge et par sexe montre que les différences les plus importantes entre l'UE et les NEI concernent la mortalité de la population âgée de 25 à 34 ans. Avec l'âge, l'écart diminue progressivement. La mortalité dans le groupe d'âge des 15 à 64 ans représente 7,5 ans (58%) de l'écart global est-ouest (12,8 ans) pour l'espérance de vie des hommes. Il ressort d'une analyse de l'évolution de la mortalité pendant la période de baisse de l'espérance de vie jusqu'en 1994 et l'amélioration qui a suivi de 1995 à 1997, que ces changements résultaient principalement de fluctuations des taux de mortalité due à des causes externes et aux maladies cardiovasculaires parmi les adultes d'âge mûr.

LA CHARGE DE MORBIDITÉ

Maladies transmissibles

8. Dans les pays d'Europe occidentale, il s'est produit une baisse constante ou une stabilisation de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies transmissibles. Dans la partie orientale de la Région, la situation est loin d'être satisfaisante. Les PECO ont enregistré une légère augmentation de la morbidité et de la mortalité au cours des années 90, tandis que des augmentations parfois spectaculaires ont été observées dans les NEI. Selon les données disponibles les plus récentes, la situation a commencé à s'améliorer à la fin de la décennie.

9. La réapparition de la diphtérie a provoqué une énorme épidémie qui touche les NEI depuis 1990, un certain nombre de cas ayant également été enregistrés dans d'autres pays européens. L'épidémie de diphtérie est maintenant endiguée et l'incidence de cette maladie est revenue au niveau antérieur à l'épidémie dans la plupart des pays.

10. Le paludisme épidémique, qui avait pratiquement été éliminé en Europe dans les années 80, a de nouveau touché certains pays de la Région depuis 1990. En 1997, 76 996 cas ont été notifiés en Azerbaïdjan, au Tadjikistan, en Turquie et, dans une moindre mesure, en Arménie et au Turkménistan, tandis qu'un certain nombre de cas importés ont été observés dans d'autres pays. Actuellement, le paludisme a pris des proportions épidémiques en Géorgie et en Ouzbékistan. Depuis 1996, la tendance a été à la baisse (32 724 cas en 2000).

11. La campagne d'éradication de la poliomyélite de l'OMS a été mise en œuvre avec succès. Aucun cas d'infection par le poliovirus sauvage n'a été constaté dans la Région depuis deux ans. Deux cas se sont produits récemment en Bulgarie, ce qui indique que, dans certains groupes vulnérables non vaccinés, le virus importé demeure une menace. Une bonne surveillance de la part des autorités locales a permis une action rapide.

12. Le but mondial du Programme élargi de vaccination de l'OMS – à savoir une réduction de 95% de la mortalité due à la rougeole – a été atteint.

13. La tuberculose et l'infection à VIH et le sida posent de graves problèmes. Dans les pays d'Europe occidentale, l'incidence du sida a commencé à baisser, notamment en raison de l'efficacité de la thérapie antirétrovirale, qui retarde l'apparition de la maladie parmi les séropositifs. Une inquiétante augmentation de la propagation de l'infection à VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles a été observée dans les NEI au cours de ces dernières années. En 1999, plus de 370 000 nouveaux cas de tuberculose ont été détectés dans la Région, ce qui représente le chiffre le plus élevé enregistré au cours des deux dernières décennies. La plupart de ces cas ont été observés dans les PECO et les NEI. En outre, la tuberculose résistante à plusieurs médicaments, qui est plus difficile et environ cent fois plus coûteuse à traiter, se répand dans la Région. Les épidémies de tuberculose dans les prisons et le lien entre la tuberculose et l'infection à VIH sont également préoccupants.

Maladies non transmissibles

14. Les maladies non transmissibles représentent la principale charge de morbidité dans l'ensemble de la Région. Les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques constituent les principaux problèmes de santé. En 1990, le nombre d'années de vie en bonne santé (calculé en fonction des années de vie ajustées sur l'incapacité) perdues à cause des maladies transmissibles a représenté 73% de l'ensemble des années de vie en bonne santé perdues dans les anciens pays socialistes et 82% dans les pays développés à économie de marché. On estime que d'ici à 2020, ces proportions pourraient atteindre 80% et 84%, respectivement.

15. Les maladies cardiovasculaires sont responsables d'environ la moitié de tous les décès en Europe, les chiffres extrêmes allant de 35% dans certains pays de l'UE à 60% dans certains PECO et NEI. La mortalité cardiovasculaire représente plus de la moitié de l'écart d'espérance de vie est-ouest. Les taux moyens de mortalité par maladies cardiovasculaires pour 100 000 habitants de moins de 65 ans étaient similaires (environ 100) en 1970, mais ils se situent aujourd'hui à environ 50 en Europe occidentale, 106 dans les PECO et 240 dans les NEI. Cependant, l'intérêt de ces chiffres à des fins de comparaison entre pays ou groupes de pays est limité dans une certaine mesure par les différences entre les façons d'établir les causes de décès. Par exemple, comme il en a été question dans le dernier rapport sur la santé en Europe (1997)², une partie de l'excédent de mortalité cardiovasculaire parmi les hommes dans certains pays d'Europe orientale pourrait en fait être attribuée à des intoxications alcooliques.

16. Le cancer engendre près d'un cinquième des décès, proportion qui va de 10% dans certains pays de la partie orientale de la Région à environ 30% dans certains pays d'Europe occidentale. Le taux moyen de mortalité par cancer chez les personnes âgées de 0 à 64 ans est de 80 pour 100 000 habitants dans l'UE, 106 dans les PECO et 101 dans les NEI. En Europe occidentale, ce taux a baissé et se situe maintenant à un niveau inférieur de 13% à celui de 1980. La plupart des PECO ont enregistré une augmentation jusqu'en 1990, suivie d'une stabilisation et même d'une légère baisse depuis 1995. Dans les NEI, une évolution semblable est observée. Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, la mortalité par cancer est plus élevée dans la partie occidentale de la Région que dans le reste de celle-ci.

17. En raison du vieillissement de la population, d'autres maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les troubles de l'appareil locomoteur, représentent des problèmes de santé de plus en plus importants. Le diabète touche de 20 à 25 millions de personnes en Europe. Les données relatives à la mortalité due à cette maladie mettent en évidence une stabilité ou des tendances à la baisse dans les pays de l'UE et les PECO, mais une augmentation dans certains NEI.

Santé mentale

18. L'ampleur de la charge de morbidité représentée par les troubles mentaux est généralement sous-estimée. Ces derniers, qui vont du stress à la psychose grave, en passant par la dépression et la névrose, sont les pathologies les plus répandues dans tous les pays. La proportion de la population souffrant de

² *La santé en Europe 1997 : rapport sur la troisième évaluation des progrès accomplis vers la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS (1996-1997)*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 83).

troubles mentaux graves, telle qu'elle est enregistrée et communiquée par les pays, varie de moins de 1% à 6%, la plupart des pays se trouvant dans une fourchette allant de 1 à 3%. Cependant, des troubles moins graves, souvent non enregistrés, sont beaucoup plus courants.

19. Selon des estimations du programme sur la charge mondiale de morbidité, les troubles mentaux et neurologiques ont représenté 11% des années de vie en bonne santé perdues à cause de l'ensemble des maladies et traumatismes en 1999. À elle seule, la dépression a représenté 4,1% du total, se plaçant ainsi en quatrième position parmi les causes de la charge de morbidité. On s'attend à ce qu'elle devienne la deuxième cause d'années de vie en bonne santé perdues d'ici 2020, après les cardiopathies ischémiques. La dépression a des effets invalidants considérables et entraîne en outre une mortalité accrue. Si les taux de mortalité due au suicide et aux blessures de son propre fait baissent lentement en moyenne dans les pays de l'UE et les PECO, dans les NEI en revanche, après une forte baisse pendant la période 1984–1986, il s'est produit une augmentation de 1990 à 1995.

20. Les causes et les effets des troubles mentaux varient en fonction de facteurs sociaux et économiques. En Europe orientale, il existe un lien entre les problèmes de santé mentale et la baisse de l'espérance de vie au cours de la décennie écoulée qui doit être mis en rapport avec les changements économiques et sociaux qui se sont produits dans la même période. En particulier, des données indiquent l'existence d'un rapport entre une situation défavorisée sur le plan socioéconomique et la prévalence de la dépression.

21. La qualité des soins de santé mentale varie considérablement dans les différents pays de la Région européenne. De très grands hôpitaux psychiatriques existent encore dans les pays de la partie orientale de la Région, tandis que les pays d'Europe occidentale donnent la préférence aux traitements dans le cadre de vie normal du patient. Cependant, ce dernier modèle s'est également heurté à des problèmes, tels que le manque d'accessibilité des professionnels et le fait que la population n'accepte pas toujours bien les personnes atteintes de troubles mentaux.

Accidents

22. Les accidents, les autres causes de traumatisme et les intoxications sont à l'origine d'environ un dixième de la mortalité totale (environ 6% et 12% en moyenne, respectivement, dans les parties occidentale et orientale de la Région). Les causes extérieures de décès sont les principales causes de mortalité dans les groupes d'âge jeunes et représentent par conséquent une importante proportion des décès prématurés. En moyenne, le taux standardisé de mortalité due à des causes extérieures en 1999 était inférieur à 40 pour 100 000 habitants dans l'Union européenne (soit une réduction de plus de 30% par rapport à 1980). De 1980 à 1992, les PECO ont enregistré un taux de mortalité moyen pour les causes extérieures de décès d'environ 80 pour 100 000 habitants, mais ce taux a baissé régulièrement, pour atteindre 65 pour 100 000 habitants en 1999. Dans les NEI, on a assisté en moyenne à une baisse considérable, puisque le taux a été ramené de 140 à 92 pour 100 000 habitants de 1980 à 1987, mais ce taux a fortement augmenté par la suite, pour atteindre 188 en 1994. Depuis lors, la situation s'est améliorée, mais le chiffre moyen se situe toujours au-dessus du niveau de 1980.

La santé dans les différents groupes de la population

Santé des enfants

23. Les chances qu'un enfant de naître en bonne santé et d'être vivant un an après sa naissance ne sont pas les mêmes dans l'ensemble de la Région. Dans les pays d'Europe occidentale, les taux de mortalité infantile sont remarquablement bas. Il existe cependant des inégalités importantes entre les groupes sociaux. Dans la partie orientale de la Région, les taux de mortalité infantile ont baissé régulièrement au cours des deux dernières décennies mais ils sont encore élevés par comparaison avec les pays d'Europe occidentale. Selon les données officielles communiquées le plus récemment, six pays de la Région ont encore des taux de mortalité infantile supérieurs à 20 pour 1000 naissances vivantes (mais d'autres sources signalent des taux plus élevés, dans un plus grand nombre de pays), tandis que 30 pays enregistrent des taux inférieurs à 10 pour 1000. Les grossesses non désirées et les grossesses d'ado-

lescentes figurent parmi les principaux facteurs de risque de mortalité infantile tant en Europe occidentale que dans la partie orientale de la Région.

24. Il existe également d'importantes inégalités en ce qui concerne la probabilité de mourir avant l'âge de cinq ans : les chiffres vont de moins de 5 à plus de 50 pour 1000, avec des moyennes de 6 pour 1000 dans l'UE, de 15 pour 1000 dans les PECO et de 26 pour 1000 dans les NEI. Des enfants meurent encore de maladies qui peuvent être prévenues ou guéries. Dans de nombreux pays, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës sont responsables d'une proportion importante de la morbidité et de la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. La mortalité des enfants de moins de cinq ans due à des accidents et à d'autres causes extérieures baisse fortement dans la plupart des pays de la Région, mais dans certains NEI, les taux sont encore plusieurs fois plus élevés que la moyenne européenne.

25. La pauvreté et la précarité représentent d'importants déterminants de la santé des enfants. À cet égard, les facteurs principaux sont l'agitation sociale et les conflits armés, qui ont touché plusieurs pays de la Région. Un autre facteur important est constitué par l'inégalité en ce qui concerne la fourniture et la qualité des services périnataux et postnataux entre pays et dans les pays.

Santé des adolescents

26. Les accidents représentent la principale cause de mortalité parmi les adolescents. Les taux de mortalité due aux causes extérieures dans le groupe des 5-19 ans ont baissé dans la plupart des pays européens, mais semblent se stabiliser aux alentours de 28-29 pour 100 000 habitants dans les NEI.

27. Les taux de grossesses d'adolescentes dans la plupart des pays européens vont de 12 à 25 pour 1000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans, mais ils sont beaucoup plus élevés dans certains pays. Des augmentations des taux de grossesses d'adolescentes ont été observés dans certains pays en ce qui concerne des jeunes filles qui avaient à peine 12 et 13 ans. Ces grossesses non désirées débouchent souvent sur des avortements dangereux, qui ont de graves conséquences pour les adolescentes.

28. Les autres questions prioritaires en matière de santé des adolescents sont notamment la consommation de drogues illicites, l'abus d'alcool et le tabagisme. En particulier, la consommation d'alcool et le tabagisme par les adolescents a augmenté dans de nombreux pays, ce qui indique les limites des politiques actuelles dirigées vers les jeunes.

Santé des femmes

29. Les taux de mortalité maternelle présentent des variations considérables. Dans les pays d'Europe occidentale, les taux sont devenus très bas et se sont stabilisés à environ 5-6 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la décennie écoulée. Dans les PECO et les NEI, les taux de mortalité maternelle moyens étaient d'environ 40-50 pour 100 000 jusqu'en 1990. Depuis lors, les taux ont baissé dans les PECO, pour atteindre environ 15 pour 100 000, tandis que la baisse a été beaucoup plus lente dans les NEI, où la moyenne actuelle est de 35 décès pour 100 000 naissances vivantes.

30. La santé des femmes ne concerne pas uniquement des pathologies liées à la fonction reproductive mais englobe tous les aspects du vécu physique et affectif des femmes pendant l'ensemble de leur existence. Dans les PECO et les NEI, une décennie de transition s'est traduite par un retour en arrière en ce qui concerne la santé des femmes, un accroissement des disparités en matière de morbidité et de mortalité dans les pays et entre les pays, et une réduction de la fécondité des femmes. La santé des femmes confrontées à la guerre et réfugiées a été plus compromise encore.

31. La violence contre les femmes prend des formes multiples : violences domestiques, viols, agressions sexuelles, abus sexuels sur des enfants, trafics, prostitution et harcèlement sexuel. Dans l'ensemble de la Région, de 20 à 50% des femmes ont été victimes d'un de ces types d'actes de violence ou de plusieurs. Les immigrées et les réfugiées sont particulièrement vulnérables à cet égard et leur situation doit faire l'objet d'une attention spéciale.

Vieillesse et santé

32. Dix-huit des 20 pays du monde où le pourcentage de personnes âgées dans la population est le plus élevé se situent dans la Région européenne de l'OMS. Dans ces pays, de 13,2 à 17,9% de la population ont plus de 65 ans.

33. L'espérance de vie à l'âge de 65 ans augmente régulièrement dans les pays de l'Union européenne, où elle a atteint en moyenne plus de 18 ans (soit un gain de 2,5 années depuis 1980). L'augmentation a été beaucoup plus lente dans les PECO, où la moyenne était d'environ 15 ans en 1999 (un gain de moins d'une année depuis 1980). Dans les NEI, la situation s'est détériorée depuis 1990 et la moyenne était de 14 années en 1999 (soit une baisse d'une demi-année depuis 1980). Les données disponibles pour certains pays d'Europe occidentale donnent à penser que l'augmentation de l'espérance de vie à l'âge de 65 ans ne va pas de pair avec une augmentation de la période caractérisée par des incapacités graves. L'écart en faveur des femmes en ce qui concerne l'espérance de vie à l'âge de 65 ans reste stable, se situant à 3 ou 4 années en moyenne dans la Région.

34. Dans presque tous les pays européens, les cancers et les maladies cardiovasculaires sont ensemble à l'origine de deux tiers des décès des personnes âgées de 65 à 74 ans et de la moitié des décès des personnes de plus de 75 ans. Les accidents représentent également une cause importante d'incapacité et de décès pour ce groupe d'âge.

35. Dans l'ensemble de l'Europe, il est de plus en plus largement reconnu que certaines personnes âgées sont victimes d'actes de violence physique commis par les personnes qui prennent soin d'elles, à leur domicile ou dans des établissements collectifs, ainsi que de différents types de mauvais traitements, d'exploitation et de défaut de soins. Au stade actuel, les chercheurs s'emploient à définir l'ampleur du problème et à recenser les facteurs de risque.

LES GRANDS DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

36. Il est maintenant traditionnel de passer en revue une longue liste de déterminants de la santé, tels que les facteurs génétiques et individuels, les modes de vie, l'environnement et la disponibilité et l'efficacité des services de santé. Les grandes différences de situations sanitaires observées d'un pays à l'autre et entre groupes d'un même pays ont mis en évidence le fait que tous ces déterminants sont liés à des facteurs sociaux et économiques qui se trouvent au centre du développement politique et du développement de la société.

Inégalités socioéconomiques

37. La pauvreté – qu'on la définisse en fonction du revenu, du niveau socioéconomique, des conditions de vie ou du niveau d'instruction – est l'un des principaux déterminants des problèmes de santé. Elle se traduit par une augmentation des risques personnels et environnementaux, une plus grande malnutrition, un moindre accès aux informations et aux connaissances, et une aptitude réduite à bénéficier de soins de santé. Les problèmes de santé et la pauvreté forment un cercle vicieux, étant donné que les problèmes de santé engendrent la pauvreté, en provoquant une baisse de la productivité, une diminution du revenu et une détérioration de la qualité de la vie. Certains pays indiquent encore qu'un grand nombre de leurs citoyens doivent vivre avec moins de 2 dollars par jour. Cependant, la pauvreté relative représente elle aussi un grave problème dans la Région, où environ 165 millions de personnes vivent au-dessous du seuil de pauvreté.

38. Les effets des inégalités socioéconomiques sur la santé des populations dépassent le domaine de la pauvreté. Les données disponibles montrent que des écarts de santé entre pays et entre groupes sociaux dans les pays sont liés non seulement au niveau du revenu mais également à des inégalités dans la répartition des revenus. Il ressort d'une analyse des inégalités de santé dans les pays de la Région européenne que les disparités en matière de mortalité selon le niveau social se présentent clairement sous

la forme d'un gradient : les taux de mortalité sont d'autant plus élevés que le groupe considéré se trouve plus bas dans la hiérarchie sociale. Il est préoccupant de constater que l'ampleur des effets de ces disparités socioéconomiques sur la mortalité augmente dans la partie orientale de la Région. Dans une large mesure, l'évolution de l'espérance de vie observée dans les PECO et les NEI peut être liée à une augmentation de la pauvreté et des inégalités de revenu.

39. La pauvreté et un niveau économique inférieur sont liés à la propagation de maladies telles que la tuberculose et l'infection à VIH et le sida, à la mortalité maternelle et infantile, à la progression de l'épidémie de tabagisme et au risque de vivre dans un environnement insalubre. Il est donc essentiel de mettre en œuvre des stratégies de lutte contre la pauvreté et les inégalités socioéconomiques, afin d'améliorer la santé et de réduire le manque d'équité en matière de santé.

Modes de vie

Nutrition

40. La charge de morbidité attribuable à une alimentation inappropriée est plus importante qu'on ne le pense souvent. Selon une analyse préliminaire, 4,5% des années de vie sans incapacité perdues dans les pays de l'Union européenne le sont à cause d'une mauvaise alimentation et, en outre, 3,7% des années perdues le sont à cause de l'obésité. Les principaux problèmes de santé liés à la nutrition sont un allaitement maternel insuffisant (qui présente des variations importantes selon les pays), la surcharge pondérale et l'obésité (qui augmente rapidement dans tous les groupes d'âge), le diabète non insulino-dépendant (qui touche environ 4% de la population dans la plupart des pays), une consommation excessive de graisse et une absorption insuffisante de fruits et de légumes, et des carences en iode et en fer. Cependant, les problèmes fondamentaux sont ici encore i) une pauvreté absolue et relative, en particulier parmi les chômeurs et les personnes âgées, qui ne disposent que de ressources limitées pour acheter des aliments et ii) une production et une distribution non viables d'aliments.

Activité physique

41. Alors que, précédemment, les recommandations mettaient l'accent sur des exercices aérobiques vigoureux ininterrompus pour se maintenir en forme, des données récentes montrent qu'une activité quotidienne intermittente modérée permet également de retirer des bénéfices sur le plan de la santé. On estime que l'élimination de l'inactivité physique se traduirait par une réduction de 15 à 39% des cardiopathies coronaires, de 33% des accidents vasculaires cérébraux, de 12% de l'hypertension, de 12–35% des cas de diabète, de 22–33% des cancers du côlon, de 5–12% des cancers du sein, de 18% des fractures dues à l'ostéoporose, etc.

42. Seuls quelques pays européens procèdent à une surveillance régulière de l'activité physique de la population. Une étude portant sur les 15 pays de l'Union européenne montre qu'environ 57% de la population ne sont pas suffisamment actifs pour retirer des bénéfices en matière de santé. Les chiffres vont de 32% (Suède) à 83% (Portugal).

Tabac

43. Chaque année, la consommation de tabac est la cause de 1,2 million de morts (soit 14% de l'ensemble des décès). L'Europe orientale est la plus touchée. Faute de mettre en place, d'ici 2020, des mesures plus strictes de lutte contre le tabagisme, le tabac pourrait être à l'origine, chaque année, de plus de 2 millions de morts dans la Région.

44. En Europe, dans la première moitié des années 80, quelque 40% d'hommes adultes fumaient chaque jour, et le pourcentage des femmes et des jeunes qui fumaient était en hausse dans la plupart des pays. Vers la fin de 1999, le pourcentage des plus de 15 ans qui fumaient chaque jour variait entre 14% et 48%. Environ un tiers des hommes dans la partie occidentale de la Région fumaient, tandis qu'un autre tiers étaient d'anciens fumeurs. Dans plusieurs pays de la partie orientale de la Région, le taux de tabagisme chez les hommes dépassait 50%. Dans la plupart des pays, la prévalence du tabagisme chez les

femmes est inférieure d'au moins 15%. Elle s'est stabilisée dans la partie occidentale de la Région mais a augmenté dans les pays méditerranéens.

45. Chez les jeunes, le tabagisme est un comportement bien établi, dont peu de signes annonce le recul ; bien au contraire, le tabagisme est en augmentation dans nombre de pays. Selon l'étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (Health Behaviour of school-aged Children), qui portait sur 24 pays européens, peu de changements ont été notés entre l'enquête de 1993/1994 et celle de 1997/1998. Entre les pays, les différences de comportement liées au sexe sont particulièrement sensibles : dans tous les PECO, on a constaté que les taux de tabagisme chez les garçons de plus de 15 ans étaient plus élevés que chez les filles, alors que, dans la plupart des pays d'Europe occidentale, ce sont les filles qui ont tendance à fumer plus que les garçons.

46. Les variations de la mortalité due au cancer de la trachée, des bronches et des poumons constituent un bon marqueur de tendances en ce qui concerne la prévalence du tabagisme et ses conséquences pour la santé. Chez les hommes, le taux de mortalité standard a augmenté dans toute l'Europe jusqu'en 1990 environ. Depuis, il s'est stabilisé ou a décliné dans la plupart des pays de la Région. De 1994 à 1998, le taux annuel moyen pour 100 000 habitants est passé de 83 à 73 dans les NEI et de 73 à 69 dans les pays de l'UE, tandis qu'il se stabilisait autour de 88 dans les PECO. Cette tendance correspond aux changements observés dans la prévalence du tabagisme. Chez les femmes, le taux de mortalité a augmenté tant dans les pays de l'UE que dans les PECO.

Alcool

47. Chaque année, plus de 55 000 jeunes Européens meurent par suite d'une consommation excessive d'alcool : en Europe, chez les hommes de 15 à 29 ans, un décès sur quatre a un rapport avec l'alcool. Dans la Région, environ 9% de la charge de morbidité totale est imputable à l'alcool, qui augmente le risque de cirrhose du foie, de maladies cardio-vasculaires, d'attaques cérébrales, de cancers, de troubles mentaux et autres maladies. De plus, entre 40% et 60% de tous les décès intervenant à la suite de blessures sont attribuables à l'alcool. La consommation d'alcool, et en particulier l'intoxication alcoolique aiguë, semble expliquer une proportion importante des disparités que l'on observe entre les pays de l'UE et les PECO/NEI en ce qui concerne la mortalité chez les jeunes adultes. La Région a la plus forte consommation moyenne d'alcool enregistrée du monde : 7,3 litres d'alcool par personne en 1998. Si l'on y ajoute la consommation qui échappe aux recensements, cela porte cette moyenne, pour certains pays, à quelque 20 litres par personne.

48. La consommation excessive d'alcool augmente les risques de problèmes familiaux, professionnels et sociaux. Le rapport entre l'alcool et la délinquance est complexe, il n'en demeure pas moins que l'alcool est directement ou indirectement impliqué dans divers types de violence, d'actes de délinquance, d'homicides et de suicides. L'alcool représente un coût énorme pour la société, qui provient de la protection sociale, des services de santé, des coûts liés à l'application des lois relatives à la consommation d'alcool et à la détention des contrevenants, ainsi que les coûts imputables à des pertes de production. Le coût total de l'alcool pour la société se situe entre 1% et 3% du produit intérieur brut d'un pays.

49. Les pays d'Europe occidentale ont, d'une manière générale, adopté des politiques de lutte contre l'alcoolisme plus strictes, faisant baisser le niveau de consommation et diminuer les dommages imputables à l'alcool, dans une plus large mesure que ne l'ont fait bien des pays des parties centrale et orientale de la Région. Onze pays d'Europe occidentale, quatre PECO et trois NEI ont adopté des politiques de limitation de la consommation d'alcool plus restrictives.

Drogues

50. En Europe, la situation en matière de toxicomanie continue de se dégrader. Dans les pays d'Europe occidentale, la consommation de cannabis est répandue chez les jeunes, la consommation de stimulants de type amphétamine et de cocaïne ainsi que la polytoxicomanie continuent d'augmenter tandis que la consommation d'opiacées (héroïne) se stabilise. Plus on va vers l'est, plus le tableau devient préoccupant, en particulier la hausse visible dans plusieurs PECO de la consommation d'opiacées par injection et

l'augmentation très rapide de cette pratique dans la plupart des NEI. Parallèlement, les NEI connaissent une très grave épidémie d'infection à VIH. Le partage d'aiguilles et de seringues contaminées est l'une des principales causes de la propagation rapide de l'infection. La prévalence de l'hépatite chez les toxicomanes est également très élevée – jusqu'à 60% et plus. La comorbidité psychiatrique est fortement corrélée à la consommation de drogues dans de nombreux groupes de populations. Certaines études montrent que la prévalence de dépressions graves peut être trois fois plus élevée parmi des toxicomanes que dans le reste de la population.

Environnement

51. Les effets sur la santé humaine de facteurs dangereux pour l'environnement ont été, au cours des 20 dernières années, un motif croissant d'inquiétude pour les populations de l'Europe. Les mécanismes qui sous-tendent les conséquences pour la santé des populations des impacts subis par l'environnement sont d'une nature complexe. L'expérience a montré que les effets de l'hygiène de l'environnement ne peuvent être améliorés que dans un contexte de développement durable, grâce à une collaboration entre les autorités compétentes et les parties prenantes. Les paragraphes qui suivent présentent brièvement la situation actuelle dans la Région en ce qui concerne les principaux domaines d'hygiène de l'environnement.

Qualité de l'air et santé

52. Des études récentes révèlent que des effets nocifs se produisent effectivement lorsque l'on atteint des niveaux de pollution tels que ceux couramment relevés en Europe. C'est ainsi que, chaque année, les particules de matière en suspension dans l'air sont la cause de 100 000 à 300 000 morts, tandis que la fumée de tabac pourrait être à l'origine de 5000 à 10 000 décès imputables à des maladies cardiovasculaires, de 1000 décès par cancer du poumon chez les non-fumeurs, et de 500 000 cas d'infection des voies respiratoires basses chez les enfants dans les pays de l'Union européenne.

Hygiène des aliments et santé

53. De nombreux pays ont observé une augmentation importante des cas de contamination bactérienne des aliments. Depuis 1996, les pays de l'Union européenne et la Norvège surveillent la présence de résidus de pesticides dans les fruits et légumes. En 1998, les niveaux de concentrations relevés dépassaient les valeurs recommandées dans 3,1% de l'ensemble des échantillons analysés. Un peu moins d'une centaine de personnes sont mortes d'une infection due à l'agent de l'encéphalopathie spongiforme bovine. (Plus de 180 000 cas d'ESB ont été notifiés chez des bovins au Royaume-Uni, et 1674 cas, dans le reste de l'Europe.)

Eau et santé

54. Plus de 700 épidémies de maladies véhiculées par l'eau ont été rapportées dans 19 pays, chacune ayant, en moyenne, touché 220 personnes. Toutefois, les incidents épidémiques signalés se différencient non seulement par leur incidence mais également dans la manière dont ils avaient été détectés, étudiés et notifiés. Huit pays estiment que la contamination de l'eau par les pesticides est un grave problème pour la qualité de l'eau de boisson, et plusieurs pays ont signalé de fortes concentrations de nitrate dans l'eau de boisson, susceptibles d'affecter les nourrissons et les jeunes enfants.

Rayonnements ionisants et santé

55. La charge de morbidité de l'exposition à la radioactivité ambiante peut être assez importante chez certaines populations. C'est ainsi que le radon dans les habitations peut être à l'origine de doses annuelles supérieures à la limite de dose recommandée pour les expositions professionnelles.

56. Peu d'émissions de rayonnements ionisants ont été signalées comme faisant suite à des accidents survenus dans des centrales nucléaires, des sites d'essais d'armements ou des sites d'entreposage de déchets nucléaires. Des augmentations de cas de leucémie ont été attribuées à l'accident de Kystym en Fédération de Russie, et 1800 cas de cancer de la thyroïde, à l'accident de Tchernobyl, survenu en 1986. L'exposition à des sources de rayonnements ionisants est souvent associée à un effet psychosocial. Outre

les cas de cancer de la thyroïde qu'il a induits, l'accident de Tchernobyl a eu des conséquences importantes sur la santé en termes d'effets psychosociaux.

SYSTÈMES DE SANTÉ

57. La performance d'un système de santé est étroitement liée à la façon dont il est conçu, financé et géré, ainsi qu'au montant en valeur absolue des ressources financières disponibles. Les pays de la Région européenne ont adopté des approches différentes pour la conception et la gestion de leurs systèmes de santé respectifs. C'est ainsi qu'on peut noter d'importantes différences dans la méthode de financement (laquelle a des incidences sur l'accès, l'équité et la maîtrise des coûts), dans le degré de centralisation, l'importance relative donnée à la prévention et au traitement ou aux soins primaires, secondaires et tertiaires, de même que dans l'importance accordée à l'évaluation et aux droits du patient. Le travail de l'OMS dans ce secteur vise à aider les États membres à comprendre comment ils peuvent mesurer la performance de leur propre système de santé, définir les facteurs déterminant le niveau de performance, et améliorer leur système de manière à mieux répondre aux besoins de la population.

Politiques en matière de systèmes de santé

Organisation et gestion

58. La question de l'organisation et de la gestion du système de santé fait partie des toutes premières priorités des États membres, qui doivent répondre à des demandes croissantes en faveur de soins de santé plus nombreux et de meilleure qualité avec des ressources stables voire en régression. Dans ce domaine, l'expérience de ces dernières années amène à faire deux observations. La première est que les politiques de marché appliquées aux systèmes de santé, et notamment des mesures telles que la privatisation, le recours à des systèmes de remboursement avec participation financière des usagers ou rémunération à l'acte, la mise en concurrence des prestataires ou des acheteurs, ainsi que des formes avancées de décentralisation ont montré leurs limites, en termes d'incidence sur l'équité et de capacité à réaliser les gains d'efficacité attendus. La seconde est que la convergence de différents systèmes de santé, que certains avaient annoncée, ne s'est pas encore réalisée. Nombre de problèmes sont communs à tous les systèmes, quelques solutions techniques sont très populaires, mais les grandes fonctions des systèmes de santé en Europe ne semblent pas évoluer vers un modèle unique. Au contraire, on continue de tester différentes solutions dans toute la Région, ce qui enrichit la base d'informations sur l'efficacité des diverses approches que les États membres peuvent adopter pour améliorer leur propre système de santé en tenant compte de leurs besoins, de leurs ressources, de l'expérience et de l'environnement socioculturel.

Financement

59. L'idée d'un «financement équitable» des systèmes de santé étend la notion d'équité pour ouvrir celle d'une répartition de la charge de financement entre toute la population. Elle englobe le concept de protection contre le risque financier, autrement dit l'idée que devoir payer des soins de santé ne devrait pas appauvrir les familles.

60. Plusieurs études sur l'équité du financement des systèmes de santé en Europe occidentale ont montré que la source principale de financement, les recettes fiscales générales, sont peut-être la source la plus équitable, suivie de près par l'assurance sociale. Les assurances maladies volontaires (en général, privées) et, bien entendu, les paiements directs (sur le revenu personnel) semblent moins équitables. Or tous les systèmes de santé reposent sur l'association d'au moins deux de ces sources, toutefois, et l'incidence sur l'équité de l'une de ces sources dépend des institutions particulières qui régissent cette association dans un pays donné.

61. Les caractéristiques en termes d'équité des diverses méthodes de financement appliquées dans les pays d'Europe occidentale ne pourraient pas nécessairement être reproduites dans les PECO et les NEI, où les niveaux de recouvrement des impôts sont bien plus faibles. Dans ces pays, l'une des conséquences

est l'augmentation importante des paiements directs, qui touchent davantage les ménages à faibles revenus. Il semble que, dans beaucoup de pays traversant une période de transition économique et sociale, le financement des frais de santé soit devenu moins équitable depuis le début des années 90.

Amélioration de la qualité

62. Améliorer la qualité suppose de viser à la fois un degré d'excellence et la réduction des inégalités en matière de dispensation de soins de santé. La principale méthode pour y parvenir est de faire en sorte que, dans la pratique quotidienne, les décisions soient étayées par des données probantes et à tous les niveaux. Pour améliorer les résultats au niveau de la santé, il faut qu'une évaluation systématique des techniques soit en place, dont les conclusions doivent être traduites dans les faits dans le cadre de politiques appropriées. Au niveau clinique, des modèles sont désormais disponibles dans les États membres, et leur application dans la pratique est en cours. La difficulté est de promouvoir l'amélioration de la qualité au niveau du système au moyen de politiques, de réglementations, d'accréditations, etc. Les principales difficultés en matière d'amélioration de la qualité consistent à rassembler les parties prenantes au sein d'une stratégie commune et à prendre des décisions concernant les grandes orientations en l'absence de données probantes suffisantes. La plupart des programmes d'amélioration de la qualité en Europe continuent de fonctionner comme des entités isolées et non comme des éléments faisant partie intégrante d'un système cohérent. D'une manière générale, le processus visant à l'amélioration de la qualité et le processus d'évaluation des technologies de la santé sont insuffisamment intégrés. L'amélioration de la qualité dépendra de l'application dans la pratique de trois principes directeurs : le processus doit reposer sur des connaissances, être systématisé et axé sur le patient.

Produits pharmaceutiques

63. Trop de patients en Europe ne bénéficient toujours pas pleinement des traitements médicamenteux existants, et ce parce que les soignants et les usagers ne possèdent pas les connaissances et les ressources financières suffisantes. Dans la partie orientale de la Région, les contrefaçons et les ventes sans autorisation de médicaments sont courantes, de même que l'application insuffisante des législations et des règlements sur les médicaments. La mauvaise qualité des produits vient encore ajouter au problème. Dans la Région, les dépenses en médicaments par habitant vont de 10 dollars dans plusieurs NEI à plus de 350 dollars en Europe occidentale. Dans les pays les plus pauvres, les médicaments sont en grande partie payés directement par les patients. En d'autres termes, les patients les plus malades et les plus pauvres éprouvent les plus grandes difficultés à recevoir le traitement qui leur conviendrait.

Droits des patients

64. Depuis 1993, pas moins de 14 pays européens ont promulgué des lois sur les droits des patients ou adopté une charte du patient. La Déclaration européenne de l'OMS sur la promotion des droits des patients date de 1994, et le réseau européen sur les droits des patients et la participation des citoyens a été instaurée en 1997. L'obstacle le plus important à l'application de la législation sur les droits du patient est peut-être le manque de connaissances des professionnels de la santé sur la question.

Prestation des services de santé

65. La raison d'être des systèmes de prestation des services de santé est de traduire, dans la pratique, les politiques sanitaires en soins de santé prodigués à l'individu ou à la population (promotion de la santé, prévention des maladies, diagnostic et traitement, soins palliatifs et services d'accompagnement). Ces systèmes sont soumis à des transformations dues à des changements démographiques, aux revendications croissantes de populations mieux informées, au besoin d'équité et d'accessibilité reconnu par la plupart des gouvernements, aux nouvelles technologies biomédicales et aux nouvelles techniques de communication, ainsi qu'à la nécessité de maîtriser le coût des services de santé. En Europe orientale, ces systèmes se heurtent, en outre, à des problèmes restés longtemps sans réponse, tels que la surcapacité en lits d'hôpitaux et les effectifs hospitaliers excédentaires, la durée excessive d'hospitalisation, l'inefficacité des infrastructures et des équipements, et la faible motivation et la formation insuffisante du personnel de santé.

66. On manque de données pertinentes, au niveau international, sur les services ambulatoires. Pour les soins aux malades hospitalisés, on note avant tout une convergence frappante en ce qui concerne les taux d'admission dans l'ensemble de l'Europe, autour de 18 hospitalisations par an pour 100 habitants. Il y a environ dix ans, les écarts étaient tout à fait considérables, mais les taux des NEI ont rapidement chuté, tandis que ceux de l'UE et des PECO ont augmenté légèrement mais régulièrement. Parallèlement, le nombre de lits d'hôpitaux a diminué dans tous les pays – très sensiblement dans les NEI, et de façon spectaculaire dans les républiques d'Asie centrale. La durée moyenne des séjours à l'hôpital a diminué dans tous les pays (dans l'UE, par exemple, elle est passée de 14 jours en 1990 à 10 jours en 1997).

67. Les changements en cours dans les NEI sont également perceptibles dans la réduction du nombre annuel de diplômés dans le secteur des soins, en particulier les pharmaciens et les infirmières. Toutefois, le nombre moyen de médecins dans les PECO est bas par comparaison avec l'UE, et le nombre moyen de médecins dans les PECO est faible par rapport à la moyenne de l'Union européenne ; par ailleurs, la baisse progressive du nombre de diplômés en médecine est préoccupante. Le nombre de dentistes dans maints pays d'Europe orientale, tant dans les PECO que dans les NEI, est environ deux fois moins élevé que dans l'UE.

68. La prestation de services de santé doit s'adapter aux réformes des soins de santé dans chaque pays. Les trois principaux objectifs étant : i) de privilégier les soins de santé primaires ; ii) de fournir des services efficaces ; iii) d'augmenter la satisfaction des patients. Il faudrait que le débat soit centré sur la nécessité morale impérieuse de maintenir l'équité et la solidarité, en considérant la santé et les soins comme un droit social, nécessité qui s'oppose à celle de maîtriser et de réduire les dépenses. La difficulté tient à ce que, bien que les faits démontrent qu'il soit plus rentable d'investir pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, les services de santé restent perçus, par la population et donc par les responsables politiques, comme une priorité.

Tendances en matière de réforme des systèmes de santé

69. Le *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000*³ distingue quatre fonctions assurées par les systèmes de santé : prestation de services ; financement des services ; création des ressources humaines et matérielles ; et gestion des ressources et exercice des pouvoirs confiés au système. Il y a donc quatre grandes tendances dans la réforme des systèmes de santé.

70. Premièrement, les pays s'efforcent d'établir un meilleur **équilibre entre durabilité et solidarité dans le cadre du financement**. La plupart des pays d'Europe occidentale maintiennent des niveaux relativement élevés de solidarité en matière de collecte et de mise en commun des ressources financières. Les PECO et les NEI sont également résolument en faveur de la solidarité en matière financière, mais les problèmes liés à la durabilité économique et à l'instauration de nouveaux régimes d'assurance ont conduit, de fait, à rendre moins accessibles et abordables les services de santé.

71. Deuxièmement, la **stratégie d'achat** est de plus en plus utilisée comme un moyen d'allouer les ressources aux prestataires pour faire en sorte d'augmenter au maximum les gains pour la santé. Dans les pays où les services de santé sont financés sur le budget national, cela se traduit par une séparation des fonctions entre prestataires et acheteurs. Dans les pays ayant un système d'assurance sociale, les assurances abandonnent peu à peu le système de remboursement passif au profit de services d'achat dynamiques et opèrent une sélection des prestataires sur la base de critères d'efficacité par rapport au coût. Les mécanismes d'adjudication et les règlements en fonction de la performance sont devenus les éléments centraux d'un régime d'achat efficace.

72. Troisièmement, les pays ont adopté des stratégies visant à **augmenter l'efficacité de la prestation des services de santé**, notamment en décentralisant la gestion des prestataires, en restructurant les services hospitaliers avec, de plus en plus, une possibilité de substitution entre différents niveaux de soins ; en

³ *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.

renforçant les services de soins de santé primaires fondés sur le modèle « généraliste »; en augmentant les possibilités de choix pour le patient et la participation du patient aux services de santé ; et en améliorant les résultats grâce à une évaluation des technologies et des plans d'amélioration de la qualité.

73. Quatrièmement, les données en provenance des pays européens montrent que **l'efficacité de la fonction de direction exercée par les gouvernements**, qui suppose le pouvoir d'élaborer la politique de santé, la mise en place d'une réglementation appropriée et un bon système d'information, est essentielle pour mener à bien le travail de réforme des systèmes de santé.

POLITIQUES GLOBALES EN MATIÈRE DE SANTÉ

74. D'un peu partout parviennent des signes indiquant qu'il est nécessaire de renoncer à une vision étroite des soins de santé pour mettre plus largement la santé de la population au cœur des préoccupations, afin d'adopter une approche intégrée de la question de la santé et du développement.

75. En 1984, les États membres de la Région européenne de l'OMS ont adopté la première politique commune de la Santé pour tous en Europe. Il était convenu qu'ils élaboreraient, aux niveaux national, régional et local, des politiques de santé intersectorielles fondées sur les principes de l'équité et de la participation au processus décisionnel. Cette politique d'envergure européenne a été révisée en 1991 puis à nouveau en 1998. Elle a été accueillie très diversement. En 1990, la moitié des États membres d'alors avaient établi des documents définissant une politique intersectorielle. En fait, seul un petit nombre de pays ont véritablement tenté d'élaborer des politiques axées sur les résultats, tandis que d'autres ne voyaient guère l'utilité de cette approche. Dans la plupart des cas, les politiques de santé publique ont été définies parallèlement aux politiques régissant les soins de santé, et quasi-indépendamment de ces dernières, qui bénéficiaient de la plus grande attention. Au début des années 90, l'adoption de mesures de réforme des soins de santé a occupé le devant de la scène, principalement parce qu'était perçue la nécessité de limiter le coût croissant des soins de santé. On ne dispose, en particulier, que de peu d'informations sur les liens établis entre les réformes de la politique de santé et celles des soins de santé, ni sur la façon dont la réforme des soins de santé affecte l'équité dans ce domaine. En dehors de trois ou quatre études menées en Europe occidentale, on ne dispose d'aucun travail évaluant les résultats des politiques mises en place.

76. Avec la dégradation de la situation sanitaire dans les PECO et les NEI, et la reconnaissance par l'OMS, l'Union européenne et la Banque mondiale des effets de la pauvreté sur la santé, on s'intéresse, à nouveau, depuis le milieu des années 90 aux déterminants de la santé. Dès 1998, il était tout à fait évident qu'il fallait élaborer une politique de santé pour examiner les causes des inégalités en matière de santé.

77. La place croissante accordée à l'évaluation des effets sanitaires laisse espérer l'instauration de rapports différents entre le secteur de la santé et d'autres secteurs. Des pays tels que les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède ont acquis une précieuse expérience dans ce domaine. Cette tendance devrait encore s'affirmer puisque l'Union européenne, sur la base de l'article 152 du Traité de Maastricht, met actuellement au point un outil d'évaluation de l'impact que ses propres politiques ont en matière de santé.

78. S'agissant des NEI, on ne peut pas encore dire clairement si l'élaboration de cadres politiques nationaux a eu une incidence sur les négociations avec les organisations d'investissement. À mesure qu'augmenteront les compétences nationales en matière d'élaboration des politiques et de gestion, ces pays devraient être plus à même de décider de leur avenir, même lorsque des institutions ou des donateurs puissants continuent de se présenter avec leur propre programme.

CONCLUSION

79. Une fracture est-ouest s'est ouverte au sein de la Région européenne de l'OMS, s'accompagnant d'une dégradation de la situation sanitaire à l'est. Dans certains PECO et NEI, l'abaissement de l'espérance de vie et la diminution du taux de natalité se traduisent par une croissance démographique

négative. Compte tenu de la Déclaration mondiale sur la santé adoptée en 1998, et de l'attachement qu'elle marquait au principe du meilleur état de santé que chacun peut atteindre, il est difficile de se pencher sur de telles disparités en matière économique et sanitaire autrement qu'en termes de droits de l'homme.

80. Un niveau d'engagement plus fort et une action plus vigoureuse s'imposent pour s'attaquer aux déterminants de la santé. Les politiques ayant donné les meilleurs résultats en ce qui concerne le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population sont celles qui abordent la question du développement et de la santé de manière intégrée. Les disparités de revenus, les choix en matière de santé, la protection de l'environnement et l'accès à l'éducation et à l'emploi sont autant de variables qui relèvent de la politique des pouvoirs publics et sur lesquelles il est possible d'intervenir pour améliorer l'état de santé et le bien-être de l'ensemble de la population. Les mesures budgétaires et juridiques sont de puissants instruments de réglementation pour s'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé. Pour appliquer efficacement ces réglementations, tous les secteurs et les organismes intéressés au sein de la société doivent les soutenir mais, avant toute chose, ces réglementations doivent bénéficier du soutien et de la confiance du public. Il est possible de les obtenir en mobilisant la société dans son ensemble, en évaluant toutes les politiques des pouvoirs publics sur l'impact qu'elles sont susceptibles d'avoir sur l'équité en matière de santé et en favorisant un débat éclairé par une communication efficace.