



EUROPE

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

**Bucarest (Roumanie), 12–15 septembre 2005**

Point 6 b) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC55/8  
+EUR/RC55/Conf.Doc./4  
6 juin 2005  
53651  
ORIGINAL : ANGLAIS

**Politique-cadre de la Santé pour tous  
dans la Région européenne de l'OMS :  
version actualisée de 2005**

La Région européenne de l'OMS a approuvé sa première stratégie de la Santé pour tous en 1980. À cette époque, elle s'est également engagée à contrôler régulièrement la mise en œuvre et l'efficacité de cette stratégie. La politique-cadre régionale de la Santé pour tous a fait l'objet de mises à jour en 1991 et en 1998. Le présent document constitue donc la troisième actualisation, suivant les impératifs fixés par le Comité régional.

Sa préparation a commencé au début de l'année 2003. Le Comité régional et le Comité permanent du Comité régional ont supervisé ce processus, contrôlant l'approche, la méthode et l'orientation adoptées par le Bureau régional. Leurs instructions ont été claires : il ne s'agissait pas d'élaborer un nouveau document d'orientation, mais plutôt de revoir la mise à jour précédente et d'exposer à grands traits la pertinence de cette politique par rapport aux besoins actuels des États membres de la Région. Cette mise à jour n'est donc pas une nouvelle politique, mais bien une révision de la version de 1998, la SANTE 21. Elle tient compte des connaissances et de l'expérience acquises depuis. En définitive, elle vise à procurer aux décideurs nationaux une série d'instruments concrets pouvant être utilisés pour veiller au respect et à la mise en application des valeurs de la Santé pour tous dans leurs politiques de santé publique.

La présente version s'inspire d'une étude menée par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et des travaux effectués par de nombreux experts, dont la plupart ont participé à un groupe de travail réuni pour l'occasion. Les 52 États membres de la Région et les grands organismes internationaux partenaires ont également été invités à formuler leurs observations à propos d'une version provisoire qui a pu, pendant quatre mois au début de 2005, être consultée dans les quatre langues de travail de la Région européenne de l'OMS. Au cours de cette période, des commentaires, idées et recommandations très variés ont été présentés au Bureau régional. Nombre de ces suggestions trouvent un écho dans le présent document. D'autres, qui ont un caractère plus général ou dont l'élaboration requiert plus de temps, constitueront le point de départ du processus ouvert de la Santé pour tous, proposé dans cette version actualisée. Ce processus permettra aux pays d'échanger avec les autres États membres des exemples récents, des études de cas et de nouveaux acquis dans le cadre de l'évolution permanente de la politique de la Santé pour tous.



# Sommaire

Paragraphe

1.	Contexte et raison d'être de l'actualisation.....	1–23
1.1.	Raison d'être .....	1–9
1.1.1.	Une obligation et une occasion à saisir .....	2
1.1.2.	Consultation et orientation .....	3–4
1.1.3.	Démarche et méthode .....	5–9
1.2.	Nature de la présente version actualisée : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas .....	10–16
1.3.	Continuité par rapport aux initiatives connexes .....	17–23
1.3.1.	Continuité par rapport à la SANTE 21 .....	17–20
1.3.2.	Cohérence avec d'autres importantes stratégies concernant la politique de santé.....	21–23
2.	L'historique de la Santé pour tous .....	24–32
2.1.	Le mouvement mondial de la Santé pour tous .....	24–27
2.2.	La Santé pour tous dans la Région européenne.....	28–32
3.	Principales caractéristiques d'une politique de Santé pour tous.....	33–51
3.1.	Inspirée par des valeurs .....	34–38
3.2.	La Santé pour tous repose sur une conception large de la santé.....	39–45
3.2.1.	Une conception large au sein du secteur de la santé.....	40–42
3.2.2.	Une conception large qui dépasse le secteur sanitaire.....	43–45
3.3.	Les systèmes de santé considérés comme le cadre de la Santé pour tous .....	46–48
3.4.	La santé dans l'ensemble des politiques.....	49–51
4.	La Santé pour tous dans les pays de la Région européenne de l'OMS.....	52–80
4.1.	Les politiques de la Santé pour tous dans les États membres.....	54–70
4.1.1.	Les politiques nationales et sous-nationales .....	54–55
4.1.2.	Calendriers.....	56
4.1.3.	Continuité et discontinuité de la politique.....	57
4.1.4.	Mise en œuvre de la politique et statut juridique de celle-ci .....	58–65
4.1.5.	Les valeurs.....	66–67
4.1.6.	Buts sanitaires.....	68–70
4.2.	Comment la politique européenne de la Santé pour tous influence-t-elle l'élaboration des politiques de santé nationales ?.....	71–74
4.2.1.	Influence signalée par les pays .....	71
4.2.2.	Traduction de la politique-cadre européenne dans le contexte national .....	72
4.2.3.	Les rôles de la politique européenne de la Santé pour tous dans l'élaboration des politiques de santé nationales .....	73
4.2.4.	Influence au niveau sous-national .....	74
4.3.	Planification du financement, des infrastructures et du suivi des politiques.....	75–76
4.4.	Les politiques nationales de la Santé pour tous ont-elles influé sur la mise en œuvre des initiatives de santé ? .....	77–80
4.4.1.	Peu ou pas d'influence directe.....	77
4.4.2.	Nombreux cas d'influence indirecte sur la mise en œuvre.....	78–79
4.4.3.	Mise en œuvre indépendante de certains éléments.....	80

5.	La gouvernance éthique et les valeurs de la Santé pour tous.....	81–127
5.1.	Introduction.....	81–89
5.1.1.	Valeurs communes.....	81–83
5.1.2.	Les valeurs dans leur contexte politique.....	84
5.1.3.	L’avenir.....	85–89
5.2.	La santé dans le cadre juridique des droits de l’homme.....	90–97
5.2.1.	Le droit à la santé.....	90–91
5.2.2.	Le contexte large des droits de l’homme.....	92–97
5.3.	La santé dans le cadre éthique commun : les valeurs de la Santé pour tous.....	98–121
5.3.1.	Équité.....	100–109
5.3.2.	Solidarité.....	110–114
5.3.3.	Participation.....	115–121
5.4.	Gouvernance éthique et reposant sur des valeurs.....	122–127
6.	Une panoplie de la Santé pour tous : des moyens concrets de mettre en œuvre les valeurs de la Santé pour tous.....	128–180
6.1.	Comment les responsables de la politique de santé peuvent-ils mettre en place un cadre de gouvernance éthique ?.....	132–153
	Point 1 – Mettre à profit des obligations : conventions internationales sur les droits de l’homme.....	132–144
	Point 2 – Fixation de buts internationaux : les objectifs du Millénaire pour le développement.....	145–150
	Point 3 – Assurer la participation du public.....	151–153
6.2.	Comment les responsables politiques peuvent-ils incorporer des données à jour dans leur politique de santé ?.....	154–167
	Point 4 – Rassembler des données sanitaires et des connaissances sur la santé.....	155–156
	Point 5 – Mettre en place et gérer des systèmes de surveillance des crises sanitaires.....	157–161
	Point 6 – Surveillance des déterminants de la santé.....	162–167
6.3.	Comment les responsables de l’élaboration de la politique de santé peuvent-ils évaluer la mise en œuvre de valeurs inspirant la politique ?.....	168–174
	Point 7 – Évaluer les performances du système de santé.....	168–170
	Point 8 – Évaluer la qualité : l’accréditation.....	171–174
6.4.	Comment les responsables politiques peuvent-ils rationaliser davantage les politiques et les actions de santé ?.....	175–180
	Point 9 – Faire reposer la politique de santé sur des bases factuelles.....	175–176
	Point 10 – Réaliser des évaluations d’impact sur la santé.....	177–180
7.	Vers la Santé pour tous : points à vérifier.....	181–195
7.1.	La politique nationale soutient-elle les valeurs fondamentales de la Santé pour tous ?.....	183–184
7.2.	La politique reflète-t-elle une vision large de la santé ?.....	185–186
7.3.	Dans quelle mesure le système de santé témoigne-t-il d’une adhésion à la Santé pour tous ?.....	187–192
7.4.	Comment d’autres facteurs influencent-ils l’adoption et la mise en œuvre d’une politique de Santé pour tous ?.....	193–195
7.4.1.	L’analyse du contenu d’une politique de Santé pour tous.....	194
7.4.2.	Analyse du contexte : capacité d’un État membre à absorber, à adopter et à mettre en œuvre une politique de Santé pour tous.....	195
	Conclusion.....	196

## Références

Annexe 1. Comité régional de l’Europe – Principaux documents d’orientation pertinents dans le cadre du processus de la Santé pour tous

## 1. Contexte et raison d'être de l'actualisation

### 1.1. Raison d'être

1. Dès 1980, époque à laquelle elle a lancé sa première stratégie régionale de la Santé pour tous, la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est engagée à procéder à l'actualisation périodique de cette politique. Ces actualisations nécessitent de suivre, d'évaluer, de repenser et de réviser régulièrement la façon dont la Région envisage et met en œuvre sa politique de Santé pour tous.

#### 1.1.1. Une obligation et une occasion à saisir

2. D'une part, la présente actualisation est obligatoire, puisque le Comité régional avait stipulé que l'actualisation suivante de la politique de la Santé pour tous de la Région devrait être présentée en 2005 (1). Par ailleurs, cette obligation est opportune, car il s'agit d'une bonne occasion d'étudier les liens entre le fonctionnement des systèmes de santé, d'une part, et l'éthique et les droits de l'homme, d'autre part. En outre, cette actualisation nous donne la possibilité d'établir une articulation entre des concepts bien établis de l'OMS et de la Santé pour tous et l'élaboration de politiques de santé publique au début du XXI<sup>e</sup> siècle.

#### 1.1.2. Consultation et orientation

3. Le dixième Comité permanent du Comité régional a constamment été associé au réexamen de la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne. Il a orienté la conception, le processus et la méthode de l'actualisation. Il a suggéré que l'éthique du système de santé doit être au cœur de cette actualisation et a approuvé les valeurs fondamentales qui sous-tendent la Santé pour tous et la SANTE 21 : *la politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS*, version 1998 (2). Le Comité permanent a également demandé que l'actualisation tienne compte de la situation politique et économique actuelle et de la nécessité de plus en plus marquée de traduire les valeurs en principes directeurs et en outils pratiques, malgré la grande complexité d'une telle entreprise. Enfin, il a instamment demandé la mise au point du concept de gouvernance éthique, conçu comme un moyen novateur d'établir des liens entre les valeurs et la mise en pratique (3).

4. Le Comité régional a évoqué cette mise à jour lors de deux sessions, avant et pendant sa préparation. À la cinquante-troisième session, les États membres sont convenus que l'actualisation devrait assurer la continuité avec la SANTE 21, tout en tenant compte des connaissances nouvelles et des évolutions récentes, et que l'actualisation devrait fondamentalement mettre l'accent sur des politiques de santé publique axées sur le savoir et sur l'éthique des systèmes de santé (4, 5). Le Comité régional a également approuvé la méthode et la démarche adoptée par le Bureau régional pour l'élaboration de l'actualisation. Ensuite, un rapport d'étape a été remis aux États membres lors de la cinquante-quatrième session (6).

#### 1.1.3. Démarche et méthode

5. Le Bureau régional a également envisagé la présente actualisation comme une occasion à saisir. Il a entamé le processus tôt, pour laisser une place importante à la collaboration et aux consultations avec les États membres. En 2003, lorsque les travaux ont commencé, le Bureau régional a décidé qu'il serait utile d'élaborer le document selon trois axes analytiques. Ceux-ci ont constitué les trois piliers principaux de l'actualisation, chacun d'entre eux répondant à une question essentielle.

### **Premier pilier : comment la politique de la Santé pour tous a-t-elle influencé les politiques élaborées dans les États membres ?**

6. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a répondu à cette question en procédant à une analyse très complète de la politique de la Santé pour tous telle qu'elle a été mise en application dans la Région européenne. Pour ce faire, l'Observatoire a entrepris deux études en 2003. La première donne une vue d'ensemble de l'adoption effective et de l'utilisation des concepts de la Santé pour tous dans les États membres. La seconde étude, qui est toujours en cours à l'heure de la

publication de la présente version actualisée, évalue les expériences des pays en ce qui concerne des programmes axés sur des buts sanitaires et décrit la conception et la mise en œuvre des buts sanitaires nationaux. Certaines des conclusions de ces études sont présentées dans la section 4, intitulée « La Santé pour tous dans les pays de la Région européenne de l'OMS ».

### **Deuxième pilier : quelles sont les valeurs de la Santé pour tous qui sous-tendent et déterminent l'élaboration des politiques ?**

7. Pour permettre de répondre plus facilement à cette question, un groupe de réflexion international a été créé. Il comprend des experts ayant un vaste savoir et une grande expérience de l'élaboration, de l'évaluation et de la mise en œuvre de politiques de santé aux niveaux international, national et sous-national. Les principaux défis se présentant à ce groupe étaient les suivants :

- énoncer et décrire les valeurs qui entrent en ligne de compte dans le processus décisionnel en matière de santé et sont largement acceptées dans toute la Région, en prenant en considération les divers contextes dans lesquels elles s'inscrivent ;
- formuler une définition de ces valeurs communes pour mieux les comprendre sur le plan pragmatique et éthique ;
- établir un lien entre ces valeurs et les facteurs qui déterminent les politiques et mesures sanitaires ;
- examiner le cadre légal international (instruments internationaux des droits de l'homme tels que conventions, déclarations et traités) de ces valeurs ;
- formuler une conception de la gouvernance éthique en matière de santé qui soit un moyen de mettre en pratique ces valeurs.

Leurs conclusions sont présentées à la section 5, intitulée « La gouvernance éthique et les valeurs de la Santé pour tous ».

### **Troisième pilier : comment les valeurs de la Santé pour tous peuvent-elles être traduites dans la pratique ?**

8. Pour aborder cette question, on a procédé à un examen des outils disponibles qui pourraient permettre aux décideurs d'élaborer des politiques et programmes nationaux reposant sur la Santé pour tous. Toute une série d'outils de ce type existe déjà dans de nombreux pays. Bien qu'ils n'aient pas été délibérément mis au point pour mettre en œuvre ou évaluer des valeurs, il est possible de les utiliser à ces fins. Parmi les outils examinés, dix types principaux ont été retenus de façon à donner des exemples des possibilités. Pour opérer cette sélection, on s'est demandé si un type donné s'était avéré utile au niveau national, était holistique et adaptable, avait été mis à l'épreuve, faisait l'objet d'améliorations et était disponible. La méthode et les outils proposés sont présentés à la section 6, intitulée « Une panoplie de la Santé pour tous : des moyens concrets de mettre en œuvre les valeurs de la Santé pour tous ».

9. Enfin, la section 7, intitulée « Vers la Santé pour tous : points à vérifier », permet aux décideurs de déterminer dans quelle mesure leur politique nationale de santé favorise la Santé pour tous.

## **1.2. Nature de la présente version actualisée : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas**

10. Cette version actualisée de la politique-cadre européenne de la Santé pour tous a pour objet d'inspirer et non de prescrire. Il ne s'agit pas d'un modèle que les États membres doivent adopter ou s'efforcer d'imiter, mais simplement de l'architecture possible d'une politique de santé, qui repose sur une conception et des valeurs. Lorsque les pays élaborent leur propre politique, il leur est suggéré d'utiliser ce cadre de la façon qui leur paraît la plus utile, en l'adaptant à leurs besoins sanitaires, économiques, culturels et historiques propres. En définitive, le véritable critère du succès est la façon dont un pays aborde un tel processus, et il incombe aux décideurs de choisir les éléments de la Santé pour tous qui doivent être incorporés dans leur politique de santé nationale. En d'autres termes, la présente version actualisée se veut un cadre qui encourage le choix.

11. Par exemple, chaque pays doit prendre ses propres décisions quant à l'allocation éventuelle de fonds spécifiques pour la mise en œuvre du concept de la Santé pour tous. Là où les moyens financiers sont limités, cette enveloppe budgétaire peut servir à garantir le respect des valeurs de la Santé pour tous dans le secteur de la santé. Cependant, la décision d'adopter ou non un tel instrument financier incombe aux pays, et il n'est pas possible de formuler une recommandation à l'échelle régionale. Les pays doivent également choisir d'adopter ou non une politique intérieure unique de la Santé pour tous ou d'intégrer la Santé pour tous à toute politique nationale existante ayant un impact sur la santé, afin de veiller à ce que cette politique respecte les valeurs de la Santé pour tous et soit conforme au concept de gouvernance éthique.

12. Il importe de souligner que le présent document n'est qu'une version actualisée de la politique-cadre européenne de la Santé pour tous et non une nouvelle politique. Sept années seulement se sont écoulées depuis l'adoption de la SANTE 21. Vu que cet intervalle de temps est relativement court, le Comité permanent du Comité régional a estimé qu'il était prématuré d'élaborer et de proposer une politique entièrement nouvelle pour la Région (3).

13. Dans le cadre de la formulation de la politique de la Santé pour tous pour la Région européenne, il est de coutume de fixer des objectifs. Ces derniers temps, cependant, il s'est dégagé un consensus selon lequel l'adoption de buts communs pour tous les pays de la Région peut souvent être artificielle, inéquitable ou simplement peu mobilisatrice. En effet, cela ne tient pas compte d'importantes différences entre les États membres sur le plan de la santé publique et du développement économique. Néanmoins, la fixation de buts peut être un exercice important au niveau national et parfois sous-national. Des buts nationaux peuvent constituer un excellent outil de mise en œuvre et d'orientation, ainsi qu'un moyen qui permet à un pays de définir son degré d'ambition. En outre, lorsque toutes les parties prenantes sont associées au processus, la définition de buts sanitaires nationaux peut contribuer à assurer leur adhésion à la politique de santé.

14. Les recommandations qui figurent dans cette version actualisée ne sont pas exhaustives et ne portent pas non plus sur tous les domaines de la santé publique. Au lieu de cela, elles mettent l'accent sur des aspects et méthodes qui sont nouveaux ou ont évolué de façon importante depuis 2000. Bien que la SANTE 21 ait été adoptée assez récemment, les systèmes de santé des États membres ont beaucoup évolué dans l'intervalle. L'expérience et les connaissances acquises sont partiellement présentées ici.

15. En d'autres termes, il ne s'agit pas ici de produire un document faisant autorité qui constitue la version définitive de la politique de la Santé pour tous de la Région, mais d'encourager un processus de durée indéterminée axé sur la Santé pour tous. La politique-cadre de la Santé pour tous pourra ensuite s'enrichir en permanence grâce au large éventail d'activités que chaque pays décide lui-même de mener dans le cadre de la Santé pour tous. Certains pays peuvent décider de procéder à des études de cas nationales et de les analyser. D'autres États membres peuvent considérer cette actualisation comme une invitation à réexaminer et reformuler leurs politiques de la santé. D'autres encore peuvent se pencher en particulier sur le défi de la communication – comment communiquer au mieux les valeurs de la Santé pour tous, le concept de la santé et des droits de l'homme, et les principes de la gouvernance éthique à différents publics et groupes concernés. Il se peut également que certains pays choisissent d'établir des points de comparaison concrets par rapport auxquels ils pourront évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des politiques de la Santé pour tous. Dans le même temps, un pays donné peut se focaliser sur le niveau local parce qu'il considère qu'une décentralisation et la satisfaction des besoins locaux en matière de santé revêtent une importance capitale pour une mise en œuvre réussie de la Santé pour tous. Enfin, un groupe de pays pourrait élaborer des objectifs sanitaires nationaux et sous-nationaux et établir un lien entre ces derniers et les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

16. La plupart de ces idées ont été avancées par des pays au cours des consultations relatives à la présente actualisation. Elles ne représentent que quelques-unes des nombreuses possibilités d'activités et de changements au niveau national qui pourraient contribuer à conférer au processus européen de la Santé pour tous une nouvelle dynamique qui ouvrirait de multiples horizons. Ce processus pourrait

fonctionner comme un forum d'échange d'informations, d'expériences et d'idées nouvelles sur les politiques de santé. À leur tour, les versions actualisées nationales et sous-nationales pourraient apporter des enrichissements et des idées nouvelles pour contribuer à l'évolution constante de la politique régionale de la Santé pour tous, selon un processus permanent de renouvellement et d'amélioration. Cela constituerait le meilleur témoignage de la pertinence et de l'utilité de ce document. Par ailleurs, il est à espérer que la présente actualisation constituera un précieux outil de promotion de l'éthique dans les nouvelles politiques de santé.

### **1.3. Continuité par rapport aux initiatives connexes**

#### **1.3.1. Continuité par rapport à la Santé 21**

17. Le mouvement de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS se caractérise par sa continuité, et la présente actualisation constitue l'étape la plus récente d'une évolution constante. Depuis son adoption, en 1998, la SANTE 21 a reçu un accueil très favorable dans toute la Région. Ce document-cadre présentait une vision large de la santé publique, reposant sur les valeurs fondamentales du mouvement mondial de la Santé pour tous, et décrivait la démarche et l'orientation générales que les différents pays pourraient adopter. Il reste valable et la présente version actualisée réaffirme que la SANTE 21 est la politique-cadre large qui guide les activités que le Bureau régional mène pour aider les États membres.

18. La version actualisée de 2005 soutient et renforce les valeurs, les principes fondamentaux, le champ d'application et la philosophie de la SANTE 21. En particulier, elle réitère les principes de base suivants, qui étayaient sa structure.

- Le but ultime de la politique de santé est de réaliser pleinement le potentiel de santé de chacun.
- Il est essentiel de combler l'écart de santé entre pays et dans les pays, pour la santé publique dans la Région (en d'autres termes, la solidarité).
- La participation de chacun est cruciale pour le développement sanitaire.
- Le développement sanitaire passe par des stratégies multisectorielles et des investissements intersectoriels qui portent sur les déterminants de la santé.
- Chaque secteur de la société est responsable des incidences sanitaires de ses activités.

19. En particulier, la version actualisée répond à la demande énoncée dans la SANTE 21 de « fournir des outils mis à jour et reposant sur des données probantes qui pourront être utilisés par les pays pour traduire les politiques axées sur la Santé pour tous dans les faits ». Enfin, elle réaffirme l'importance des 21 buts de la SANTE 21 parce qu'« ils offrent un cadre d'action pour la Région tout entière et peuvent servir de source d'inspiration pour la conception de buts aux niveaux national et local ». La SANTE 21 décrit son propre ensemble de buts en indiquant qu'ils ne sont pas prescriptifs mais que, pris ensemble, ils constituent l'essence de la politique régionale (7). Cette version actualisée conserve cette conception souple.

20. En bref, le présent document amplifie la fonction de la SANTE 21, qui est « fondamentalement une charte pour la justice sociale, qui offre un guide reposant sur des données scientifiques et montrant la voie vers un meilleur développement sanitaire et qui décrit un processus permettant une amélioration progressive de la santé des individus ».

#### **1.3.2. Cohérence avec d'autres importantes stratégies concernant la politique de santé**

21. De plus, la présente version actualisée de la Santé pour tous est en harmonie avec d'autres grandes déclarations sur la politique de santé. La version actualisée a été établie en parallèle avec le onzième programme général de travail, qui est toujours en cours d'élaboration et qui, lorsqu'il sera adopté en 2006, indiquera les principales orientations des activités de l'OMS jusqu'en 2015. Ces deux documents ont en commun un ensemble de caractéristiques fondamentales, notamment le fait qu'ils se fondent tous deux sur les valeurs essentielles de l'OMS et de la Santé pour tous, qu'ils réaffirment que

ces valeurs guident l'action de l'OMS, qu'ils mettent l'accent sur les droits et besoins des populations vulnérables et qu'ils autorisent de la souplesse dans la mise en œuvre de la politique suivant les divers contextes nationaux.

22. Cette version actualisée possède aussi des liens étroits avec plusieurs politiques fondamentales du Bureau régional. En particulier, elle reconnaît qu'il est nécessaire que chaque pays adopte sa propre approche de la santé, qu'il interprète et applique à sa manière les concepts régionaux, ce qui rejoint le point de vue exprimé dans la Stratégie de pays du Bureau régional, « Adapter les services aux nouveaux besoins » (8). De plus, la version actualisée de la Santé pour tous et la Stratégie de pays du Bureau régional réclament d'une même voix l'établissement de partenariats en dehors du secteur de la santé. Qui plus est, en écho avec la phase suivante de la Stratégie de pays, axée sur le renforcement des systèmes de santé, cette version actualisée réserve une place de choix aux systèmes de santé en tant que cadres adéquats des efforts nationaux en vue de la Santé pour tous.

23. Enfin, cette nouvelle version est en accord avec la position adoptée par le Bureau régional à propos des OMD des Nations Unies (9). Les valeurs d'équité, de solidarité et de participation, autour desquelles s'articule la version actualisée de la Santé pour tous, sont également au cœur de la stratégie du Bureau régional pour les OMD. Ces trois valeurs revêtent encore plus d'importance en raison de l'hétérogénéité économique de la Région, où la pauvreté continue de requérir un haut degré d'attention, non seulement dans les pays à revenu faible et intermédiaire, mais aussi dans les pays les plus riches. Ces valeurs sont exhalées par l'insistance sur deux problèmes dans la stratégie des OMD : comment parvenir à ces objectifs dans les pays où il est peu probable qu'ils soient remplis, et comment déceler dans les données nationales globales les sous-groupes vulnérables qui sont les plus concernés par les OMD, et orienter les efforts en conséquence.

## 2. L'historique de la Santé pour tous

### 2.1. Le mouvement mondial de la Santé pour tous

24. Aux termes de la Constitution de l'OMS de 1946, « la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité » (10). La Constitution reconnaît également « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre » comme un droit fondamental de tout être humain. À la fin des années 70, on était loin d'être parvenu à une large jouissance de ce droit, puisque environ un milliard de personnes dans le monde vivaient dans une telle pauvreté qu'un niveau acceptable de santé était impossible. Conscients du problème, l'OMS et ses États membres ont entrepris de créer un cadre pour contribuer à traduire l'idéal de la santé universelle en une stratégie et une politique. Ce processus a commencé en 1977 par un appel aux gouvernements et à l'OMS pour qu'ils œuvrent vers un but unique : permettre à tous les citoyens du monde de jouir, à l'horizon 2000, d'un niveau de santé qui leur permettrait de mener une vie socialement active et économiquement productive (11). Cette philosophie et ce mouvement sont désormais connus sous le nom de « la Santé pour tous ».

25. Le concept de Santé pour tous a ensuite été lancé lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires en 1978 à Alma-Ata (dans l'ex-URSS). Dans la Déclaration d'Alma-Ata, il est indiqué que la réalisation de la Santé pour tous dans le cadre d'un développement d'ensemble commence par des soins de santé primaires fondés sur « des méthodes et des techniques acceptables, rendues universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer » (12).

26. Depuis lors, il a été demandé instamment aux États membres de tenir compte du concept de la Santé pour tous lorsqu'ils élaborent des politiques et des plans d'action. On estimait qu'en interprétant la Santé pour tous dans un contexte national, social, politique et de développement, chaque pays serait en mesure de contribuer au but mondial de la Santé pour tous à l'horizon 2000.

27. L'appel en faveur de la Santé pour tous était et reste fondamentalement un appel pour la justice sociale, l'équité et la solidarité, et une action sociétale dont l'objet est l'unité dans la diversité. Il ne s'agit

pas d'atteindre un but unique limité, mais d'engager un processus grâce auquel les pays améliorent progressivement la santé de tous leurs citoyens. Dans le monde entier, l'OMS est restée fidèle à son propre engagement en faveur de la Santé pour tous :

- adoption, en 1981, de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici 2000 (13) et approbation, un an plus tard, d'un plan d'action global pour la mise en œuvre de cette stratégie (14) ;
- remaniement de la stratégie de la Santé pour tous en 1995 (15) avec l'élaboration d'une politique de santé holistique, toujours basée sur l'équité et la solidarité, mais insistant encore davantage sur la responsabilité personnelle, familiale et collective pour la santé, et inscrivant la santé dans un cadre de développement global ;
- mise en correspondance de la stratégie remaniée avec des budgets programmes et une évaluation (16) ;
- après consultation avec et dans les États membres, lancement, en 1999, d'une politique de Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle (17).

## **2.2. La Santé pour tous dans la Région européenne**

28. En 1980, le Comité régional de l'Europe a approuvé une stratégie européenne visant à parvenir à la Santé pour tous à l'horizon 2000 (18). Il a décidé de suivre la mise en œuvre de cette stratégie tous les deux ans (à partir de 1983) et d'évaluer son efficacité tous les six ans (à partir de 1985).

29. Après le lancement initial de la politique européenne de la Santé pour tous, le Comité régional a demandé l'élaboration de buts régionaux précis pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie régionale. De tels buts étaient jugés nécessaires pour motiver les États membres et les engager activement vis-à-vis de la Santé pour tous. La première version de la politique et des buts de la Santé pour tous à l'appui de la stratégie régionale a été adoptée en 1984 (19). Ils offraient une conception large mais précise du développement sanitaire dans la Région. Ils présentaient également un cadre éthique clair pour l'élaboration d'une politique, au lieu de se focaliser uniquement sur les ressources destinées aux services de santé (ce qui est caractéristique d'un secteur de santé replié sur lui-même et axé sur l'hôpital) ; ils mettaient également l'accent sur les résultats, en encourageant une réorientation vers un secteur de santé tourné vers l'extérieur et privilégiant les soins de santé primaires. En outre, 65 indicateurs liés aux 38 buts régionaux ont été établis, de façon à mesurer les progrès accomplis.

30. La même année, le Comité régional a également adopté un plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie régionale. Ce plan décrivait les rôles et les actions qui incombait aux États membres, au Comité régional et au Bureau régional, respectivement. Ce plan était à nouveau directement lié aux buts régionaux, mais il laissait à chaque pays la possibilité de définir ses propres priorités et stratégies.

31. En adoptant ces trois documents en 1984, le Comité régional a créé un cadre pour des politiques de santé dans la Région. Il a également mis en place un mécanisme pour suivre régulièrement et évaluer les progrès vers la réalisation de la Santé pour tous dans la Région à l'horizon 2000. À la suite de cet engagement, une actualisation de la politique, de la stratégie et des buts régionaux a eu lieu en 1991 (20). Entre-temps, le Comité régional a également évalué les progrès accomplis en ce qui concerne les buts régionaux tous les trois ans, c'est-à-dire en 1985, 1988, 1991, 1994 et 1997.

32. En 1998, une politique-cadre européenne révisée de la Santé pour tous, intitulée SANTE 21, a été adoptée (1). Elle tenait compte des bouleversements qui s'étaient produits dans la Région depuis l'adoption de la précédente politique régionale, y compris l'apparition de 20 nouvelles sociétés pluralistes et de leurs points de vue nouveaux, ainsi que, malgré de nombreuses évolutions positives, de graves récessions économiques qui avaient engendré de sérieuses crises dans le secteur de la santé. La SANTE 21 énonce deux buts principaux, trois valeurs fondamentales et quatre grandes stratégies. Ses 21 buts constituaient également des points de repère pour mesurer les progrès accomplis dans l'amélioration et la protection de la santé et dans la réduction des risques sanitaires.

### **3. Principales caractéristiques d'une politique de Santé pour tous**

33. Une politique de santé qui puisse être considérée comme une politique de Santé pour tous présente plusieurs caractéristiques essentielles. La présente section résume brièvement ces caractéristiques.

#### **3.1. Inspirée par des valeurs**

34. La Santé pour tous a toujours été axée sur des valeurs, et la politique-cadre de la Santé pour tous établit un lien entre des valeurs fondamentales et l'élaboration d'une politique de santé. En particulier, la valeur fondamentale de la Santé pour tous est l'équité. Dans le contexte de la Santé pour tous, l'équité signifie que chacun(e) doit avoir une possibilité équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé.

35. Le souci d'équité a des incidences directes sur la façon dont les décideurs choisissent leurs priorités dans le domaine de la politique de santé, en décidant quelles questions de santé publique et quels groupes de la population méritent la plus grande attention. Des politiques de santé fondées sur un souci d'équité permettront une répartition équitable des services de santé au sein de la population. Elles impliquent que la priorité soit donnée aux pauvres et autres groupes vulnérables et socialement marginalisés. Les systèmes de santé fondés sur l'équité contribuent à donner plus de moyens à ces groupes défavorisés, ainsi qu'à faciliter leur intégration sociale.

36. La Santé pour tous incorpore également la valeur de solidarité (étroitement liée à la précédente), que l'on interprète généralement comme la responsabilité collective de la société. Dans le contexte de la Santé pour tous, la solidarité implique que chacun(e) contribue au système de santé en fonction de ses moyens. La solidarité peut être considérée comme un moyen d'assurer l'équité. Une politique de santé qui défend la solidarité contrebalance plus efficacement l'impact inégal des déterminants de la santé sur l'accès aux services et l'issue des problèmes de santé. En revanche, une politique de santé qui n'accorde pas d'importance à la solidarité favorise généralement ceux qui sont riches, instruits et prompts à tirer parti des possibilités d'obtenir des soins de santé.

37. L'équité et la solidarité sont directement liées à une troisième valeur, qui est devenue de plus en plus importante pour le mouvement de la Santé pour tous, à savoir la participation. La participation active des parties prenantes du système de santé, qui comprennent des individus et des organisations, améliore la qualité de la décision en santé publique.

38. Ces trois valeurs (équité, solidarité et participation) ont des incidences directes sur le financement du système de santé, l'accès aux services de santé, les efforts accomplis pour améliorer la santé de la population et la mise au point de programmes bien conçus dans le secteur de la santé. Elles ont également des effets sur la diffusion des informations relatives à la santé, étant donné qu'une diffusion inégale de ces informations favorise le manque d'équité et qu'inversement, le partage de l'information est un important outil de lutte contre les inégalités. S'il restera toujours nécessaire d'adapter au grand public certains communiqués sur la santé, il ne faudrait pas qu'en mettant l'accent sur des choix de vie et des comportements personnels, on masque l'importance des politiques de santé publique et des initiatives structurelles et intersectorielles. Le respect – ou l'absence – de valeurs fondamentales dans une société a des répercussions tout autant sur ces politiques et ces initiatives que sur la population servie.

#### **3.2. La Santé pour tous repose sur une conception large de la santé**

39. Selon le préambule de la Constitution de l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La Santé pour tous amplifie encore cette conception de la santé.

### 3.2.1. Une conception large au sein du secteur de la santé

40. Aux termes de la politique-cadre de la Santé pour tous, une politique de santé ne doit pas porter uniquement sur les soins aux patients. Aujourd'hui, cette conception semble être largement répandue, en particulier dans les pays qui ont élaboré et adopté des politiques nationales de la Santé pour tous. Cependant, les responsables politiques de l'ensemble de la Région européenne éprouvent souvent des difficultés à incorporer d'autres éléments dans leurs politiques de santé. Dans plusieurs pays, ces politiques sont centrées principalement sur les soins de santé. Quoiqu'il soit reconnu, dans la politique-cadre de la Santé pour tous, que la qualité des soins prodigués aux patients joue un rôle significatif dans l'état de santé d'une population, ces soins y sont considérés seulement comme l'un des nombreux facteurs intervenant dans l'amélioration de la santé. Les divers contextes sociaux et économiques dans lesquels les individus vivent et travaillent, notamment, exercent également une influence capitale. Il a été largement démontré que ces déterminants structurels de la santé d'une population jouent un rôle essentiel dans cette Région qui connaît des changements rapides. C'est pourquoi la politique-cadre de la Santé pour tous exhorte les décideurs politiques à voir plus loin que les soins de santé et recommande un meilleur équilibre, au niveau de la politique de santé, entre tous les facteurs essentiels qui contribuent à la santé de la population. Dans une politique de Santé pour tous, cet équilibre se reflètera nécessairement au niveau de la ventilation des budgets. Ceci va dans le même sens que les efforts de certains pays qui cherchent à rendre les programmes de lutte contre une maladie plus efficaces en adoptant une approche plus globale pour le renforcement de leurs systèmes nationaux de santé.

41. Suivant la philosophie de la Santé pour tous, les programmes contribuent à une amélioration de la santé moyennant quatre types d'efforts.

- Les **soins aux patients** constituent un élément essentiel, mais non unique, d'une démarche axée sur la Santé pour tous.
- La **prévention** comprend des activités telles que la vaccination, la surveillance sanitaire et les programmes de détection précoce, qui tendent toutes à être bien intégrées dans les soins de santé courants.
- La **promotion de modes de vie sains** concerne des questions telles que la nutrition, l'exercice physique et la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. La nécessité de favoriser des modes de vie sains est largement reconnue, mais souvent seulement de façon abstraite. Lorsqu'il s'agit de promouvoir la santé dans le cadre d'une politique et de financer cette démarche, les progrès peuvent être très lents.
- Les **mesures à l'égard des déterminants de la santé** sont étroitement liées à la promotion de la santé, mais vont au-delà du comportement individuel pour aborder certains aspects de l'environnement physique, social et économique qui ont des effets sur la santé, en particulier la pauvreté. Les mesures concernant les déterminants de la santé comprennent des dispositions législatives, l'élaboration de politiques et une action de sensibilisation intersectorielle.

#### *Mesures à l'égard des déterminants de la santé*

Lorsqu'il est question de déterminants de la santé, l'hygiène de l'environnement est l'un des domaines où il convient d'agir. La plupart des pays reconnaissent l'importance de cet aspect, mais cela ne se traduit pas systématiquement dans la pratique. Une volonté générale d'agir en matière d'hygiène de l'environnement ne suffit pas ; les meilleurs résultats découlent d'une forte sensibilisation du public et d'une détermination politique à agir.

La pauvreté est un autre domaine important. Comme celle-ci nuit considérablement à l'équité, une politique de Santé pour tous doit la réduire, en veillant à ce que le système de santé réponde aux besoins des groupes de la population pauvres, marginalisés et vulnérables. Dans la perspective de la Santé pour tous, il faut agir sur la pauvreté et d'autres déterminants de la santé à un niveau véritablement intersectoriel, le secteur de la santé jouant à cet égard un rôle de premier plan.

42. Pour que, dans toute la mesure du possible, l'élaboration des politiques ait lieu en connaissance de cause et soit équilibrée, la Santé pour tous souligne qu'il importe de conférer aux professionnels de santé un rôle dans la discussion, l'évaluation et l'amélioration des politiques de santé. La plupart des professionnels de santé s'occupent essentiellement de dispenser des soins et ils peuvent non seulement participer au processus en apportant leurs connaissances et compétences médicales, mais également en lui conférant davantage de crédibilité. Certains d'entre eux peuvent également fournir des conseils résultant de leur expérience dans d'autres activités sanitaires (soins infirmiers et promotion de la santé, par exemple).

### **3.2.2. Une conception large qui dépasse le secteur sanitaire**

43. Dans la philosophie de la Santé pour tous, le secteur sanitaire ne supporte pas à lui seul la responsabilité de l'amélioration de la santé. Il existe beaucoup trop d'exemples de cas où les politiques menées dans d'autres secteurs aggravent des problèmes de santé que le secteur sanitaire doit ensuite prendre en charge. Ces problèmes peuvent être évités en associant d'autres secteurs au processus d'amélioration de la santé. Le tabac, l'alcool et la nutrition sont trois exemples parmi d'autres de domaines dans lesquels il est avantageux que le secteur sanitaire coopère avec d'autres secteurs tels que l'environnement, l'éducation, l'agriculture et l'industrie. Une coopération intersectorielle accroît l'efficacité et multiplie les possibilités d'interventions sanitaires. Par exemple, le développement des systèmes de santé devrait figurer en bonne place à l'ordre du jour du développement local, régional et national, plutôt que d'être confiné au secteur de la santé sous la forme d'un poste des dépenses publiques.

44. Les personnes en bonne santé possèdent un capital humain plus important, et le secteur de la santé peut donc exercer une action significative sur la croissance économique et le développement globaux d'un pays. Cette interaction entre la santé et d'autres secteurs est un processus bilatéral.

45. Les personnes qui ont des activités professionnelles dans d'autres secteurs que celui de la santé, tels que les enseignants ou les économistes, peuvent également jouer un rôle important en matière de santé. Toutefois, il importe de se souvenir que souvent, ces professionnels ne sont que les éléments les plus visibles d'autres secteurs ayant un impact sur la santé, de sorte qu'il convient d'établir des liens entre des valeurs telles que l'équité en matière de santé et l'entière structure de chacun de ces secteurs.

### **3.3. Les systèmes de santé considérés comme le cadre de la Santé pour tous**

46. Les systèmes de santé sont des institutions sociétales et, dès lors, leur développement doit être sous-tendu et encouragé par certaines valeurs. Pour qu'un système national de santé soit en harmonie avec la conception et les valeurs de la Santé pour tous, il doit présenter plusieurs caractéristiques importantes (21).

- **Disponibilité universelle.** Il doit exister un nombre suffisant d'établissements, de biens et de services de santé et de santé publique pour répondre aux besoins de tous les habitants du pays. Les capacités des programmes doivent également être suffisantes. Ce qui est nécessaire dépend du contexte et du niveau de développement du pays considéré.
- **Accessibilité universelle.** Cette nécessaire accessibilité concerne tous les éléments du secteur sanitaire, mais revêt une importance particulière dans le cas des soins primaires. L'accessibilité a une dimension économique (accessibilité financière), une dimension géographique (accessibilité physique), une dimension éthique et relative aux droits de l'homme (accessibilité pour tous les groupes de la population de façon égale et sans discrimination) et une dimension de communication (accessibilité de l'information).
- **Acceptabilité universelle.** L'ensemble des établissements, des biens et des services de santé, y compris la communication et l'information, doivent être culturellement appropriés et respectueux des différences et des traditions culturelles.
- **Amélioration de la qualité.** Les mécanismes assurant l'amélioration constante des services de santé ont pris de plus en plus d'importance dans le cadre des politiques de la Santé pour tous.

Les avantages résultant d'une telle amélioration doivent être répartis équitablement entre tous les groupes sociaux et ne pas être réservés à ceux qui peuvent les payer. Les efforts d'amélioration de la qualité doivent porter sur la mesure dans laquelle certains changements peuvent améliorer la santé. Par exemple, l'adoption de méthodes qui garantissent la sécurité du patient est une façon efficace d'améliorer la qualité. Les avantages résultant de l'amélioration de la qualité sont une meilleure santé, une amélioration des relations entre le grand public et les professionnels de santé et une diminution des échecs coûteux de traitement.

47. On peut dire que les systèmes de santé européens poursuivent trois grands objectifs : l'amélioration de la santé, l'équité et une capacité de réaction. Tous trois sont en harmonie avec le concept de la Santé pour tous. Une meilleure santé n'est pas seulement une fin en soi, mais aussi un facteur capital du développement global, ce qui constitue une autre raison pour laquelle les améliorations de la santé devraient faire l'objet d'une répartition équitable entre tous les groupes de population. L'équité en matière de contributions financières à la santé suppose que le financement soit suffisant pour permettre un accès universel aux services de santé sans contraindre des individus ou des familles à la pauvreté. Par ailleurs, un système de santé porté par les objectifs de la Santé pour tous doit tenir compte des attentes des individus et de la société sur le plan non médical, par exemple en assurant aux patients dignité, confidentialité et autonomie, en respectant leurs droits, en étant attentif aux besoins et vulnérabilités spécifiques à chaque groupe de population et en promouvant l'intégration sociale et la lutte contre la pauvreté. Enfin, un système de santé qui respecte la Santé pour tous est efficace, car il produit les meilleurs résultats en exploitant les ressources disponibles.

48. Le mode de fonctionnement d'un système de santé reflète des choix éthiques. Cela vaut pour les quatre grandes fonctions d'un système de santé : la prestation de services, le financement, la production de ressources et la fonction de direction. Le plus grand défi qu'elles posent à la solidarité et à l'équité réside dans la manière dont un système de santé est financé. Dans un système reposant sur les valeurs de la Santé pour tous, il faut établir les budgets de façon à ce qu'ils reflètent la contribution respective des différents postes budgétaires à l'amélioration de la santé. En cas de politique favorable à des investissements dans la haute technologie, par exemple, il convient de veiller à ce que cela profite à tous les groupes de population.

### **3.4. La santé dans l'ensemble des politiques**

49. Le concept de la Santé pour tous nécessite d'aborder la santé dans le cadre d'un grand partenariat. Le Bureau régional de l'Europe travaille avec une série de partenaires internationaux, dont le Conseil de l'Europe, la Banque mondiale, la Commission européenne, les organisations non gouvernementales et des partenaires privés. Cette coopération est l'une des façons de garantir que le soutien fourni à chaque pays par le Bureau régional soit compatible avec celui qui est apporté par d'autres intervenants de la santé publique. Cette approche en partenariat permet également d'améliorer les résultats de la santé en unissant les forces de partenaires venus d'horizons divers et en établissant des programmes communs, tout en exploitant les forces et capacités de chacun. En ce qui concerne la politique-cadre de la Santé pour tous, une telle synergie est capitale.

50. La Région européenne partage certaines valeurs sociétales, et les politiques et actions de l'ensemble des intervenants internationaux témoignent du respect de ces valeurs, qu'illustre bien, par exemple, le travail réalisé au sein du système de l'Union européenne (UE). Via ses mécanismes juridiques et financiers, l'UE a accompli beaucoup de choses en matière de santé publique, et ce dans toute la Région européenne de l'OMS. Les normes environnementales, par exemple, sont aujourd'hui non seulement inscrites dans la législation communautaire, mais aussi appliquées automatiquement aux pays qui rejoignent l'UE, et sont utilisées comme normes de référence par les pays avoisinants. De plus, de nombreuses institutions de l'UE, comme les banques européennes de développement et la Commission européenne, avec leurs programmes de santé publique, d'assistance technique à la Communauté des États indépendants (TACIS) et Phare, participent à des activités en rapport avec la santé (22). En général, la législation communautaire renforce la cause de la santé dans toutes les politiques ayant des effets sur le développement social et économique des États membres de l'UE.

51. Un ensemble de valeurs partagées facilite l'instauration et le maintien de partenariats internationaux pour la santé. À l'heure actuelle, un grand nombre de politiques techniques de la Région européenne sont imprégnées du concept et des valeurs de la Santé pour tous, qui caractérisent aussi les engagements pris par les États membres devant le Comité régional (voir annexe 1). Si les principaux acteurs de la santé publique inscrivaient dans la politique le concept de la gouvernance éthique fondée sur des valeurs, ce serait un grand pas en avant pour la Région (voir section 6.1).

## **4. La Santé pour tous dans les pays de la Région européenne de l'OMS**

52. La présente section rend compte des conclusions d'une étude exploratoire réalisée par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé en 2003–2004. Celui-ci a analysé l'influence de la Santé pour tous sur les politiques de santé nationales des 52 États membres de la Région européenne de l'OMS. (Les politiques sous-nationales, qui ont été prises en compte afin de refléter le processus de décentralisation en cours dans certains pays, sont décrites à part ci-dessous.) Dans le cadre de cette étude, les politiques nationales de la santé ont été considérées comme des politiques de la Santé pour tous pour autant qu'elles satisfassent à quatre critères :

- elles formulent un engagement en faveur de l'objectif de la Santé pour tous dans un document ;
- elles instaurent une perspective multisectorielle ;
- elles sont explicitement orientées par des valeurs ;
- elles comportent des objectifs sanitaires.

53. La méthode utilisée pour l'étude comportait une analyse de documents, un examen de la littérature, des études de cas de pays et des entretiens avec des experts. Ses principales conclusions sont résumées ci-dessous.

- La politique-cadre européenne de la Santé pour tous a influé sur la formulation des politiques de santé de la plupart des États membres.
- Le rôle de la politique-cadre dans l'élaboration de la politique de santé nationale est très variable : elle peut n'avoir aucune influence, être une source d'inspiration ou servir de modèle.
- Les valeurs essentielles de la Santé pour tous ont été largement acceptées dans l'ensemble de la Région.
- Cependant, presque tous les pays ont adopté leur propre démarche, en particulier pour fixer leurs propres buts sanitaires nationaux.
- Un important écart demeure entre l'élaboration d'une politique de Santé pour tous et sa mise en œuvre effective.

### **4.1. Les politiques de la Santé pour tous dans les États membres**

#### **4.1.1. Les politiques nationales et sous-nationales**

54. Sur les 52 politiques de la santé analysées, 40 satisfont à l'ensemble des critères de la Santé pour tous répertoriés ci-dessus. Neuf des politiques répondant aux critères sont seulement à l'état de projets, quoique certains des États membres qui rédigent actuellement de telles politiques avaient déjà d'autres politiques de la Santé pour tous antérieurement. En ce qui concerne les 12 États membres ne disposant pas de politiques répondant aux critères requis, deux ont établi des documents sur la politique de santé sectorielle qui remplissent tous les critères sauf celui du caractère multisectoriel. La Fédération de Russie constitue un cas unique : elle a publié sur la Santé pour tous un certain nombre de documents d'orientation consacrés à des secteurs isolés (notamment celui de la fourniture de soins de santé).

55. Des documents énonçant une politique de Santé pour tous au niveau sous-national ont été trouvés dans 22 États membres, mais il est à noter que les données les concernant ne sont pas aussi complètes que pour les politiques nationales. Certains pays n'ayant pas formulé de politiques de la Santé pour tous ont des politiques sous-nationales, et vice versa. La grande majorité des pays ont des politiques de la Santé pour tous à au moins un de leurs échelons.

#### 4.1.2. Calendriers

56. Un calendrier d'une politique de Santé pour tous va de sa date de début à sa date de fin, qui correspond au moment où les buts sanitaires sont censés avoir été atteints.

- **Date de début.** Trente-six des documents énonçant une politique de Santé pour tous ont une date de début comprise entre 1994 et 2003.
- **Durée.** La plupart des calendriers portent sur sept à dix années. Le plus court dure trois ans, tandis que certains durent 20 ans. Dans trois cas, le calendrier ne comporte pas de date finale.
- **Variations.** Dans 11 documents énonçant une politique, les buts sanitaires comportent plusieurs dates d'achèvement.

#### 4.1.3. Continuité et discontinuité de la politique

57. De nombreux États membres ont témoigné d'un intérêt durable pour l'élaboration d'une politique de Santé pour tous. Vingt-sept États membres avaient établi une politique de Santé pour tous avant leurs efforts les plus récents. La forme que prend cet engagement durable peut ou non changer au fil du temps, comme les exemples présentés dans les encadrés ci-après l'illustrent.

##### *Finlande : continuité de l'élaboration de la politique et de l'orientation stratégique*

En Finlande, l'engagement à l'égard de la Santé pour tous n'a pas été influencé par les changements politiques. La politique de la Santé pour tous adoptée par ce pays en 1987 a été ultérieurement réexaminée, évaluée et revue. Après sa date d'achèvement, une nouvelle politique s'appuyant sur les expériences antérieures a été élaborée en 2001 (23–25).

##### *Royaume-Uni : continuité dans l'élaboration de la politique et changement de l'orientation stratégique*

La politique rendue publique en 1992 (The Health of the Nation) a été suspendue après les élections législatives de 1997. L'évaluation de cette politique a révélé un certain nombre de faiblesses : des acteurs importants mettaient en cause la crédibilité et la pertinence des buts, un manque d'adhésion a été signalé et la politique n'avait pas d'incidence sur l'affectation des ressources. Malgré ces déficiences, le gouvernement a décidé de conserver une démarche axée sur une politique de santé et a chargé l'Angleterre, l'Écosse, l'Irlande du Nord et le pays de Galles d'élaborer chacun sa propre politique. Lorsqu'on compare les quatre nouvelles politiques adoptées avec la politique nationale précédente, un net changement d'orientation apparaît clairement : l'équité et les déterminants de la santé se sont vus attribuer une place importante (26–27).

##### *Allemagne : un temps d'arrêt dans la formulation de la politique*

À la suite de l'adoption par les États membres de la première politique européenne de la Santé pour tous, la République fédérale d'Allemagne s'est efforcée de concevoir sa propre politique de Santé pour tous. Le ministre de la Santé a lancé le slogan « La maîtrise des dépenses ne suffit pas » et a demandé l'établissement d'un rapport sur les problèmes de santé prioritaires. Ce rapport a été publié en 1987 et republié en 1990, après la réunification, pour incorporer des textes relatifs à la partie orientale du pays (l'ex-République démocratique allemande) (28, 29). Malgré son intérêt et sa qualité indiscutable, ce rapport a été critiqué pour son approche politique. Il a été soutenu que l'approche axée sur la Santé pour tous ne convenait pas aux pays industrialisés et qu'une politique de Santé pour tous, avec ses objectifs, ressemblait à un plan économique socialiste. Il a fallu près de dix ans avant que le ministère fédéral de la Santé ne prenne l'initiative de formuler une politique prévoyant des buts, avec le concours de 70 établissements et de plus de 200 experts des soins de santé et de la santé publique. Finalement adoptée en 2003, cette politique constitue l'énoncé allemand d'objectifs de santé (30).

#### 4.1.4. Mise en œuvre de la politique et statut juridique de celle-ci

58. Sur les 40 politiques de la Santé pour tous analysées, 35 sont énoncées dans des documents officiels, tandis que cinq sont publiées dans des rapports dépourvus de caractère officiel (voir tableau 1).

Tableau 1. Politiques nationales de la Santé pour tous en Europe, par statut juridique et type de document

	Documents officiels	Rapports non officiels	Total
<b>En vigueur</b>	28	3	31
<b>Projet</b>	7	2	9
<b>Total</b>	35	5	40

59. La source des documents indique généralement qui a pris l'initiative d'élaborer la politique. Le plus souvent, il s'agit soit du gouvernement, soit du ministère compétent mais, dans deux cas, le pouvoir législatif a joué un rôle et dans un cas, le chef de l'État a saisi l'occasion d'associer son nom à cette politique.

60. Le statut juridique des diverses politiques de la Santé pour tous varie considérablement. Certains pays inscrivent leur politique de santé dans la loi, comme l'a fait la France, qui a rapidement adopté dans sa législation une politique dont l'élaboration avait pris beaucoup de temps. En Italie, la politique nationale de la Santé pour tous a un caractère contraignant affirmé ; bien qu'elle n'ait pas reçu la sanction politique d'une loi, elle constitue un important cadre de référence pour de nombreux documents nationaux énonçant des politiques, tels que le Plan national de santé et le rapport sur la situation sanitaire de la population italienne.

61. Certains pays ont adopté leur politique par décret pour souligner leur importance. En 2003, le Parlement suédois a adopté une politique nationale de la Santé pour tous afin de traiter de l'ensemble des grands déterminants de la santé. Cela a assuré à la santé publique une meilleure place à l'ordre du jour politique, et un portefeuille spécial de ministre de la Santé publique a été créé. En outre, un projet de loi du gouvernement a conféré à l'Institut national suédois de santé publique un rôle spécial dans la mise en œuvre de la politique de santé publique du pays. En 1998, l'Assemblée nationale de Turquie a officiellement adopté la politique-cadre européenne de la Santé pour tous, exprimant clairement son engagement en faveur de celle-ci par un programme national comprenant un plan d'action jusqu'en 2020. À partir de ce programme, dix objectifs de santé nationaux spécifiques ont été formulés.

62. Pour un certain nombre d'États membres, un document officiel serait une manière peu classique de formuler une politique. L'instrument qui se rapproche le plus d'un tel document est le livre blanc, utilisé par les gouvernements au Royaume-Uni et ailleurs pour énoncer une politique ou un projet de politique. Habituellement, la publication d'un livre blanc signifie que le gouvernement a clairement l'intention de donner force de loi à une politique. Il existe d'autres moyens d'indiquer des intentions politiques, dont les programmes (électoraux et autres) des partis. Cependant, quelle que soit la forme adoptée, de telles intentions disparaissent souvent lorsque la situation politique évolue.

63. Les déclarations qui donnent des orientations facultatives sont considérées comme des dispositions dépourvues de force contraignante. Même lorsqu'elles ne jouent aucun rôle dans l'élaboration de dispositions législatives, elles peuvent néanmoins motiver et inspirer, bien qu'il faille se demander si leur caractère non contraignant est une bonne chose. La réponse à cette question varie d'une situation à l'autre.

64. La forme que revêt un document qui énonce une politique de Santé pour tous peut aussi résulter des fonctions de la personne qui la promulgue. La responsabilité politique relative à la Santé pour tous peut incomber au chef du gouvernement, au gouvernement lui-même ou au ministre compétent. En principe, le chef du gouvernement définit généralement les grandes orientations de la politique, le gouvernement définit sa politique et les ministres la mettent en œuvre, mais ces rôles peuvent varier considérablement.

65. Enfin, on notera qu'une politique de santé peut prendre une forme particulière pour des raisons d'opportunité politique, par exemple pour renforcer des alliances, assurer une légitimité politique ou faciliter la mise en œuvre.

#### **4.1.5. Les valeurs**

66. La SANTE 21 énonce trois valeurs fondamentales : la santé en tant que droit fondamental de la personne humaine ; l'équité dans la santé et la solidarité dans l'action ; et la participation et la responsabilité. Sur les 40 politiques de la Santé pour tous recensées dans l'étude de l'Observatoire, 20 mentionnent expressément ces trois valeurs, 12 en mentionnent deux, 6 en évoquent une seule et 2 restent muettes à ce sujet. Vu sous un angle différent, on peut dire que 25 des politiques évoquent spécifiquement la santé comme un droit de l'homme, 34 mentionnent l'équité et la solidarité, et 31 se réfèrent à la participation et à la responsabilité.

67. Les données disponibles indiquent clairement que les valeurs présentées dans la SANTE 21 se retrouvent dans les documents nationaux élaborés avant la rédaction de la SANTE 21. Cela semble indiquer que ces valeurs ne constituent en aucune manière une innovation de la SANTE 21, mais plutôt que cette dernière suit la même orientation éthique générale que la Région européenne.

#### **4.1.6. Buts sanitaires**

68. La Région européenne a proposé 38 buts dans sa première politique de Santé pour tous en 1984 et dans la mise à jour de 1991. Dans sa version de 1998, en revanche, la SANTE 21 propose 21 buts. Dans les 40 politiques de la Santé pour tous analysées, le nombre de buts va de 4 à 100. Huit politiques vont au-delà des 38 objectifs proposés dans la politique de 1984, et 16 autres comprennent davantage que les 21 objectifs de la SANTE 21. Quatre États membres ont adopté mot pour mot tous les buts de la SANTE 21.

69. Il a été soutenu que, lorsqu'on fixe des buts sanitaires, il existe une tendance à être plus pragmatique si l'on ne retient que quelques buts, car il est difficile d'atteindre un grand nombre de buts. Cependant, la véracité de cette observation n'est pas clairement établie, et même dans les cas où seulement quelques buts sont définis, les sous-buts sont parfois très nombreux.

70. Les États membres ont généralement retenu les buts de la SANTE 21 qui correspondent à l'orientation technique de leur politique. L'analyse des buts des 40 politiques nationales de la Santé pour tous met en évidence quelques aspects intéressants.

- Trois buts apparaissent dans les trois quarts des politiques : « Améliorer la santé mentale », « Adopter des modes de vie plus sains » et « Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme ».
- Trois buts apparaissent dans moins d'un quart des politiques : « Solidarité en faveur de la santé dans la Région européenne », « Recruter des partenaires pour la santé » et « Politiques et stratégies de la Santé pour tous ».
- Les États membres ont adapté de nombreux buts de la SANTE 21 compte tenu de leurs besoins et situations propres.
- Les politiques nationales ajoutent également des buts sanitaires qui ne figurent pas encore dans la Santé pour tous, compte tenu des priorités nationales et sous-nationales.

## **4.2. Comment la politique européenne de la Santé pour tous influence-t-elle l'élaboration des politiques de santé nationales ?**

### **4.2.1. Influence signalée par les pays**

71. L'indicateur le plus évident de l'influence globale exercée par la politique européenne de la Santé pour tous sur les politiques nationales de santé est l'impact mentionné dans les documents d'orientation politique eux-mêmes. Sur les 40 politiques de la Santé pour tous analysées :

- 32 documents font explicitement référence à la politique européenne de la Santé pour tous en tant que cadre général ou source d'inspiration ;
- 14 de ces documents mentionnent une version datant de 1991 ou avant, 14 évoquent la SANTE 21 (1998) et 4 citent les deux ;
- 6 documents mentionnent que des experts de l'OMS ont participé au processus de rédaction.

*Aucune mention de la Santé pour tous*

Les documents d'orientation politique de huit pays sur la Santé pour tous n'indiquent aucun lien explicite avec la politique européenne de la Santé pour tous : le Bélarus, le Danemark, l'Estonie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la France, l'Irlande, l'Italie et les Pays-Bas.

#### **4.2.2. Traduction de la politique-cadre européenne dans le contexte national**

72. Les sections précédentes ont donné des indications sur les similitudes entre les documents européens et nationaux énonçant une politique de Santé pour tous. En outre, l'étude a également examiné la causalité : les politiques de santé nationales ont-elles véritablement été influencées par le cadre européen de la Santé pour tous et, si tel est le cas, par quels moyens ? Trois mécanismes ont été recensés.

- **Transfert.** Un pays ou une entité sous-nationale peut délibérément adopter une politique de santé initialement élaborée ailleurs. Le transfert peut inclure des structures institutionnelles, des idéologies, des attitudes et des idées. Les transferts de politique peuvent prendre la forme d'une copie pure et simple et de l'adoption de dispositions législatives, mais la présence d'éléments de la Santé pour tous ne signifie pas nécessairement que la politique de la Santé pour tous de l'OMS a été prise comme modèle.
- **Diffusion.** Par ailleurs, une politique de santé peut résulter principalement de la propagation de pratiques novatrices, plutôt que de l'adoption intentionnelle et de l'adaptation d'autres politiques. Cette diffusion d'une politique est un processus complexe par lequel une stratégie (par exemple la gestion par objectifs, la gestion axée sur les résultats ou une nouvelle gestion publique) imprègne le secteur public et engendre à terme l'élaboration d'une nouvelle politique de santé.
- **Convergence.** Les États membres peuvent aussi formuler des politiques de la Santé pour tous en toute indépendance par rapport à l'OMS et à ses politiques-cadres. Cette voie est généralement suivie par les pays qui ont une tradition durable leur permettant de réagir indépendamment à des problèmes communs.

*Transfert de politique au Kazakhstan : existence d'un lien direct*

Après avoir accédé à l'indépendance en 1991, le Kazakhstan a voulu adopter une politique de Santé pour tous. Ce pays avait besoin d'une nouvelle politique de santé pour plusieurs raisons : des difficultés économiques inhérentes à la transition vers l'indépendance, la détérioration de la santé de la population et l'urgence de s'attaquer à la question de la pauvreté et de l'équité en santé. En outre, le mode de fonctionnement de l'ancien système engendrait des problèmes fondamentaux. Il fallait procéder à des réformes pour passer d'un service axé sur l'hôpital à un service davantage orienté vers les soins primaires, et pour adopter une démarche multisectorielle de santé publique qui comprenne la promotion de la santé. Enfin, il fallait s'attaquer à plusieurs problèmes de santé urgents, dont des questions d'environnement telles que des sites radioactifs et chimiques toxiques liés aux anciennes industries de la défense, l'assèchement de la mer d'Aral et la pollution dans l'est industriel. Le modèle de la Santé pour tous a permis au pays de s'attaquer à ces aspects, et des experts de l'OMS ont participé à la rédaction dès les premiers stades. Au cours de ce processus, on est parvenu à un consensus pour placer la politique de santé du Kazakhstan dans un contexte politique plus large sous la direction du gouvernement. La santé constitue désormais l'un des éléments d'une politique stratégique générale, appelée Kazakhstan 2030, et le président a approuvé la politique de la Santé pour tous du pays.

*Diffusion de la politique en Allemagne : un lien indirect*

En Allemagne, la transposition de la Santé pour tous du niveau international à l'échelon national s'est faite par une voie détournée et s'est caractérisée avant tout par la propagation d'un mode de réflexion novateur concernant la santé de la population. La première tentative d'élaboration d'une politique de Santé pour tous a échoué en raison de la situation politique à la fin des années 80 et au début des années 90. Cependant, de nombreux Länders allemands ont adopté leurs propres politiques de Santé pour tous ; le premier a été Hambourg (31, 32) qui a adopté une politique en 1992, puis, en 1995, la Rhénanie du Nord-Westphalie, qui a retenu dix des 38 buts de la version actualisée de 1991 de la politique européenne (33).

La deuxième tentative fédérale de l'Allemagne de définir des buts sanitaires en 2003 a eu plus de succès. Cependant, il n'existait pas d'efforts intentionnels ou systématiques pour adopter les principes de la Santé pour tous, et la politique de l'OMS était considérée comme une source d'information et d'inspiration parmi de nombreuses autres. Par exemple, lors de l'élaboration de la politique fédérale, les participants ont établi des comparaisons entre les façons dont les différents pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) avaient rédigé et mis en œuvre des buts sanitaires. Ils ont également examiné diverses expériences internationales de fixation de priorités et d'élaboration d'une politique de santé reposant sur des données probantes.

*Convergence de politiques en France : absence de lien*

La France est un exemple d'État membre qui a entrepris une politique nationale de Santé pour tous sans mentionner la politique et le mouvement qui existent à l'échelle européenne. In 1991, le Haut Comité de la santé publique a été créé par décret, sous la supervision du ministre responsable de la Santé. La mission de ce Comité est d'améliorer la santé de la population en guidant le processus de décision. L'une de ses tâches particulières est d'observer la santé de la population et de contribuer à définir les objectifs de la politique de santé. Il a établi plusieurs rapports, qui ont débouché en 1994 sur un rapport général énonçant une politique dotée de buts sanitaires quantifiés (34). D'autres rapports ont suivi en 1998 et 2002 et ont contribué à l'élaboration d'un projet de loi sur la santé publique qui a été adopté par le Parlement français en 2004. Ce projet de loi vise essentiellement à réorganiser le système fragmenté de prise de décision en matière de santé publique ; il contient également des buts de santé publique et des plans stratégiques nationaux. Certains de ces documents mentionnent la définition de la santé de l'OMS et utilisent des concepts et des normes techniques définis et préconisés par l'OMS. Cependant, les travaux de l'OMS relatifs à la politique de santé, en particulier la politique de la Santé pour tous, ne sont pas mentionnés. Cela a été confirmé par des entretiens avec des responsables politiques de France, qui ne considéraient pas que la politique européenne de la Santé pour tous soit une source d'inspiration ou d'influence.

**4.2.3. Les rôles de la politique européenne de la Santé pour tous dans l'élaboration des politiques de santé nationales**

73. La politique européenne de la Santé pour tous a joué plusieurs rôles différents dans les efforts entrepris par les États membres pour élaborer des politiques de santé. Dans certains cas, la politique européenne a donné une incitation forte en enclenchant le processus d'élaboration d'une politique de santé nationale. Dans d'autres cas, elle a facilité le débat au cours du processus d'élaboration. Enfin, elle a également été utilisée pour légitimer une politique qui était déjà planifiée.

*Lettonie : lancement du processus d'élaboration d'une politique de santé*

À la fin des années 90, une version de la SANTE 21 a été traduite et distribuée à toutes les parties intéressées nationales dans le secteur de la santé. Après des consultations publiques, le Conseil des ministres a discuté, lors d'une réunion spéciale, la nécessité d'une stratégie lettone de Santé pour tous. Le gouvernement a pris des engagements et une stratégie de santé publique a été élaborée. Néanmoins, ces événements ne constituaient pas une première, étant donné qu'une autre politique inspirée de la Santé pour tous, intitulée « Une meilleure vie, une meilleure Lettonie » avait été formulée précédemment.

*République tchèque : lancement d'un débat et facilitation de l'élaboration d'une politique*

Dans la République tchèque, la politique-cadre de la Santé pour tous a suscité un débat sur l'élaboration d'une politique de santé et, pendant près de 20 ans, elle a continué de guider le processus. Dans les années 80, le pays a entrepris résolument d'appliquer la politique de la Santé pour tous, et les 38 buts européens ont été traduits en tchèque. D'un bout à l'autre des années 90, plusieurs politiques ont été élaborées conformément aux principes de la Santé pour tous, en particulier la Proposition de réforme des soins de santé (qui incorporait une démarche multisectorielle à l'égard de la promotion de la santé) et le Programme national de rétablissement et de promotion de la santé. En 2002, le gouvernement a approuvé une stratégie à long terme visant à améliorer l'état de santé de la population, intitulée SANTE 21 : la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle. Ce document décrit les principaux objectifs du développement sanitaire national, et mentionne des buts et les moyens de les atteindre.

*Finlande : légitimation de l'élaboration d'une politique de santé*

C'est en Finlande que l'influence de la politique européenne de la Santé pour tous sur l'élaboration d'une politique nationale est la plus évidente. Dans ce pays, des efforts énergiques ont été accomplis pour mettre en place une politique de santé, et la politique européenne a été l'un des instruments qui a permis d'obtenir un soutien politique à cette démarche. Dès 1982, quelques années après la Déclaration d'Alma-Ata et avant l'adoption de la première politique de la Région européenne, les institutions finlandaises discutaient déjà de plans relatifs à une politique de santé globale. Avec l'aide du Bureau régional, la Finlande est devenu le premier pays à expérimenter la politique de la Région au niveau national. Du point de vue de la Finlande, le rôle de la politique européenne était de légitimer une politique déjà planifiée et d'obtenir le ralliement de ceux qui la critiquaient.

*Pologne : influence de la stratégie nationale sur la santé*

La Pologne, qui a élaboré une politique de santé s'inscrivant dans le cadre de la Santé pour tous dès les années 80, vient de parvenir au terme de son programme décennal national de santé. Ce programme couvrait la période de 1996 à 2005 et prévoyait un suivi des progrès réalisés dans 18 domaines. L'évaluation du programme révèle que la Pologne est parvenue à améliorer l'état de santé de la population malgré les contraintes liées à une transition économique difficile. La mise en œuvre du programme a fait largement intervenir les gouvernements locaux, qui ont lancé plus de 400 programmes de santé locaux. L'expérience acquise est prise en considération dans le nouveau programme de santé national pour 2006–2015.

#### **4.2.4. Influence au niveau sous-national**

74. La propagation de politiques de Santé pour tous au niveau sous-national n'est pas surprenante, étant donné que les entités sous-nationales détiennent une autorité politique, des compétences administratives et une responsabilité financière pour des fonctions essentielles de santé publique dans de nombreux États membres européens. Malgré quelques points communs, cependant, la formulation des politiques sous-nationales de la Santé pour tous est fortement influencée par le contexte dans lequel s'inscrivent ces politiques, mises en place suivant plusieurs types de processus différents.

### *Politiques de santé sous-nationales*

Au Royaume-Uni, les lois de décentralisation (1998) ont instauré des organes législatifs distincts en Écosse, en Irlande du Nord et au pays de Galles. Les pouvoirs octroyés à chacun de ces organes varient dans une certaine mesure, mais dans les trois cas, la santé fait partie des matières décentralisées. En Espagne aussi, la décentralisation a eu un impact sur l'évolution des politiques de la santé. Quoique les activités en elles-mêmes soient très variables d'une région à l'autre, la législation nationale oblige chaque région autonome à formuler une politique de santé. En Italie également, les politiques de santé régionales sont étroitement liées à la politique de santé nationale. En Allemagne, la moitié des Länders ont élaboré ou rédigé des politiques de santé ou des buts sanitaires. Les Länders ont demandé au gouvernement fédéral d'élaborer sa politique de santé et ses buts sanitaires propres afin de compléter les compétences des Länders dans les domaines liés à la santé.

#### **4.3. Planification du financement, des infrastructures et du suivi des politiques**

75. L'étude de l'Observatoire a également examiné les liens qui existent entre l'élaboration des politiques et leur mise en œuvre. L'un de ces liens est la planification de l'infrastructure et des ressources financières nécessaires pour appliquer une politique de Santé pour tous, ainsi que les systèmes nécessaires pour en assurer le suivi. La planification de ces besoins ouvre inévitablement une discussion concernant les conséquences potentielles d'une telle politique dans d'autres domaines que la santé. Une politique durable exige une importante infrastructure de gestion, médicale et scientifique, ainsi que des fonds suffisants pour mettre en œuvre et surveiller les mesures prises et les interventions. Si ces aspects ne sont pas planifiés, il y a peu de chance qu'une politique de santé, si bonne soit-elle, puisse être mise en œuvre avec succès.

76. Sur les 40 politiques de la Santé pour tous examinées, 32 énoncent des dispositions concernant la mise en œuvre. Plus précisément, elles abordent les questions de financement, d'infrastructure et de surveillance des activités ou des résultats.

#### **4.4. Les politiques nationales de la Santé pour tous ont-elles influé sur la mise en œuvre des initiatives de santé ?**

##### **4.4.1. Peu ou pas d'influence directe**

77. L'étude de l'Observatoire n'a pas permis d'obtenir des indications selon lesquelles les politiques nationales de la Santé pour tous avaient des effets directs sur les réformes, les programmes ou les projets dans le domaine sanitaire. La politique de la Santé pour tous de la Région européenne a une forte influence, souvent directe, sur la façon dont les États membres élaborent leur politique nationale de santé, mais les politiques nationales de la Santé pour tous ont très peu d'influence directe sur la mise en œuvre des activités sanitaires. La participation directe de l'OMS semble avoir été limitée aux programmes techniques de l'OMS, qui donnent des conseils et une assistance à caractère technique et non relative aux politiques. Il se peut que la méthode de recherche de l'étude et la sélection des pays aient contribué au fait qu'aucun exemple d'une telle influence n'a été décelé. Des nouveautés récentes, telles que l'adoption de nouvelles politiques de santé en France et en Suède, pourraient avoir des effets plus importants dans un avenir proche.

##### **4.4.2. Nombreux cas d'influence indirecte sur la mise en œuvre**

78. L'influence du concept de la Santé pour tous se manifeste ailleurs que dans les documents qui énoncent la politique de santé. Dans certains États membres, la politique nationale de la Santé pour tous n'est pas le seul document qui présente une politique de santé et, dans certains cas, des documents multiples renvoient les uns aux autres et s'enrichissent mutuellement. Bien que les réformes, les programmes et les projets relatifs à la santé puissent ne pas découler directement de la Santé pour tous, il se peut que celle-ci contribue à la cohérence de ces activités et au contexte dans lequel elles se déroulent.

*Norvège : harmonisation des documents d'orientation, des programmes et des projets avec la politique nationale de la Santé pour tous (35) :*

- cafés, restaurants, etc. non-fumeurs (depuis le 1<sup>er</sup> juin 2004) ;
- plan d'action pour prévenir les grossesses non désirées et les avortements (2004–2008) ;
- « Ensemble pour la santé mentale en Norvège », plan stratégique du gouvernement pour la santé mentale des enfants et des jeunes ;
- plan visant à donner une importance accrue à la santé mentale ;
- réforme visant à donner aux patients le choix de leur généraliste traitant ;
- services municipaux de soins ;
- réforme hospitalière ;
- programme instituant le droit de choisir l'hôpital ;
- nouvelle législation sur les thérapies alternatives.

79. Les politiques nationales de la Santé pour tous peuvent effectivement soutenir la mise en œuvre de la politique, mais ce soutien est généralement diffus et n'est pas lié directement à un programme ou projet déterminé. Une politique nationale de la Santé pour tous peut avoir les effets énoncés ci-dessous :

- **Susciter un changement de mentalité dans le pays sur certains points.** Cet effet a été signalé en Finlande, bien que ce pays élabore et mette en œuvre depuis longtemps une politique de santé et qu'elle soit le premier pays européen à avoir élaboré une politique de Santé pour tous. Le changement des perceptions peut constituer une importante première étape dans la perspective d'une influence sur la prise de décision et la mise en œuvre de nouveaux programmes et projets.
- **Influencer le processus décisionnel.** En Finlande, à nouveau, les défenseurs de la santé publique ont constaté qu'il était efficace de renvoyer à la politique européenne, étant donné que celle-ci avait été conçue par une organisation internationale respectée et approuvée par ses États membres.
- **Fixer une orientation commune pour les défenseurs et professionnels de la santé publique, ainsi que pour les universitaires spécialisés en santé publique.** Ce type d'influence, indirecte mais importante, s'est avérée très positive au Royaume-Uni, à des moments où les questions d'équité dans le domaine de la santé n'étaient pas à l'ordre du jour politique national. La politique nationale de la Santé pour tous a constitué un cadre d'élaboration et de mise en œuvre de politiques de santé locales en Angleterre. La Suède mène actuellement un projet national d'examen de tous les principaux déterminants de la santé publique afin d'imprimer une réorientation à la politique de santé et de redéfinir les méthodes de travail dans tous les secteurs.
- **Contribuer à justifier l'amélioration des infrastructures des systèmes de santé.** Au Kazakhstan, la politique nationale a été l'un des facteurs qui a joué un rôle dans la fondation de l'École kazakhe de santé publique.

#### **4.4.3. Mise en œuvre indépendante de certains éléments**

80. Cela se produit lorsqu'une politique de Santé pour tous est en place et que certains de ses concepts sont mis en œuvre avec succès, bien que la politique elle-même n'ait pas influencé leur mise en œuvre. Cela peut sembler paradoxal, mais plusieurs cas illustrent ce phénomène. Par exemple, il arrive qu'un programme, un projet ou une loi soient appliqués avant l'élaboration de la politique correspondante.

## 5. La gouvernance éthique et les valeurs de la Santé pour tous

### 5.1. Introduction

#### 5.1.1. Valeurs communes

81. Dans l'ensemble de la Région européenne, certaines valeurs communes jouent un rôle essentiel dans la prise de décision dans le domaine de la santé. Il est vrai qu'il existe d'importantes variations entre les sociétés européennes et à l'intérieur de celles-ci, et que le secteur sanitaire et social de l'État providence européen moderne évolue constamment. Néanmoins, ces valeurs fondamentales communes vont au-delà de la santé et imprègnent tous les secteurs de la société. Elles forment ensemble un consensus social – le sentiment d'une finalité sociale collective et la foi en l'équité – qui pose des bases solides pour un mode de gouvernement équitable et socialement responsable. Ces valeurs comprennent un engagement en faveur du bien social, de la solidarité, d'une participation universelle et une croyance en la nécessité d'une réglementation publique stricte (36, 37).

82. Il n'y a pour ainsi dire aucun pays dans la Région européenne où il est acceptable ou commode qu'une autorité sanitaire nationale déclare qu'elle n'est pas en faveur de la justice, de l'équité, de la solidarité ou d'une large participation, ou prenne des mesures qui mettraient ces valeurs en péril. De même, aucune société européenne ne conçoit la santé et les services de soins de santé comme des marchandises ordinaires, soumises aux règles du marché, pouvant être privatisées à des fins lucratives. Ces convictions très répandues ont déterminé la nature du débat national relatif au secteur de la santé et ont favorisé des liens internationaux forts dans la Région. Bien entendu, chaque pays opère ses propres choix quant à la manière de mettre en pratique ces valeurs. En général, même les dispensateurs de services de santé travaillant à des fins lucratives sont sensibles au contexte éthique national. Ceci vaut spécialement en ce qui concerne le fonctionnement des systèmes de santé, en raison d'une tendance croissante à l'estompement des démarcations entre le public et le privé dans le secteur de la santé (participation du secteur privé à des activités de santé publique, par exemple).

#### *Vente de soins de santé ?*

Loin de considérer la plupart des services de soins de santé curatifs et préventifs comme des marchandises ordinaires, les Européens estiment qu'il s'agit de biens sociaux et que leur fourniture universelle est avantageuse pour la société parce qu'elle améliore le niveau de vie et renforce la cohésion sociale. En Espagne, par exemple, l'article 43 de la Constitution de 1978 reconnaît le droit à la protection de la santé et fait obligation aux autorités publiques d'organiser et de surveiller les activités de santé publique, y compris les mesures de prévention. Par ailleurs, la loi sur la Cohésion et la qualité dans le système national de santé, récemment adoptée, prescrit la coordination des organismes de soins de santé publique pour garantir aux citoyens leur droit à la protection de la santé. Ces deux instruments juridiques visent à garantir l'équité et la qualité dans le système espagnol de soins de santé.

83. L'un des grands défis associés à la mise en pratique de ces valeurs communes est de veiller à un financement judicieux des systèmes de santé, de manière à ce qu'ils puissent fonctionner dans le respect de la Santé pour tous. Dans de nombreux pays, les décideurs politiques sont confrontés à la nécessité de rassembler les ressources de façon socialement équitable en ce qui concerne la richesse, de sorte que ceux qui ont plus apportent leur soutien à ceux qui ont moins.

#### 5.1.2. Les valeurs dans leur contexte politique

84. Les façons dont les valeurs imprègnent l'élaboration de la politique de santé sont complexes pour plusieurs raisons.

- Il peut être difficile de comprendre de la même façon certaines notions éthiques larges, surtout dans une Europe en mutation rapide. Les valeurs font l'objet d'interprétations et il n'existe pas de définitions communes que les États membres et les parties prenantes dans le secteur de la santé reconnaîtraient tous comme universelles et précises. Dans l'ensemble de la Région européenne, il

existe de nombreux exemples de mots (« équité » et « solidarité » notamment) qui ont plusieurs significations. Cette situation cause des difficultés lorsque des valeurs doivent être utilisées dans des cadres particuliers. Une façon de faire face à cette difficulté consiste à analyser les valeurs dans le cadre des droits de l'homme, ce qui peut aider les responsables politiques à mettre en place des valeurs de base qui bénéficient d'une large adhésion et soient fondamentales et immuables.

- Parfois, le respect des valeurs peut inciter les responsables politiques à agir dans des directions contradictoires. La gouvernance éthique nécessite constamment la réalisation d'arbitrages ; par exemple, il faut choisir entre l'équité et un bon rapport coût-efficacité. Les responsables politiques doivent faire des choix difficiles concernant les valeurs qu'il faut défendre et auxquelles ils doivent accorder la priorité, et sur les compromis qui sont acceptables, étant donné que les valeurs ne constituent que l'un des nombreux facteurs qui influent sur l'élaboration des politiques.
- Les valeurs restent parfois périphériques, parce qu'il est difficile de déterminer la mesure dans laquelle elles influent sur la mise en œuvre effective des politiques. Des déclarations sur l'importance des valeurs figurent souvent dans les préambules des documents nationaux énonçant une politique de santé, mais il est plus difficile de traduire les mots en actes. Les valeurs sont certes intéressantes, mais elles peuvent également paraître abstraites et dépourvues d'utilité pratique, et il est difficile de vérifier, de surveiller et de mesurer leur mise en œuvre.

### 5.1.3. L'avenir

85. Il faut espérer que le réexamen des valeurs de la Santé pour tous qui figure dans la présente version actualisée les rendra plus utiles et plus pertinentes, et encouragera ainsi leur mise en œuvre dans la pratique. Ces valeurs semblent avoir été adoptées par les États membres de la Région et, comme cela a été indiqué dans la section précédente, un grand nombre de gouvernements les ont mentionnées explicitement lorsqu'ils ont élaboré leur politique de santé nationale. Cependant, reconnaître l'importance de ces valeurs ne signifie pas nécessairement qu'elles déterminent le fonctionnement des systèmes de santé, et plusieurs interrogations de taille doivent encore être formulées.

- Quel rôle les valeurs jouent-elles dans les secteurs sanitaires nationaux de la Région ?
- Quelles sont les valeurs valables pour le secteur sanitaire européen au XXI<sup>e</sup> siècle ?
- Ces valeurs sous-tendent-elles aussi les politiques élaborées dans d'autres secteurs – notamment les grandes politiques traitant du développement social et économique national ?
- Comment ces valeurs peuvent-elles être mieux comprises et comment est-il possible de les rendre plus utiles pour les responsables politiques ?
- Quels types de mécanismes contribueraient à la mise en œuvre pratique de ces valeurs ?

86. Pour aborder ces questions, la présente version actualisée propose deux méthodes possibles, c'est-à-dire deux cadres d'approche des valeurs concernant la politique de santé.

- **Cadre juridique.** Les valeurs constituent la base du cadre juridique des droits de l'homme, qui comprend des obligations internationales que les pays ont contractées lorsqu'ils ont négocié et adopté divers instruments relatifs aux droits de l'homme. L'Europe est relativement avancée dans ce domaine, dans la mesure où les pays qui la composent ont souscrit à des instruments régionaux forts.
- **Cadre éthique.** Les valeurs jouent également un rôle important dans le cadre éthique commun de normes morales et de codes de conduite acceptés par tous les pays et généralement respectés par tous les acteurs dans chacun d'entre eux. Les décisions et les actions peuvent donc être mesurées compte tenu de ce cadre.

87. Au lieu de favoriser un cadre plutôt que l'autre, il existe plusieurs bonnes raisons de les combiner. Les deux cadres sont complémentaires et ne s'excluent pas l'un l'autre ; tous deux peuvent faire l'objet d'une réalisation, d'une négociation, d'une interprétation et d'une adaptation progressives ; dans les sociétés modernes, aucun des deux ne doit l'emporter sur l'autre, prendre plus d'importance ou exercer plus d'influence.

88. L'examen des valeurs dans ces deux cadres simultanément peut aider les responsables politiques à mettre en place une gouvernance éthique reposant sur des valeurs. Cette façon de procéder repose sur le principe selon lequel un système de santé peut être évalué à tous les niveaux par rapport non seulement à des normes éthiques adoptées d'un commun accord et à des normes relatives aux droits de l'homme qui ont un caractère juridiquement contraignant. Il est donc possible d'utiliser les valeurs pour mettre à l'épreuve, évaluer et améliorer les performances d'un système de santé, tout comme il est possible de les utiliser pour évaluer la gouvernance en général. Une telle évaluation est particulièrement utile si elle est réalisée par chaque pays. Lorsque les pays examinent le consensus social de la Région, ils peuvent également souhaiter réaffirmer leur attachement aux valeurs qu'il consacre. L'adhésion à de telles valeurs communes fondamentales se révèle particulièrement utile aujourd'hui, alors que les décideurs nationaux entendent souvent des avis divergents quant à la manière la plus efficace de renforcer leur système de santé.

89. La combinaison des démarches juridique et éthique est également un moyen pragmatique de comprendre et de mettre en œuvre les valeurs de la Santé pour tous. Cette double démarche est avant tout utile pour les responsables politiques, mais elle peut également l'être pour toute une série d'autres parties prenantes dans le secteur : les organisations non gouvernementales, la population dans son ensemble, les organisations professionnelles, les partis politiques, le monde universitaire et de la recherche, voire les entreprises privées.

## **5.2. La santé dans le cadre juridique des droits de l'homme**

### **5.2.1. Le droit à la santé**

90. Comme cela a été mentionné plus haut, la Constitution de l'OMS affirme que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Ce principe guide les travaux de l'OMS en collaboration avec ses États membres. Pour l'individu, le droit à la santé ne signifie pas le droit d'être en bonne santé ; il implique plutôt la mise en place de dispositions, de normes et de lois sociales qui doivent donner à chacun la possibilité de réaliser pleinement son potentiel de santé. Pour un gouvernement, le droit à la santé implique qu'il est tenu de faire en sorte que chacun, dans sa zone de compétence, puisse traduire ce droit dans les faits de façon aussi complète que possible. Il peut s'acquitter de cette obligation par un grand nombre de moyens complémentaires tels que l'élaboration de politiques de santé, la mise en œuvre de programmes de santé et l'adoption d'instruments juridiques particuliers. Les pouvoirs publics sont non seulement tenus d'œuvrer de façon à atteindre des résultats positifs en matière de santé, mais aussi faire en sorte que les établissements, les biens et services de santé soient largement disponibles, accessibles, d'un prix raisonnable et de qualité élevée, particulièrement pour les groupes de la population les plus vulnérables et les plus marginalisés (23, 38). Enfin, le droit à la santé implique un droit non seulement à des soins de santé, mais également à une prévention contre les maladies et à une protection et une promotion de la santé.

91. Dans un contexte national, le droit à la santé est souvent considéré, dans une optique pragmatique, comme le droit à certaines prestations, c'est-à-dire les services de santé que la législation d'un pays garantit à ses habitants.

### **5.2.2. Le contexte large des droits de l'homme**

92. Bien que le droit à la santé puisse être considéré comme le droit majeur dans le cadre de l'élaboration de la politique de santé, l'approche de la santé fondée sur les droits de l'homme a également recours à d'autres droits, normes et principes relatifs à la personne humaine. La plupart d'entre eux sont décrits dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, une déclaration qui est le document fondateur du mouvement des droits de l'homme et a été adoptée presque universellement. Considérer le monde concret des systèmes de santé sous l'angle des droits de l'homme est une démarche relativement nouvelle tant pour le secteur de la santé que pour celui des droits de l'homme et implique une reconnaissance de certains droits généraux qui ne font pas expressément référence à la santé :

- droit à l'égalité de traitement et non-discrimination ;
- droit à une participation libre, substantielle et efficace ;

- droit de rechercher et d'obtenir des informations ;
- droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications ;
- droit à un environnement physique et social sain ;
- droit à une eau pure, à des aliments sains et à un logement adéquat ;
- droit à une sphère privée.

93. L'approche fondée sur les droits de l'homme est particulièrement pertinente pour le secteur de la santé étant donné que, lorsque l'on examine chacun de ces droits, il en découle des conséquences directes pour la conception, la surveillance, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes sanitaires d'un pays (39).

94. La santé et les droits de l'homme sont étroitement interdépendants. La santé est touchée par de nombreux facteurs sociaux, économiques, environnementaux, culturels et politiques, et comme cela est noté plus haut, le respect du droit à la santé nécessite le respect d'autres droits de la personne humaine. Il existe une triple relation.

- Les violations directes des droits de l'homme peuvent avoir des effets manifestes et souvent graves sur la santé des personnes touchées.
- La façon dont certains programmes et politiques de santé publique sont conçus ou mis en œuvre peut entraîner des violations indirectes des droits de l'homme.
- Directement ou indirectement, la santé est une condition de la plupart des autres droits de l'homme qui ont été reconnus dans les traités internationaux. Lorsque la santé est atteinte, il peut être difficile aux individus d'exercer leur droit d'agir en tant que membre à part entière de leur communauté.

95. Chaque État membre de la Région européenne de l'OMS a signé au moins un traité, une convention ou un autre instrument international qui l'engage à respecter les droits de l'homme.

96. Il est difficile pour un pays quelconque de garantir immédiatement et complètement les droits mentionnés dans ces instruments, car cela exige non seulement l'adoption de lois appropriées, mais également l'application d'un certain nombre de mesures administratives, financières, éducatives et sociales. C'est pourquoi il est largement reconnu que la mise en œuvre des droits de l'homme exige une « réalisation progressive », c'est-à-dire l'accomplissement de progrès continus, aussi rapides que possible, dans ce domaine. Cette conception est tout à fait pertinente en matière de politique de santé également, bien que de nombreux professionnels qui participent à la mise en place de systèmes de santé et à l'élaboration de politiques puissent ne pas être suffisamment conscients de ses avantages.

97. La prise en compte des engagements internationaux pris par les États respectifs présente plusieurs avantages importants pour les ministères de la Santé.

- Ces obligations internationales consolident les valeurs relatives à l'élaboration de la politique de santé au moyen de droits juridiques et de normes internationales.
- Les responsables de l'élaboration de la politique de santé sont mieux aptes que quiconque à aider les autres secteurs des pouvoirs publics à comprendre la nature des liens entre les engagements internationaux de leur pays et la santé.
- Lorsque les pays ratifient des traités internationaux, il est fréquent qu'ils conçoivent et adoptent des points de référence nationaux relatifs aux droits de l'homme par rapport auxquels les progrès doivent être mesurés. Les responsables de l'élaboration de la politique de santé peuvent adopter et utiliser ces points de référence.
- Les valeurs et droits fondamentaux consacrés par des instruments internationaux et par la législation nationale donnent des orientations importantes quant à la structuration et à l'amélioration du système de santé d'un pays et quant à la façon de traiter les membres du public avec respect.

- L'approche fondée sur les droits de l'homme peut aider les gouvernements à éviter des discriminations, en particulier contre des membres de groupes vulnérables et marginalisés, en raison de politiques et de programmes de santé mal ciblés.
- Comme d'autres droits de l'homme, le droit à la santé n'appartient à aucun groupe particulier. Plus précisément, il appartient non seulement aux patients mais à la population dans son ensemble.

### 5.3. La santé dans le cadre éthique commun : les valeurs de la Santé pour tous

98. Dans le cadre éthique commun, il n'y a pas de critères définitifs, universels et immuables indiquant quelles valeurs sont importantes. Au cours d'une période déterminée, il se peut que certaines valeurs soient largement acceptées parce qu'elles sont jugées fondamentales dans un pays donné. Cependant, il est peu probable qu'il en aille de même partout. Dans l'ensemble de la Région européenne, il existe de nombreux exemples de malentendus qui se produisent lorsque différents acteurs utilisent les mêmes mots pour désigner des choses entièrement différentes. Dans une zone géographique qui change aussi rapidement – en particulier lorsque l'on y parle des dizaines de langues différentes – il est difficile de parvenir à un accord sur des notions éthiques conçues de façon large. C'est pourquoi la présente version actualisée demande que les valeurs soient placées dans leur contexte. Pour les responsables de l'élaboration de la politique de santé, il s'agit en soi d'un choix éthique : faire face aux difficultés inhérentes à la concrétisation de valeurs, en renonçant à la solution de facilité politique qui consiste à ne les utiliser que comme des ornements rhétoriques et en examinant honnêtement le lien qui existe entre ces valeurs et les exigences concrètes de la conception et de la mise en application de politiques.

99. En harmonie avec la philosophie formulée dans la présente version actualisée et les meilleures réflexions récentes tirées des études sur la politique de santé, trois valeurs fondamentales ont été déclarées capitales dans le cadre de la Santé pour tous : l'équité, la solidarité et la participation. Les décideurs nationaux du secteur de la santé ont de multiples possibilités de choisir la façon précise de traduire ces valeurs dans la pratique. Chaque politique de santé nationale correspond à un projet national relatif à la façon dont cette politique répond aux besoins sanitaires et aux réalités politiques et économiques, mais s'il s'agit d'une véritable politique de Santé pour tous, elle ne peut ignorer ces trois valeurs fondamentales.

#### 5.3.1. Équité

100. Dans le contexte de la Santé pour tous, l'équité implique que chacun a une possibilité équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé et que personne n'est empêché de réaliser ce potentiel dans la mesure des possibilités. D'après cette définition, une politique de santé fondée sur l'équité tend à éliminer ou à estomper les différences évitables quant aux résultats de santé – c'est-à-dire qu'elle promeut l'égalité des chances pour la réalisation intégrale du potentiel de santé de l'individu. Elle fait en sorte que des traitements de santé soient disponibles pour tous, sans égard pour des facteurs tels que le sexe, l'âge, la condition sociale, les ressources financières, l'appartenance ethnique, les convictions religieuses, l'orientation sexuelle, le pays d'origine, le niveau d'instruction, la localisation géographique, les opinions politiques et la citoyenneté des patients. Le souci d'équité englobe également de nombreux aspects de la prestation et de la répartition des services de santé, des gains et des ressources de santé, ainsi que de l'information sanitaire. Comme mentionné plus haut, ces services ne se limitent pas aux soins de santé, mais comprennent également la prévention, la promotion de la santé et l'action en matière de santé publique.

101. Dans le secteur de la santé publique, la notion d'équité peut être comprise de deux façons.

- **Équité dans les moyens** : le gouvernement a fait en sorte que tous aient une possibilité égale d'avoir accès à des services de santé adaptés à leurs besoins propres, quelles que soient leurs aptitudes à contribuer au système.
- **Équité dans les résultats** : les pouvoirs publics ont tout mis en œuvre pour porter le potentiel de santé des membres des groupes défavorisés au niveau dont jouit le reste de la population. L'équité sur le plan des résultats peut être augmentée, par exemple, par la mise en place de

mécanismes compensatoires spécifiques destinés aux groupes sociaux défavorisés en raison de diverses vulnérabilités, pour autant que de tels mécanismes soient acceptables pour ces groupes.

102. Il est essentiel d'interpréter et d'appliquer le principe d'équité dans le contexte des systèmes de santé. Lorsque l'on poursuit l'objectif fondamental d'une amélioration de la santé, l'équité suppose d'estomper les différences injustes en ce qui concerne l'état de santé des individus, des groupes sociaux, des régions, etc.

### **L'équité et les droits de l'homme**

103. L'équité est liée étroitement aux droits de l'homme. Lorsque l'on considère l'équité dans le contexte juridique des droits de l'homme, il devient manifeste qu'il faut assurer l'égalité des chances entre tous en matière de santé. Le manque d'équité relative à l'état de santé désigne des différences qui sont non seulement systématiques et quantifiables mais également évitables. Il évoque donc des différences injustes et évitables. L'équité est une valeur éthique normative qui suppose que les divers groupes de population et chacun de leurs membres aient également accès à des ressources équitablement distribuées.

104. Dans le domaine de la santé, les efforts d'équité comprennent la réduction de toute discrimination dans l'accès aux avantages découlant des initiatives de santé. Un programme complet pour la promotion de l'équité nécessite de trouver le juste équilibre entre deux perspectives – la prise en compte des déterminants de la santé et celle des besoins de santé. Du point de vue des déterminants de santé, un programme d'équité tend à limiter les effets de tous les déterminants de la santé qui entravent l'égalité des chances pour les personnes ayant des besoins similaires. C'est ce que l'on appelle l'équité horizontale. Du point de vue des besoins de santé, un programme d'équité vise spécifiquement les personnes dont les besoins médicaux sont plus importants – l'équité verticale (40, 41). Ainsi, conformément à l'énumération qui figure à l'article 2 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (42), l'équité renforce le droit de chaque personne à la jouissance des droits de l'homme et des libertés « sans distinction aucune ».

105. Parfois, la recherche de l'équité entraîne l'application de normes différentes à des groupes différents pour compenser des inégalités existantes. (Cette pratique est parfois appelée « discrimination positive », un terme à employer avec prudence en raison de connotations qui, en fait, sont négatives.) Dès lors, l'équité peut être considérée comme des mécanismes compensatoires permettant de réduire certaines disparités de santé entre populations plus ou moins avantagées, entre pays et au sein de pays.

### **L'équité dans la politique de santé**

106. Pour évaluer la mesure dans laquelle l'équité en santé a été réalisée, les responsables politiques doivent examiner divers facteurs socioéconomiques, culturels et environnementaux. Comme cela a été indiqué plus haut, cela nécessite l'examen du contexte plus large de tous les déterminants de la santé potentiels qui peuvent placer les individus à différents niveaux sociaux et donc défavoriser certains groupes. La pauvreté dans ses diverses manifestations – approvisionnement incertain en nourriture, exclusion et discrimination sociale, logement inadéquat, manque de protection du développement dans la petite enfance et conditions de travail dangereuses, sans parler de la mauvaise qualité des services de santé – constitue un excellent exemple de déterminant de la santé à prendre en considération. La pauvreté est la principale responsable de la charge mondiale de morbidité et de mortalité, ainsi que de la majeure part des injustices existant d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un pays. Ces effets ont des déterminants sociaux ; la meilleure façon de s'y attaquer est de recourir à des stratégies visant spécifiquement la réduction de la pauvreté et à des politiques de santé qui combattent la pauvreté en tant que cause de mauvaise santé.

107. Pour connaître les causes complexes des disparités de santé, les responsables politiques peuvent mettre en place des mécanismes pour enregistrer et évaluer le degré de manque d'équité en santé entre les différents groupes sociaux, ainsi que la mesure dans laquelle les politiques et programmes de santé ont réussi à améliorer la santé des groupes vulnérables et défavorisés.

108. Dans le secteur de la santé, le souci de l'équité doit être présent non seulement lorsqu'il est question de soins, mais aussi dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé publique. S'agissant du choix des services de santé à couvrir par des fonds publics et de la ventilation à réserver au budget global des services de santé, ce point revêt une importance essentielle. Une politique encourageant l'équité ne doit pas seulement mettre l'accent sur des modes de vie personnels ou sur les besoins de groupes marginalisés et vulnérables. La grande majorité de la population subit les effets négatifs d'au moins un déterminant de la santé, et les inégalités existantes en matière de santé commandent des politiques de santé qui envisagent tous les déterminants sociaux et économiques de la santé.

109. Cependant, l'équité en santé ne peut être considérée comme relevant de la seule responsabilité du secteur sanitaire, mais doit être traitée comme une question intersectorielle. Des paramètres sociaux tels que le revenu, le logement, l'instruction, etc. ont des effets importants sur l'état de santé, et l'équité en santé dépend dans une large mesure de la mise en œuvre de politiques appropriées dans tous les secteurs publics. En conséquence, les politiques et programmes concernant le secteur sanitaire qui visent à améliorer la santé de tous les citoyens doivent prévoir une collaboration avec tout acteur approprié, qu'il fasse ou non partie des pouvoirs publics, et qu'il s'occupe avant tout de questions sociales, éducatives, environnementales ou législatives.

### **5.3.2. Solidarité**

110. La solidarité est généralement définie comme le sentiment de responsabilité collective de la société. Dans le secteur sanitaire, la solidarité signifie que chacun contribue au système de santé en fonction de ses capacités financières et non de son utilisation des systèmes sanitaires. La solidarité est donc axée sur la répartition des ressources : qui paye combien, pourquoi et quand. Les améliorations obtenues sur le plan de la santé ne sont toujours pas équitablement distribuées, même dans les pays les plus riches, et c'est la solidarité qui garantit que la charge du financement soit répartie avec justice et équité. Dans ce contexte, la solidarité équivaut à une réduction de l'interdépendance directe entre ce qu'un individu paie et les services reçus. Dans un système de Santé pour tous, le souci de la solidarité est essentiel, car il signifie que le système met les services de santé à la portée de tous, même des citoyens qui ont des ressources financières limitées. La solidarité est la valeur grâce à laquelle la charge du financement est répartie de manière juste et équitable. La nécessité de processus équitables pour diverses institutions à différents niveaux décisionnels est de plus en plus reconnue (43).

### **La solidarité et la responsabilité individuelle**

111. De nombreuses sociétés européennes reconnaissent que les individus sont partiellement responsables de leur propre santé. Comme il y a des limites à la santé qui peut être obtenue, il y a également des limites à la solidarité. Un exemple caractéristique est fourni par le débat concernant l'opportunité de prise en charge par des fonds publics d'intervention « de confort » ou « supplémentaires ». Les solutions trouvées varient d'un pays à l'autre et, même dans les pays résolument attachés à la solidarité, cette couverture varie considérablement. En effet, les décisions concernant le contenu essentiel des services de soins de santé fondés sur la solidarité sont avant tout des décisions politiques, généralement prenant en compte non seulement l'évaluation des besoins mais également la disponibilité des ressources. Parfois, un pays attaché à la solidarité exclut de sa liste de services courants des traitements et des mesures préventives qui, dans un cas ou un cadre déterminé, peuvent se révéler efficaces pour un prix acceptable, mais ne présentent pas un bon rapport coût-efficacité à grande échelle. Ainsi, le processus visant à dresser l'inventaire des avantages octroyés s'appuie sur les normes éthiques de la société dans son ensemble. Ce processus ne limite pas le rôle capital des individus pour la protection de leur propre santé par un mode de vie sain, le respect des avis médicaux, etc.

### *Dépistage du cancer du col de l'utérus en Slovénie*

En Slovénie, le dépistage du cancer du col de l'utérus fait partie de la pratique gynécologique ordinaire depuis 1960. Cependant, à partir de 1994, une tendance à la hausse de l'incidence de cette maladie a été observée dans ce pays et, en 2000, elle était l'une des plus élevées d'Europe. Cela tenait notamment au fait que seulement 30 % des femmes slovènes bénéficiaient d'un dépistage, bien que théoriquement elles aient toutes un égal accès aux examens de dépistage. En particulier lorsque la participation était laissée à l'initiative individuelle, il était fréquent que le système de dépistage ne couvre pas des femmes âgées et des femmes appartenant à des groupes socioéconomiques inférieurs, alors que ces deux groupes couraient un risque plus élevé que la moyenne de contracter cette maladie.

Un projet pilote visant à s'attaquer à ce problème a été créé en 1998. Grâce à un lien avec le Registre central de la population de Slovénie, les dépistages du cancer du col de l'utérus ont été suivis et des invitations personnelles ont été envoyées à toutes les femmes du groupe d'âge cible (de 20 à 64 ans). Cela s'est traduit par une participation de près de 50 % parmi les femmes qui n'avaient pas fait l'objet d'un dépistage auparavant. En 2003, le Programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été lancé. Il promeut des mesures de prévention active, basées sur des méthodes scientifiques et des procédures de contrôle de la qualité, dans toute la population. L'accès universel au programme a été garanti par le système de santé grâce à la couverture de la participation par la caisse d'assurance-maladie obligatoire de Slovénie, ce qui démontre un engagement en faveur de l'équité et de la solidarité.

### **La relation entre la solidarité et l'équité**

112. Dans les systèmes de santé, la distinction entre la solidarité et l'équité est parfois artificielle. La solidarité est l'un des moyens de parvenir à l'équité. L'équité implique que l'État a mis en place des mécanismes compensatoires pour que tous les groupes de la population bénéficient de services en fonction de leurs besoins. Les mesures adoptées pour accroître la solidarité peuvent engendrer des résultats semblables. Ces deux valeurs fondamentales peuvent également être évaluées en fonction du degré d'impartialité du système ; il convient alors de déterminer si la société dans son ensemble juge que les politiques, les décisions et les actions des pouvoirs publics en matière de santé sont équitables.

113. Dans ce contexte, l'équité signifie que les pauvres ne doivent pas payer plus que les riches en termes de pourcentage de leur revenu disponible – c'est-à-dire que les individus contribuent à un système fondé sur la solidarité proportionnellement à leurs moyens financiers. Cette équité dans la participation financière est l'un des objectifs majeurs des systèmes de la Santé pour tous et fournit un autre exemple de l'influence capitale des valeurs sur le fonctionnement des systèmes de santé. Ce concept est particulièrement pertinent dans le cas des pays en transition économique qui réforment de fond en comble leurs systèmes de santé. Dans des cas pareils, il est toujours tentant de sacrifier une part d'équité et de solidarité à la perspective immédiate d'un résultat maximal sur le plan de l'efficacité par rapport aux coûts et de l'obtention d'améliorations optimales avec des moyens financiers très limités – une tentation qui est l'un des plus formidables défis posés à une gouvernance éthique fondée sur des valeurs. Dans les systèmes où les assureurs de la santé sont multiples, le maintien d'une solidarité requiert une réglementation stricte et des directives explicites pour les empêcher de violer le principe de l'équité en se disputant les groupes en meilleure santé, qui présentent moins de risques.

### **La solidarité en tant qu'élément moteur de la participation**

114. Une société pratiquant la solidarité a besoin de la participation de chacun. Lorsque la solidarité est inscrite dans la loi, cela indique souvent un engagement de personnes qui ont cherché à élever leur sens de la justice sociale au rang de loi. Dans ce contexte, la responsabilité vis-à-vis de la population est un élément capital – dans une société qui respecte la solidarité, les autorités de la santé doivent rendre des comptes quant à sa mise en œuvre et démontrer que la solidarité produit les avantages souhaités pour la société.

### 5.3.3. Participation

115. Aux fins de la présente version actualisée, la participation est définie comme l'implication directe des personnes, individuellement ou collectivement, en vue d'influencer la prise de décision en santé dans le secteur public.

116. La communication d'informations au grand public et la consultation de ce dernier sont les formes les plus fondamentales de participation du public. Les États membres de la Région européenne ont mis au point des méthodes de plus en plus novatrices pour obtenir la participation de la population dans des domaines tels que la fixation de priorités sanitaires et l'évaluation des niveaux de satisfaction à l'égard des services sanitaires.

117. Une participation collective du public a lieu également grâce aux groupes de patients et de défense des intérêts des consommateurs. Les pays européens constatent un développement marqué de ces groupes, qui semblent contribuer de façon positive et efficace au débat sur la politique des pouvoirs publics en cours dans les sociétés pluralistes. Dans certains cas, cependant, un groupe défend les intérêts d'usagers particuliers ou de certains groupes de maladies qui ne correspondent pas aux besoins sanitaires et aux intérêts de la société dans son ensemble.

#### *La participation en Lettonie*

##### Un exemple négatif

En Lettonie, de nombreux groupes s'efforcent d'organiser, de soutenir et d'éduquer les patients et d'influencer la prise de décision relative aux soins de santé. Il est fréquent que des médecins participent aux activités de telles organisations et y occupent des postes de commandement. Cependant, les principaux bailleurs de fonds de ces associations sont souvent des sociétés pharmaceutiques, parfois pour des raisons peu philanthropiques. Par exemple, une association lettone de la ménopause a fait activement la promotion de la thérapie hormonale substitutive, sans révéler que cette thérapie n'est plus largement acceptée par les chercheurs au niveau international. Il apparaît donc que cette association défend les intérêts d'une société pharmaceutique et non ceux des patients qu'elle est censée représenter.

##### Un exemple positif

Le Bureau des droits des patients de Lettonie a été créé par des juristes. Il se qualifie lui-même d'organisation non gouvernementale constituée par des représentants de patients car ses membres ne sont pas eux-mêmes des patients mais des professionnels neutres qui représentent des patients et n'ont pas d'intérêt propre dans l'organisation. Le Bureau des droits des patients s'emploie à favoriser une meilleure compréhension, au niveau national, des instruments internationaux concernant les droits de l'homme et les droits des patients, et il influence de façon positive la prise de décision, l'action législative et la couverture médiatique concernant les soins de santé.

### **Augmentation de la participation des patients aux décisions relatives aux soins de santé**

118. Les patients sont de plus en plus souvent associés aux décisions concernant leur traitement, mais il s'agit là d'une évolution complexe. Il est essentiel de trouver un équilibre approprié entre la participation du patient et l'opinion médicale professionnelle. D'une part, l'information des patients sur leur cas et leur participation aux décisions cliniques s'est avérée bénéfique, en particulier lorsqu'il existe une certaine incertitude dans le diagnostic ou le pronostic, ou que les différents traitements présentent des avantages et des inconvénients. Dans ces cas, les valeurs, les attentes et les priorités du patient doivent jouer un rôle essentiel dans la décision. D'autre part, les professionnels de santé continuent à assumer la responsabilité du choix du meilleur traitement et l'opinion des professionnels doit avoir un poids particulier. Néanmoins, l'attribution de cette responsabilité à un professionnel ne doit pas exclure la participation du patient ou être considérée comme une subordination des patients aux professionnels. Un avis professionnel clairement présenté facilite en fait la participation du patient. En outre, l'expression du point de vue et de l'expérience du patient est utile non seulement en matière de soins cliniques, mais également pour l'élaboration de la politique de santé.

### **Choix plus large pour le consommateur : avantages et risques**

119. De plus en plus, les pays de la Région européenne donnent aux patients un libre choix de prestataires de soins primaires et de services hospitaliers. De nombreux Européens considèrent que le choix du patient est le meilleur moyen dont les individus disposent pour influencer efficacement sur les services de santé. Si le choix du patient, en tant que mécanisme de participation, peut effectivement avoir une influence sur les politiques et contribuer à responsabiliser les systèmes de santé, il peut aussi entraîner des frais supplémentaires. En outre, il risque d'affaiblir la solidarité et d'accroître le manque d'équité en santé. Il est avéré que les classes sociales élevées et mieux informées ont tendance à bénéficier le plus du choix offert aux patients, tandis que, pour les groupes vulnérables ou défavorisés, cela ne change pas grand-chose.

### **La tâche difficile des responsables politiques**

120. Il arrive parfois que des mécanismes participatifs découlant d'intentions louables ne tiennent pas compte des besoins des groupes vulnérables, tels que les handicapés mentaux, les migrants, les personnes âgées et seules, ou les patients séropositifs. Il est crucial que les décideurs politiques en matière de santé prennent en considération les intérêts de tels groupes et ne réagissent pas aux préoccupations concernant les effets négatifs des mécanismes de participation en affaiblissant ces derniers (par exemple en réduisant le choix). Les responsables politiques doivent plutôt s'employer à augmenter l'accès à l'information. En particulier, ils doivent soutenir activement la participation des groupes les plus défavorisés et les plus vulnérables, dont les membres n'ont généralement pas l'expérience et la confiance nécessaires pour faire entendre leur voix. À cette fin, il est possible d'incorporer la promotion de la participation et des droits des patients dans les politiques et les instruments juridiques. Les politiques régionales qui ont déjà été adoptées par certains États membres ouvrent d'autres possibilités en ce sens : par exemple, les citoyens ont droit à une participation et à une information sur l'état de leur environnement.

121. Lorsque les responsables de la santé sont tenus de justifier leurs décisions, cela indique que la participation du public devient véritablement efficace. Il existe plusieurs mécanismes qui permettent d'introduire la notion de responsabilité et d'en garantir le respect :

- la représentation officielle des consommateurs dans les conseils d'administration, par exemple ceux des assureurs, des autorités de la santé et des fournisseurs de soins hospitaliers ;
- l'énumération des droits et responsabilités des dispensateurs de soins de santé et des citoyens ;
- la mise en place de procédures de réclamation ;
- une participation plus importante du personnel de la santé dans l'évaluation des avantages réels procurés par les politiques de santé et l'étude de leurs effets sur l'accès, l'acceptabilité et la qualité des soins, surtout pour les membres des groupes défavorisés et vulnérables.

### **5.4. Gouvernance éthique et reposant sur des valeurs**

122. Dans les États providence d'Europe, il est de tradition que les pouvoirs publics soient chargés de veiller à ce que les systèmes de santé soient développés et gérés de façon éthique. Dans le cadre du présent document, ce fait est interprété comme un appel aux décideurs de la santé pour qu'ils veillent à ce que :

- les droits de l'homme fondamentaux soient respectés dans leur pays ;
- les valeurs d'équité, de solidarité et de participation soient mises à l'avant-plan, encouragées et appliquées.

La façon d'établir un lien entre ces valeurs et l'action concrète est la gouvernance éthique.

123. Bien entendu, la pratique de la gouvernance varie considérablement d'un pays à l'autre. En outre, la mesure dans laquelle la gouvernance est éthique est souvent influencée par des facteurs extérieurs au système de santé, tels que la paix et la stabilité sociale et politique, ainsi que la présence

(et la nature) de groupes défendant des intérêts particuliers, les ressources financières et les dirigeants. La situation est encore compliquée par le fait que de nombreux systèmes de santé européens ont récemment subi des transformations radicales.

124. La gouvernance éthique dans les secteurs sanitaires de la Région européenne est un prolongement naturel du mouvement européen de la Santé pour tous. Elle peut se manifester de plusieurs façons : prise de décision sur la base de données probantes, primauté des soins de santé primaires, coopération multisectorielle ou octroi d'une attention particulière aux besoins des groupes défavorisés. Dans tous les cas, la notion de responsabilité et la transparence sont indispensables, car la gouvernance éthique doit mettre en place des mécanismes visant à promouvoir ces valeurs à tous les niveaux. L'obligation de rendre des comptes et la transparence facilitent également l'évaluation de la conformité des politiques, programmes et initiatives nationaux sanitaires avec les valeurs nationales.

### **L'utilité de valeurs**

125. De solides bases d'éthique peuvent se révéler très précieuses lorsque l'on essaie d'améliorer les résultats du système, et les expériences de plusieurs États membres de la Région font apparaître que pendant les périodes de réforme des systèmes de santé, la fidélité par rapport aux valeurs fondamentales de la Santé pour tous est un objectif louable. Dans certains pays, la performance éthique est désormais considérée comme un élément essentiel de l'ensemble des performances du système de santé, au même titre que les performances cliniques et financières. Il s'agit là d'une évolution dans le sens d'une reconnaissance de valeurs en tant qu'élément de plus en plus important dans la concrétisation des politiques de santé, étant donné que pour améliorer le fonctionnement du système, il faut allier la clairvoyance, les connaissances techniques et l'aptitude à gérer le changement. En d'autres termes, la gouvernance éthique fondée sur des valeurs peut contribuer à la présence de la clairvoyance et des bases requises pour des changements qui amélioreront le fonctionnement du système de santé.

126. Pour assurer la gouvernance éthique en matière de santé, il faut que tant le cadre juridique des droits de l'homme que le cadre éthique commun soient des éléments primordiaux de la prise de décision et servent à élaborer et à évaluer des politiques, des programmes et des initiatives de santé. Pour le faire de façon efficace, les responsables nationaux de la politique de santé souhaiteront peut-être disposer d'instruments qui les aideraient à évaluer dans quelle mesure les décisions qu'ils prennent sont conformes aux valeurs fondamentales de la Santé pour tous (voir section 6.3).

127. Enfin, étant donné qu'une attitude éthique revêt une importance particulière pour la fonction de direction et de gouvernance effectives des systèmes de santé, elle doit inspirer chaque politique ou mesure pouvant avoir des effets sur la santé de la population, quel que soit le secteur dont elle émane. Le secteur de la santé d'un pays doit collaborer avec d'autres secteurs publics, et cette coordination a sa dimension éthique. En Europe, les responsables de l'élaboration de la politique d'autres secteurs ne mettent pas en doute l'importance de la solidarité et de l'équité pour une initiative sanitaire. Ils devraient également être exhortés à évaluer toute décision relevant de leur domaine de compétence pour déterminer non seulement quels sont ses effets potentiels sur la santé, mais aussi dans quelle mesure elle conforte les valeurs de la Santé pour tous.

## **6. Une panoplie de la Santé pour tous : des moyens concrets de mettre en œuvre les valeurs de la Santé pour tous**

128. Cette section décrit divers instruments, mesures, méthodes et techniques tantôt bien établis, tantôt toujours en cours d'élaboration. Ces instruments pratiques peuvent être employés par les ministères de la Santé pour élaborer et mettre en œuvre des politiques qui favorisent la Santé pour tous. Ils peuvent aider les dirigeants politiques à considérer sous un jour nouveau les domaines traditionnels de la santé publique, à définir les valeurs dont ils veulent faire les moteurs de leurs politiques et à défendre ces valeurs dans la pratique. Cette panoplie d'instruments comprend des documents d'orientation, des traités, des organismes, des réseaux, des pratiques et des notions, des méthodes, des bases de données et des initiatives.

129. Aucun des instruments et méthodes décrits ci-après n'a été conçu spécialement pour la mise en œuvre des valeurs de la Santé pour tous. La plupart d'entre eux se sont déjà révélés utiles à un niveau national et sont désormais employés par les décideurs politiques. Suivant les circonstances, il est possible d'utiliser ces instruments tels quels, de les adapter à des situations et à des besoins particuliers ou de s'en inspirer pour concevoir des démarches supplémentaires.

130. Au lieu d'essayer de donner une liste exhaustive de tous ces instruments, la présente section en présente dix qui illustrent l'éventail des choix ouverts aux responsables politiques désireux d'œuvrer en faveur de la Santé pour tous.

131. Pour la facilité d'utilisation, ces dix exemples ont été répartis en quatre groupes correspondant aux quatre questions fondamentales concernant la façon de procéder.

- Comment les responsables de la politique de santé peuvent-ils mettre en place un cadre de gouvernance éthique ?
- Comment peuvent-ils incorporer des données à jour dans leur politique de santé ?
- Comment peuvent-ils évaluer la façon dont ils mettent en œuvre les valeurs de la politique ?
- Comment peuvent-ils améliorer l'efficacité de leurs politiques et de leurs initiatives en faveur de la santé ?

## **6.1. Comment les responsables de la politique de santé peuvent-ils mettre en place un cadre de gouvernance éthique ?**

### ***Point 1 – Mettre à profit des obligations : conventions internationales sur les droits de l'homme***

132. Les conventions internationales énoncent des obligations juridiquement contraignantes pour les gouvernements des pays signataires et présentent une très grande utilité pour les ministères de la Santé. Un pays est tenu de modifier sa législation nationale pour s'acquitter de ces obligations et les fonctionnaires du secteur de la santé qui les connaissent peuvent les utiliser de façon anticipée. Il leur est loisible de se servir de ces conventions internationales pour évaluer les politiques existantes, proposer des changements et faire participer d'autres acteurs du secteur à un débat animé. Les décideurs, les législateurs et les organisations non gouvernementales peuvent également utiliser ces conventions pour apporter des changements liés à la santé dans des domaines telles que les finances, la justice et l'enseignement.

#### ***A. Niveau mondial : les traités des Nations Unies***

133. La Déclaration universelle des droits de l'homme est le cadre de l'ensemble de la législation internationale sur les droits de l'homme. En vertu de son article 25, « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». Cet article constitue la base de l'ensemble de la structure du droit à la santé. Ce dernier est précisé dans sept importants pactes et traités des Nations Unies qui ont également force contraignante (voir plus loin l'encadré). Chaque accord contient au moins un article qui concerne directement le droit à la santé, ainsi que d'autres articles qui portent indirectement sur la santé et les conditions de la santé.

134. L'application de ces traités fondamentaux sur les droits de l'homme est surveillée par des comités d'experts indépendants créés sous les auspices de l'ONU et soutenus par elle. Les États qui sont parties à un traité doivent présenter régulièrement des rapports sur la façon dont ils s'acquittent de leurs obligations en vertu de ce traité. Aux termes de certaines des conventions, les particuliers et les organisations peuvent également se plaindre de violations de droits.

*Traité des Nations Unies sur les droits de l'homme*

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels constitue l'interprétation la plus digne de foi du droit à la santé. Une « Observation générale » sur le droit à la santé précise la nature des droits individuels en cause et des obligations de l'État (21). Cette observation générale définit le droit à la santé comme un droit large, qui comprend non seulement le droit à des soins de santé appropriés et dispensés en temps utile, mais également les déterminants de la santé, dont l'eau potable, le logement, les aliments, l'environnement, les conditions de vie et de travail, et l'information. Elle indique également que le droit à la santé ne doit pas être interprété comme le droit d'être en bonne santé mais qu'il englobe certaines libertés (maîtrise de son corps, droits sexuels et reproductifs, et absence de torture et d'expérimentation médicale) et des droits (à un système de protection de la santé). Enfin, elle affirme que l'État doit veiller à la participation de la population à l'ensemble des décisions concernant la santé à chaque niveau de pouvoir.

135. D'autres instruments importants des Nations Unies concernant les droits de l'homme sont le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille.

**B. Le niveau européen**

**Le système du Conseil de l'Europe concernant les droits de l'homme**

136. **Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, également appelée Convention européenne des droits de l'homme ou CEDH (44).** Un important postulat de cette convention est que le droit à la santé découle du droit à la vie. Cette convention porte également sur un certain nombre de droits connexes : le droit à la dignité humaine, le droit à la protection de la vie privée et des données personnelles, et le droit à la vie privée et familiale. Les parties à la CEDH s'engagent à garantir la jouissance de l'ensemble de ces droits et libertés à toute personne présente sur leur territoire. La CEDH établit également des mécanismes internationaux de mise en œuvre.

137. **Cour européenne des droits de l'homme (Strasbourg).** La Cour connaît des requêtes de particuliers, de groupes et d'États concernant les violations de la CEDH par des États qui y sont parties. Lorsqu'elle statue sur des espèces déterminées, la Cour développe parfois le contenu explicite du droit à la santé. Par exemple, elle a déclaré que le droit à la santé implique l'obligation de l'État de protéger ses habitants contre des risques évitables pesant sur leur santé au moyen de mesures préventives, de mécanismes efficaces, d'un équilibre approprié entre les droits individuels et collectifs, et de l'absence de traitements dégradants ou inhumains.

138. **Charte sociale européenne.** Parmi les droits que cette charte garantit à tous figurent des dispositions concernant des établissements de santé accessibles et efficaces, des politiques de prévention, l'élimination des dangers professionnels et la protection de la maternité (45).

139. **Comité européen des droits sociaux.** Cet organisme détermine si la législation et la pratique nationales des États membres du Conseil de l'Europe sont conformes à leurs engagements consacrés par la Charte sociale européenne. Chaque État partie à la Charte doit présenter un rapport annuel sur la mise en œuvre juridique et administrative de la Charte.

**Système de l'Union européenne (UE)**

140. **Traité d'Amsterdam.** L'article 152 dispose qu'« un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté » (46).

141. **Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.** Bien que dépourvue de force juridique, cette charte est une importante déclaration des États membres de l'UE, dans la mesure où elle énonce dans un document unique tous les droits civils, politiques et sociaux qui sont accordés aux citoyens de l'UE (47). La section 4, consacrée à la solidarité, stipule un droit à la sécurité et à l'assistance sociales, et à la protection en cas de maternité, de maladie, d'accident du travail ou de vieillesse ; un droit d'accès à des soins de santé préventifs ; et le droit de recevoir un traitement médical.

142. **Cour de justice des Communautés européennes.** La Cour peut avoir à connaître des affaires liées à la santé pour des raisons diverses et elle rend des arrêts renvoyant aux instruments internationaux ou européens que les États membres de l'UE ont adoptés. La Cour fonde ses arrêts sur les principes énoncés dans la CEDH. Parmi les autres accords importants auxquels la Cour se réfère, on peut citer les conventions de l'Organisation internationale du travail, la Charte sociale européenne et le Pacte international relatifs aux droits civils et politiques.

### ***C. L'efficacité et les limites des conventions internationales***

143. La faiblesse des conventions internationales qui est le plus couramment reconnue est l'absence de mécanisme de sanction. Dans le cadre du système de surveillance des traités des Nations Unies, il existe un système d'élaboration de rapports par pays qui offre de larges possibilités de faire connaître les droits fondamentaux de la personne humaine et d'en débattre. Les rapports de pays destinés à l'ONU peuvent constituer d'importants catalyseurs de tels débats. Cependant, en dernière analyse, les organes de surveillance n'ont pas de recours contre un pays qui est passif ou hésite à mettre en œuvre les changements nécessaires, et ne peuvent obliger un pays à diffuser des rapports auprès du grand public. Pour ce qui est des décisions de la Cour de justice, il s'est avéré qu'elles avaient un impact important à long terme (quoiqu'avec un effet de retard) – dans la plupart des cas, elles finissent par être incorporées à la législation nationale.

144. Il existe aussi, dans certains domaines techniques comme la lutte contre le tabagisme et l'environnement, d'autres instruments de droit international pouvant être utilisés de façon similaire.

### ***Point 2 – Fixation de buts internationaux : les objectifs du Millénaire pour le développement***

145. En 2000, les représentants de 189 pays ont adopté la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Celle-ci énonce certains principes et valeurs qui sont fondamentaux pour les relations internationales au XXI<sup>e</sup> siècle, ainsi que huit objectifs de développement que chaque pays doit s'efforcer d'atteindre pour 2015. Les objectifs 4, 5 et 6 ont un rapport direct avec la santé, puisqu'ils évoquent respectivement la mortalité infantile, la santé maternelle et le VIH et d'autres maladies. Après l'adoption de la déclaration, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds monétaire international (FMI) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont contribué à élaborer 18 buts précis et 48 indicateurs d'évaluation quantifiés pour les huit objectifs.

146. Le progrès accomplis en ce qui concerne les objectifs du Millénaire pour le développement est surveillé à l'aide de rapports de pays qui analysent l'évolution des indicateurs. Ces derniers sont conçus pour mesurer, objectif par objectif, l'amélioration ou la dégradation de la santé de chaque population – agissant ainsi comme un mécanisme encourageant la justice et la solidarité, et permettant de comparer le degré de réussite des divers États et régions en matière de concrétisation de leurs objectifs. Cependant, ces indicateurs eux-mêmes restent techniquement imparfaits, et les responsables politiques doivent être conscients de deux de leurs grandes faiblesses :

- la qualité de l'information est variable d'un pays à l'autre ;
- ces indicateurs ne reflètent que des moyennes nationales, et ne donnent pas d'informations sur les groupes défavorisés ou autres sous-populations auxquelles les objectifs se rapportent plus particulièrement.

147. Dans la Région européenne, il est un fait largement reconnu que les indicateurs des OMD ne donnent que des chiffres approximatifs et peuvent masquer certaines inégalités. De même, les données

rassemblées à l'échelle des pays sont souvent inappropriées, notamment pour les objectifs en rapport avec la pauvreté, la mortalité des enfants et la santé maternelle.

### **Lien avec les valeurs de la Santé pour tous**

148. Le fait que les OMD mettent l'accent sur l'équité, notamment par la lutte contre la pauvreté à l'échelle mondiale et régionale, s'accorde avec l'esprit de la Santé pour tous. Les efforts récents de l'UE en vue de combattre la pauvreté par l'allègement de la dette, par de nouveaux mécanismes financiers et par l'augmentation de l'aide au développement constituent un bon exemple de l'intensification des efforts de la communauté internationale pour la réalisation des OMD.

149. D'autres OMD sont en lien direct avec les efforts consentis au niveau national dans le cadre de la Santé pour tous. C'est le cas de l'objectif 7, « Assurer un environnement durable », car l'approvisionnement en eau, la qualité de l'eau et son assainissement représentent toujours un déterminant de la santé problématique pour certains pays et sous-populations, et de l'objectif 8, « Mettre en place un partenariat mondial pour le développement », car en appelant à appréhender le travail de développement de façon globale et durable, il fait écho à la Santé pour tous, qui préconise d'envisager des partenariats pour la santé de manière large, au-delà du secteur de la santé.

150. Une analyse complète du rapport entre la santé et le développement nécessite d'étudier de manière plus approfondie les liens entre l'équité et le développement, et l'OMS a l'intention d'examiner ces liens dans son Rapport sur la santé dans le monde 2006.

#### *Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement*

En janvier 2000, l'OMS a créé la Commission sur la Macroéconomie et la santé pour placer la santé en bonne place parmi les préoccupations mondiales en matière de développement économique. Ultérieurement, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a ouvert le Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement à Venise, pour mieux comprendre les déterminants de la santé dans la Région européenne et agir à leur égard. Le bureau de Venise est chargé d'analyser la situation propre à chaque pays à faible revenu de la Région et de concevoir des actions sanitaires adaptées à sa situation particulière. L'un des projets de recherche du bureau de Venise, qui est une adaptation européenne du Rapport de la Commission sur la Macroéconomie et la santé, vise à analyser la pertinence des OMD dans le contexte européen. Un autre projet met l'accent sur l'aide publique au développement octroyée dans le secteur de la santé aux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale. Il démontre très bien que le niveau de l'aide publique prévu pour le secteur de la santé dans cette partie de la Région est beaucoup trop bas par rapport aux besoins.

### **Point 3 – Assurer la participation du public**

151. La prise en considération des opinions et des attentes du grand public lors de l'élaboration des politiques de santé est relativement récente. Ses avantages sont présentés de façon convaincante dans la Déclaration d'Amsterdam sur la promotion des droits des patients en Europe et dans la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé. Selon ces documents, la participation et l'autonomisation de la population sont les meilleurs moyens de concevoir un système de santé qui réponde aux besoins, aux valeurs et aux préférences de la population, tout en encourageant celle-ci à adopter des comportements sains. Le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a également recommandé que les pouvoirs publics accordent à leurs citoyens un rôle central dans la prise de décisions qui concernent leur propre santé, sur la base de ce qu'il appelle leur droit fondamental de définir les buts de la politique de santé.

152. Il incombe à chaque État membre de la Région européenne de concevoir des politiques appropriées pour encourager la participation. Ayant reconnu progressivement la nécessité d'une telle participation, plusieurs pays d'Europe occidentale ont expérimenté diverses façons de la mettre en œuvre, en particulier grâce à des débats publics. Un facteur essentiel du succès de ces efforts est constitué par la diffusion de connaissances dans l'ensemble de la société. À cette fin, il est devenu

indispensable de faire participer les organisations non gouvernementales et de collaborer étroitement avec les médias.

153. Pour encourager la participation du public, les responsables politiques peuvent :

- qualifier les divers participants de représentants, afin de les dissuader de permettre aux intérêts du commerce, de personnes privées, de professionnels ou d'entreprises de s'immiscer dans leur travail ;
- veiller à ce que les groupes les plus vulnérables et les moins privilégiés de la population bénéficient d'une représentation proportionnelle et correcte dans le processus de consultation ;
- s'assurer que les informations – et leur présentation – sont claires et objectives ;
- exprimer clairement, dès le début du processus, dans quelle mesure on peut espérer qu'une politique publique tienne compte des opinions des participants ;
- informer le grand public quant aux résultats du processus de consultation et à l'utilisation qui en a été faite.

#### *Conférences de consensus*

Cette méthode a été conçue au cours des années 70 aux États-Unis d'Amérique et au Canada, principalement en tant qu'outil professionnel pour élaborer des recommandations médicales. Par la suite, le Royaume-Uni et la France ont utilisé à titre expérimental des conférences de consensus au cours des années 90 et le Danemark y a eu recours en tant qu'option fondamentale pour l'élaboration de la politique. Une conférence de consensus comprend un comité dont les membres représentent un groupe de la population atteint d'une maladie donnée ou la population dans son ensemble. Les membres reçoivent préalablement des informations sur la question qui sera débattue et participent ensuite à une réunion spéciale au cours de laquelle ils écoutent des experts expliquer les aspects pouvant susciter la controverse. Des commentaires et des auditions ont ensuite lieu et le comité, qui joue le rôle d'un jury, présente ses recommandations. Celles-ci bénéficient généralement d'une large couverture médiatique et stimulent un débat public, avant que les décideurs ne les examinent en vue de leur incorporation éventuelle dans des décisions réglementaires. Cette méthode a permis d'encourager une large participation du public à l'élaboration de politiques qui respectent les valeurs de la Santé pour tous.

#### *Forums nationaux de la santé*

Un forum national de la santé permet un échange de vues sur une question pour laquelle l'opinion publique est jugée essentielle. La période préparatoire peut durer des mois et se dérouler selon diverses formules (ateliers, séances plénières, groupes de travail se réunissant en privé). Les forums publics bénéficient généralement d'une large couverture médiatique, ce qui stimule un débat complémentaire. Ils représentent un espace où l'expérience personnelle, les opinions des professionnels (et parfois des entreprises) et divers types de données (techniques, financières et scientifiques) peuvent être réunies. En France, les états généraux de la santé ont bénéficié d'une large participation et des conférences nationales et régionales ont lieu régulièrement. En 2004, ce processus a débouché sur une nouvelle loi qui définit les rôles des patients et des organisations qui les représentent dans les systèmes de soins de santé. Au Royaume-Uni, le ministère de la Santé a lancé une vaste consultation nationale en 2004. Le livre blanc intitulé « Choosing Health » a posé des questions très diverses sur la façon dont le pays pourrait s'attaquer à des problèmes évitables tels que l'obésité, le tabagisme et les infections sexuellement transmissibles. Ce document a constitué la base d'une consultation nationale, qui a comporté des centaines de manifestations dans l'ensemble du pays, organisées par des autorités nationales et locales et des organisations de santé publique. Les participants au débat étaient des particuliers, les médias, des entreprises, des organisations à but non lucratif et des administrations nationales et locales.

## 6.2. Comment les responsables politiques peuvent-ils incorporer des données à jour dans leur politique de santé ?

154. La gouvernance éthique dans le secteur de la santé suppose le recueil et l'examen continu de données sur la santé de la population, les risques sanitaires et les déterminants de la santé, ce qui permet aux autorités de la santé de prendre des décisions en se fondant sur les bases factuelles et les connaissances les plus récentes. On ne peut pas dire que la collecte de données soit un nouvel outil pour la définition et la mise en œuvre de politiques, mais au fur et à mesure qu'il est affiné par les experts, il gagne en efficacité. Un exemple de ces améliorations : la collecte de données désagrégées, qui permettent aux responsables politiques d'étudier la répartition des avantages dont jouissent différents groupes de population dans le domaine de la santé – c'est-à-dire d'analyser l'équité.

### *Point 4 – Rassembler des données sanitaires et des connaissances sur la santé*

155. Pour qu'une politique de santé soit à la fois réalisable (efficace et financièrement réaliste) et éthique (réactive et fondée sur des valeurs), il est essentiel de suivre de près l'état sanitaire de la population. Cela nécessite l'interprétation et l'observation constantes d'un large ensemble d'indicateurs de santé.

156. Lorsque l'on met en place un système permanent d'indicateurs de santé, il faut veiller à ce qu'il respecte des normes éthiques, y compris le droit de l'individu à la vie privée et au choix du mode de vie. En matière de collecte et de suivi de données, cela signifie que les données individuelles doivent être anonymes et que la confidentialité doit être strictement garantie.

#### *Recueils de données créés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe*

La base de données européenne de la Santé pour tous comprend des données sur près de 600 indicateurs de santé pour chacun des 52 États membres de la Région. Elle est accessible sur <http://www.euro.who.int/hfadb>.

Diverses bases de données techniques (par exemple sur la consommation de tabac et les maladies transmissibles) qui permettent des comparaisons internationales sont également disponibles sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int>).

Le Rapport sur la santé en Europe est publié périodiquement. Il présente un résumé de la situation sanitaire de la population et des principaux indicateurs sanitaires pour chaque État membre, et indique les domaines dans lesquels des mesures doivent être prises. Ce rapport vise à donner aux décideurs des informations à jour qui peuvent être utilisées immédiatement. Certains pays établissent leur propre rapport national sur la santé dans un but similaire.

#### *Recueils de données créés par d'autres organisations*

Les données de l'OCDE sur la santé constituent la plus vaste source de statistiques permettant de comparer la situation sanitaire des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Cette base de données interactive est un outil fondamental pour les chercheurs en santé et les conseillers en politique de santé qui travaillent dans les administrations, le secteur privé et les universités. Elle rassemble en un lieu unique plus de 1 200 indicateurs, ainsi que les résultats de questionnaires approfondis.

Les « Chiffres clés sur la santé » rassemblent des informations provenant de multiples sources scientifiques, notamment des données sur la situation sanitaire et les maladies, les risques environnementaux et les dangers de la route, les facteurs liés au mode de vie, ainsi que le système de santé lui-même. Compilé par Eurostat (l'Office statistique des Communautés européennes), ce rapport est un outil destiné aux décideurs, aux spécialistes, aux économistes et chercheurs du secteur de la santé dans l'UE, ainsi qu'aux médias et au grand public.

Parmi les autres organes communautaires traitant de statistiques de la santé, on compte le programme de santé publique de l'UE, dans le cadre duquel, sous le volet « information sur la santé », des indicateurs de santé sont activement développés, et le sous-groupe « Indicateurs » du Comité de la protection sociale, qui travaille aussi avec des indicateurs de santé afin de fournir de meilleures informations pour les projets relatifs aux services de santé.

#### *Le Protocole sur l'eau et la santé*

Ce protocole à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux est un puissant mécanisme de collecte de données sur la santé. Adopté en 1999 lors de la Troisième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, ce Protocole est aussi le premier grand instrument de droit international pour la prévention et la lutte contre les maladies liées à l'eau en Europe. Il entrera en vigueur en août 2005 et deviendra contraignant pour les pays qui l'auront ratifié. Lors d'une réunion des parties au Protocole, il a été reconnu que la collecte de données de qualité était d'une importance capitale pour un bon suivi et pour la création de mécanismes efficaces de transmission de données.

#### **Point 5 – Mettre en place et gérer des systèmes de surveillance des crises sanitaires**

157. Les systèmes de veille en matière de crises sanitaires constituent un instrument essentiel pour prévoir, lorsque cela est possible, des situations d'urgences sanitaires catastrophiques, et dans les autres cas, pour réagir immédiatement aux catastrophes. Tandis que les systèmes d'alerte sanitaire assurent avant tout le suivi en matière de maladies infectieuses, les systèmes de veille mis en place contre les crises ont commencé à surveiller aussi, et toujours de plus près, les risques majeurs en matière d'hygiène de l'environnement. De tels systèmes sont devenus indispensables pour réagir aux catastrophes dans un environnement de plus en plus mondialisé où les maladies se répandent avec toujours plus de facilité et de rapidité.

158. Les systèmes de veille sur les crises sanitaires sont utiles, car ils permettent :

- de détecter les grandes menaces et urgences sanitaires ;
- de réunir toutes les connaissances actuelles sur les risques sanitaires et d'en faire l'évaluation critique ;
- d'évaluer et d'analyser les cas d'urgence ;
- de mettre en garde les autorités contre de graves menaces potentielles ;
- de fournir les bases de recommandations générales ou spécifiques ;
- de soutenir les efforts consentis par les professionnels de la santé pour la surveillance des crises.

159. Pour être aussi efficaces que possible, ces systèmes doivent recourir à un réseau de partenaires nationaux, régionaux et mondiaux. Pour assurer une réaction rapide face à des flambées de maladies au niveau local, il est généralement nécessaire de disposer d'une équipe centrale en contact étroit avec des unités d'épidémiologie locales. Cette équipe doit aussi faire partie d'un réseau de laboratoires d'épidémiologie investigative et disposer d'un système de transport bien organisé.

160. L'efficacité d'un système de surveillance des crises sanitaires dépend de sa souplesse, de son aptitude à détecter des risques imprévus, du degré de coordination intersectorielle qu'il exerce, de son financement, de son indépendance par rapport aux autorités et programmes politiques, et des moyens de communication dont il dispose.

#### **Lien avec les valeurs de la Santé pour tous**

161. Souvent, dans les cas d'urgence, seule une action collective permet de garantir l'application de mesures vitales de protection pour les plus faibles et les plus pauvres (et donc pour tous). Lorsque des

épidémies se produisent, une protection efficace de la santé publique est assurée avant tout par des mesures destinées à l'ensemble de la population, prises aussi rapidement que possible et, si nécessaire, de façon autoritaire. Néanmoins, la mise en œuvre de ces mesures doit respecter les principes d'équité et de solidarité. De même, les réactions internationales aux situations d'urgence sanitaire doivent témoigner d'un respect pour ces valeurs.

#### *Les efforts de l'OMS*

Le Règlement sanitaire international a été révisé et adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2005. Ce règlement représente un progrès considérable pour la protection sanitaire internationale contre les risques de maladies, quelle que soit leur origine.

Le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie réunit des experts, des établissements de santé et des autorités sanitaires. Ce réseau électronique comporte de nombreux éléments, dont :

- le réseau mondial d'information sur la santé publique (une base de données mondiale dotée d'un robot permettant une recherche dans tout le système, dans laquelle il est possible d'introduire des mots clés en sept langues afin de déceler les indicateurs d'une flambée épidémique) ;
- le réseau de laboratoires de l'OMS, qui comprend actuellement 110 laboratoires dans 84 pays.

Le réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie permet à l'OMS de réagir sans délai à des crises, en diffusant des avertissements sanitaires rapidement dans le monde entier, en envoyant des bulletins d'information, en conseillant des particuliers, en élaborant des stratégies de crise et en épaulant les gouvernements dans leurs actions. Sa capacité a été démontrée au cours de la crise provoquée par le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère).

#### **Point 6 – Surveillance des déterminants de la santé**

162. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU interprète le droit à la santé comme un droit global qui s'applique aux déterminants et aux soins de santé. En conséquence, les gouvernements doivent s'efforcer de sauvegarder non seulement le droit de l'individu à des soins de santé appropriés fournis en temps utile, mais également le droit à de l'eau potable, à un assainissement adéquat, à un approvisionnement suffisant en aliments sûrs et nutritifs, à un logement sûr et approprié, à des conditions de travail saines, à un environnement salubre et à une éducation et à des informations sur des questions de santé, notamment de santé sexuelle et reproductive.

163. La bonne compréhension des principaux déterminants de la santé permet un maximum d'efficacité dans la prise de décisions et la mise en œuvre de mesures dans le domaine sanitaire. Le suivi des déterminants de la santé requiert une coordination tant dans le secteur de la santé qu'en dehors. Il est important d'observer les inégalités existantes en matière de déterminants de la santé et de les présenter à la fois en chiffres absolus et après pondération. Cette méthode est nécessaire parce que l'on ne peut lutter contre la maladie et sauver des vies qu'en prenant correctement en considération les déterminants sociaux de la santé. Les projets et études menés à l'échelle nationale et internationale ont permis d'acquérir beaucoup d'informations sur ces déterminants, mais le savoir amassé reste quelque peu lacunaire. Pour être complètement exploité, il doit encore être développé au maximum et largement diffusé.

164. C'est pourquoi les éditions de 2002 et 2003 du *Rapport sur la santé dans le monde* de l'OMS portent sur la charge de morbidité (48, 49). Le rapport de 2002 aborde dix facteurs de risque – malnutrition, pratiques sexuelles dangereuses, hypertension, tabagisme, consommation excessive d'alcool, environnements insalubres, carence ferriprive, utilisation de combustibles solides et pollution de l'air intérieur, hypercholestérolémie et obésité – ainsi que la charge de morbidité imputable à chacun d'entre eux. Ensemble, ces dix facteurs de risque (qui englobent à la fois les caractéristiques propres au mode de vie et les déterminants de la santé) sont responsables de plus d'un tiers des décès dans le monde.

165. Le rapport de 2002 présente également des calculs sur le nombre de maladies, d'incapacités et de décès qui pourraient être évités au cours des 20 prochaines années si des mesures appropriées étaient prises maintenant pour faire face à ces risques. Il montre qu'une augmentation appropriée de l'espérance de vie en bonne santé peut être obtenue dans les pays les plus pauvres et les plus riches au cours de la prochaine décennie grâce à des actions relativement peu coûteuses. En adoptant les méthodes d'évaluation des risques de l'OMS, un État est mieux à même de réduire la charge de morbidité nationale et d'améliorer la santé de la population.

### **Le lien avec la gouvernance éthique**

166. L'une des manières les plus efficaces de gérer des disparités croissantes dans une population est de cibler les déterminants sociaux de la santé, notamment la pauvreté. Ces mesures ont pour objectif global d'améliorer les conditions de vie et de travail, ce qui revêt une importance capitale pour l'amélioration de la santé et la lutte contre les inégalités en la matière. Comme les principaux déterminants de la santé sont eux-mêmes déterminés, du moins en partie, par le contexte social, c'est aussi dans ce cadre qu'il convient de les aborder. Dès lors, c'est aux organes décisionnels publics chargés des politiques et de l'action sociales qu'il appartient de prendre les rênes pour mettre au point des remèdes.

167. Non seulement les stratégies portant sur les déterminants fondamentaux de la santé ont des effets sanitaires positifs, mais elles favorisent également un développement durable et réduisent les manques d'équité. Cependant, pour agir sur les déterminants de la santé, la politique de santé doit souvent influencer sur les comportements tant personnels que collectifs. Les autorités publiques qui élaborent des stratégies en la matière doivent envisager les conséquences sur le plan éthique et veiller à respecter les droits et libertés personnels, surtout lorsqu'elles traitent de déterminants qui dépendent du comportement de l'individu. Il peut être difficile de décider quelle est la meilleure manière de les aborder. Lorsque l'on veut modifier des comportements mauvais pour la santé, il est parfois préférable d'éduquer plutôt que d'interdire par une loi. Cependant, des interdictions peuvent quelquefois s'avérer efficaces aussi. En France, par exemple, une stratégie d'interdictions et de sanctions a permis d'obtenir une réduction spectaculaire des accidents de la circulation en 2002–2004, bien que la pérennité à long terme de cette stratégie n'ait pas encore été démontrée.

#### *La Commission des déterminants sociaux et de la santé*

Fondée en 2005, cette Commission est l'initiative mondiale la plus récente de l'OMS en réaction au problème des déterminants sociaux de la santé. Une partie du Bureau régional de l'Europe – le Bureau européen d'investissement pour la santé et le développement, situé à Venise – cherche à réunir les concepts, les preuves scientifiques, les technologies et les politiques nécessaires pour s'attaquer aux déterminants sociaux et économiques de la santé d'une population. En collaboration avec la nouvelle Commission, le bureau de Venise travaille en lien étroit avec les pays d'Europe pour développer les activités dans ce domaine.

### **6.3. Comment les responsables de l'élaboration de la politique de santé peuvent-ils évaluer la mise en œuvre de valeurs inspirant la politique ?**

#### ***Point 7 – Évaluer les performances du système de santé***

168. L'OMS a commencé à évaluer et à analyser les performances des systèmes de santé en vue de comprendre les importantes inégalités en matière de gains de santé dans le monde. Des informations abondantes avaient montré que des pays comparables qui procédaient à des investissements similaires obtenaient parfois des résultats très différents en matière d'amélioration de la santé et qu'inversement, différents niveaux d'investissement produisaient parfois des résultats analogues. Ce phénomène a suscité des questions quant à l'efficacité des systèmes de santé, c'est-à-dire leur capacité à obtenir non seulement les meilleurs résultats pour leur argent, mais aussi un degré maximal de réaction et d'équité dans le financement.

169. Dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, l'OMS présente certains des outils analytiques qui mettent en évidence les faiblesses des systèmes de santé et contribuent à expliquer les différences en matière de performances des systèmes de santé (50). Ces outils mesurent les performances sous l'angle de buts du système de santé tels que les améliorations de la santé, la réactivité et l'équité. Les conclusions de ce rapport comprennent deux observations qui présentent un intérêt particulier pour les systèmes axés sur la Santé pour tous.

- **Le cercle vicieux de la pauvreté.** Les conséquences de systèmes de santé qui fonctionnent mal sont inversement proportionnelles au revenu et sont beaucoup plus importantes dans les pays à faible revenu. Lorsqu'un système de santé ne fonctionne pas bien, les écarts entre les riches et les pauvres dans les pays à faible revenu sont également beaucoup plus grands sur les plans de la dignité du patient et des choix offerts aux patients. Dès lors, de tels systèmes ne respectent pas parfaitement le droit à la santé de leurs utilisateurs les plus pauvres.
- **Contributions financières équitables.** Les coûts du système de santé doivent être partagés équitablement, ce qui signifie que les responsables politiques doivent veiller à ce que les plus pauvres ne consacrent pas un pourcentage plus élevé que les riches à la protection de leur santé.

170. L'analyse des performances des systèmes de santé a permis d'établir des comparaisons intéressantes et a déclenché des débats importants (51). Il est utile pour un gouvernement de lancer de tels débats et d'étudier les causes des manques d'équité, et cela reflète un souci moral essentiel. Jusqu'à présent, cependant, ce type d'analyse rencontrait certaines limites dues au caractère perfectible des indicateurs utilisés et à la qualité des informations rassemblées. Pour faire progresser l'évaluation des performances des systèmes de santé, des outils de meilleure qualité seront nécessaires. Néanmoins, l'évaluation des résultats obtenus par le système de santé est une étape importante de la mise en œuvre des valeurs de la Santé pour tous.

#### *L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé*

En 1999, l'OMS a appuyé la création de l'Observatoire pour aider les pays en transition de la Région européenne à étudier attentivement le fonctionnement de leur secteur sanitaire par rapport à celui d'autres pays en transition et à ceux des pays d'Europe occidentale. Depuis lors, l'Observatoire a réalisé de nombreuses études, dont une série d'enquêtes nationales qui aident les responsables des soins de santé à décrire leur propre système en utilisant des méthodes et un schéma uniques. Les enquêtes produisent une grande quantité de données comparatives, que les systèmes de santé jugent très précieuses pour toutes sortes d'analyses internes et collaboratives.

#### **Point 8 – Évaluer la qualité : l'accréditation**

171. L'accréditation des établissements de santé est un instrument qui peut être utilisé à différents niveaux. À l'échelon national, il s'agit d'un instrument universel utilisé pour assurer la sécurité et la qualité des soins de santé, et pour favoriser une amélioration constante. L'accréditation est également réalisée dans chaque établissement de santé par des professionnels extérieurs, qui examinent son fonctionnement et ses pratiques. Ils proposent des moyens de remédier à des déficiences de l'organisation de l'établissement considéré, et d'améliorer ses installations et son fonctionnement afin de les mettre en conformité avec les normes établies. Ces dernières ont été élaborées par d'autres professionnels de santé, soit en toute autonomie, soit en collaboration avec un organisme indépendant spécialisé.

172. L'accréditation présente plusieurs avantages potentiels.

- La qualité et la sécurité des soins médicaux sont évaluées par rapport aux attentes des patients.
- L'accréditation vise essentiellement une amélioration constante des traitements et diagnostics.
- Des pairs évaluateurs formulent des recommandations précises à l'intention des professionnels de santé concernant les moyens qu'ils peuvent utiliser pour amener les performances aux normes souhaitées. Comme d'autres professionnels sont directement associés au processus

d'accréditation, ceux qui font l'objet de l'évaluation sont généralement mieux disposés à accepter et à mettre en œuvre les changements proposés.

- Comme les évaluations sont réalisées par des experts extérieurs, les professionnels, autant que les patients, peuvent s'y fier pour se former une opinion objective, en connaissance de cause.
- Les rapports d'accréditation peuvent être consultés par le grand public, ce qui rend les patients plus confiants.

173. Il est important de faire remarquer que l'accréditation n'est qu'un instrument parmi d'autres (recommandations sur les aspects cliniques ou sur la qualité, audits, etc.) pour l'amélioration qualitative et l'assurance-qualité.

### **Lien avec les valeurs de la Santé pour tous**

174. L'accréditation offre aux gouvernements la possibilité d'élaborer et de promouvoir des normes de qualité dans l'intérêt général. Elle peut aussi rassembler et motiver les professionnels de santé, et donner aux citoyens les informations dont ils ont besoin pour comparer les options de prestations de soins et bien choisir parmi celles-ci. En bref, bien que l'accréditation exige un certain investissement en ressources humaines et financières, elle peut accroître l'accès, la participation et la transparence.

#### *L'expérience européenne*

Les secteurs sanitaires du Canada et des États-Unis d'Amérique utilisent des systèmes d'accréditation depuis longtemps. Depuis 1980, la plupart des pays européens ont expérimenté cette démarche, mais seuls quelques-uns d'entre eux ont mis en place des systèmes d'accréditation permanents. La première tentative a eu lieu au Royaume-Uni, bien que le système n'ait jamais été pleinement développé. Le modèle britannique a ultérieurement été expérimenté en Finlande, au Portugal et en Suède, où des systèmes d'accréditation facultatifs d'ampleur limitée ont été mis en place. En Espagne, en Hongrie, en Pologne, au Portugal, en République tchèque et en Suisse, des établissements privés ont demandé à leurs gouvernements respectifs de mettre en place une accréditation, mais d'autres méthodes d'amélioration de la qualité des soins ont été retenues. En Allemagne, il existe une procédure de certification facultative pour les hôpitaux, qui est utilisée pour évaluer l'ensemble des soins médicaux et infirmiers et les procédures administratives. Elle est axée sur les meilleures pratiques internationales de certification dans le domaine des soins de santé et est mise en œuvre par des organisations décentralisées homologuées.

Aujourd'hui, seuls quelques pays européens procèdent à l'accréditation de leurs établissements et programmes de santé. En Belgique, il existe un système national d'accréditation pour les laboratoires. La France a mis en place une agence de l'accréditation, et les 3 000 établissements médicaux publics et privés du pays doivent tous subir une évaluation de la qualité et de la sécurité réalisée par des experts extérieurs spécialement formés à cet effet. Au Royaume-Uni, l'Écosse met en place des systèmes distincts d'accréditation pour certains programmes prioritaires concernant par exemple le cancer, les maladies cardiovasculaires et la santé mentale. D'autres pays de la Région européenne ont l'intention d'améliorer la qualité clinique et organisationnelle de leur système de santé, mais ils n'ont pas adopté l'accréditation jusqu'à présent.

## **6.4. Comment les responsables politiques peuvent-ils rationaliser davantage les politiques et les actions de santé ?**

### ***Point 9 – Faire reposer la politique de santé sur des bases factuelles***

175. En cette ère de croissance exponentielle des connaissances, les politiques de santé tiennent de plus en plus compte de critères et de données scientifiques. Cependant, pour que les décideurs puissent maximiser l'efficacité des programmes du secteur sanitaire, ils ont besoin d'avoir accès aux statistiques les plus récentes et aux meilleures bases factuelles disponibles. Les recherches actuelles sur les moyens de faire reposer la politique de santé sur des bases factuelles ont visé à améliorer le processus et à accroître son applicabilité. En matière de santé, de bonnes bases factuelles comprennent non seulement les conclusions d'études, mais aussi d'autres types de connaissances auxquelles les décideurs peuvent

trouver une utilité. Heureusement, il existe maintenant plusieurs excellentes sources d'idées et d'informations conçues spécialement pour les autorités sanitaires (voir les encadrés qui suivent).

### **Le lien avec la gouvernance éthique**

176. En choisissant de fonder ses politiques sur des bases factuelles, on obtient inévitablement, à long terme, des améliorations de santé – une idée qui est, convenons-en, beaucoup plus facile à proclamer qu'à mettre en pratique. Bien que les résultats de travaux scientifiques puissent constituer un fondement solide pour les décisions relatives à la politique de santé, les méthodes reposant sur des bases factuelles ne sont pas toujours faciles à appliquer. Il est fréquent que les bases factuelles concernant les effets sanitaires d'un facteur donné ne puissent facilement être démontrées lorsque cela est nécessaire, en raison de la complexité des divers facteurs qui s'interpénètrent. En outre, lorsqu'il s'agit de dangers nouveaux pour la santé, la réalisation d'études prédictives fiables prend du temps et coûte cher. Parmi les autres problèmes fréquents, il y a les situations dans lesquelles les faits sont établis, mais où cela n'a pas d'influence sur les décisions prises, ou dans lesquelles des décisions doivent être prises, mais les bases factuelles font défaut. Établir rapidement un lien entre les politiques et les bases factuelles peut représenter un progrès spectaculaire pour la formulation éclairée de politiques sanitaires, que ce soit dans le secteur de la santé ou dans d'autres.

#### *La Cochrane Collaboration*

Cette organisation internationale procède à des revues systématiques de la littérature médicale actuelle sur l'efficacité de certaines interventions de santé. Des professionnels de santé, des responsables de l'élaboration des politiques et des usagers des soins de santé utilisent ces revues, qui sont disponibles pour les membres sur <http://www.cochrane.org>. Toute personne peut consulter gratuitement des résumés des revues sur ce site. La Cochrane Collaboration a établi des protocoles précis pour réduire autant que possible les biais susceptibles d'entacher les revues, y compris l'examen par les pairs. Cette organisation réalise également des travaux de recherche méthodologique approfondie qui résument les connaissances scientifiques en médecine et en santé.

#### *Bureau régional de l'OMS pour l'Europe*

Le Réseau des bases factuelles en santé (HEN), service d'information en ligne créé par le Bureau régional (<http://www.euro.who.int/hen>), est destiné avant tout aux décideurs dans le domaine de la santé appartenant au secteur public, bien que d'autres parties le jugent également utile. Les membres d'un comité de rédaction international discutent des questions proposées, en s'efforçant de retenir des thèmes qui répondent le mieux aux intérêts des responsables politiques. Ensuite, un expert de la discipline considérée fait la synthèse de réponses à chaque question retenue, en utilisant divers documents, enquêtes et études pour décrire les bases factuelles récentes, les dimensions scientifiques et éthiques, etc. Tous les rapports de synthèse du Réseau font l'objet d'un examen par les pairs et d'actualisations périodiques. Il est également possible d'obtenir auprès du Bureau régional un manuel sur les méthodes de travail basées sur des données vérifiées et sur la rédaction d'études de cas.

#### *L'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)*

Ce réseau permet aux organismes d'évaluation des technologies de santé et aux sociétés scientifiques de mettre en commun des méthodes et des résultats de travaux. Il rassemble 40 organismes de 20 pays, et permet également à ses membres de servir leurs intérêts communs. Dans la mesure où l'évaluation des technologies médicales est un domaine multidisciplinaire relevant de l'analyse des politiques, l'INAHTA est également une enceinte de discussion pour les responsables politiques. Son site Web (<http://www.inahta.org>) contient des liens vers des banques de données, des bulletins d'information et des rapports intéressants, tandis qu'une base de données complète recense les études en cours et celles qui ont été publiées, avec des synthèses et des renvois utiles.

### **Point 10 – Réaliser des évaluations d'impact sur la santé**

177. L'évaluation d'impact sur la santé est un ensemble de méthodes et d'outils qui vise à incorporer la dimension sanitaire dans toutes les politiques des pouvoirs publics. Grâce à ce type d'évaluation, il est possible de porter une appréciation sur une politique, un programme ou un plan sous l'angle de ses effets potentiels sur la santé. Les décisions prises dans des secteurs tels que l'industrie, les transports, l'environnement, le logement, l'agriculture et l'énergie ont toutes diverses conséquences directes ou indirectes sur la santé. L'évaluation d'impact sur la santé vise à prévoir ces effets afin d'informer les décideurs. Elle peut donc être un précieux instrument pour la prise en considération d'aspects sanitaires dans des secteurs autres que celui de la santé.

178. L'évaluation d'impact sur la santé s'est révélée être un moyen efficace d'accorder une plus grande importance à la santé publique lors de l'examen de questions politiques. Traditionnellement, lors de l'élaboration d'une politique dans un secteur quelconque, il n'est guère tenu compte de ses incidences sanitaires. Mais en cas de conséquences sanitaires fâcheuses, leurs coûts sont supportés par le secteur de la santé. Si ce dernier participait à des consultations sur les politiques et plans d'autres secteurs, cela pourrait contribuer à mieux prévenir de telles situations. Pour que l'évaluation d'impact sur la santé soit efficace, elle doit associer toutes les parties prenantes, y compris la population touchée, et les participants doivent être disposés à remettre en cause l'intérêt de programmes dont il est montré qu'ils ont des effets négatifs sur la santé publique. Et pour un maximum d'efficacité, l'évaluation d'impact sur la santé devrait aussi s'appuyer sur les meilleures données scientifiques disponibles et sur les déterminants de la santé.

179. Un problème soulevé par l'utilisation de l'évaluation d'impact sur la santé tient dans la possibilité d'une concurrence avec les priorités d'autres secteurs sociaux (telles que les finances, le développement, le logement et l'emploi). Le fait que les conséquences sanitaires négatives de nombreux projets ne se manifestent qu'au bout d'un certain temps accroît encore la difficulté. Cependant, certains pays de la Région européenne ont découvert que ce type d'évaluation peut en fait accroître l'intérêt et la participation de la population, des universitaires et des autorités locales.

180. Les méthodes d'évaluation de l'impact sur la santé en sont encore au stade de la mise au point, et des spécialistes mènent des travaux pour améliorer les méthodes et créer un ensemble commun de normes et de protocoles de référence.

#### *L'expérience européenne*

L'UE a été la première à formuler l'impératif suivant lequel l'élaboration et la mise en œuvre de l'ensemble des politiques, programmes et activités de l'UE doivent garantir un haut degré de protection sanitaire, et ce dans deux de ses documents fondateurs, à savoir le Traité sur l'Union européenne (Traité de Maastricht) et le Traité d'Amsterdam. Sa Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs est chargée d'évaluer les conséquences pour la santé publique de chaque politique et programme de l'UE. La base de la prise en considération de la santé dans les politiques d'autres secteurs a été établie plus tôt encore, par une directive de 1985 qui a rendu obligatoire l'évaluation d'impact environnemental pour tous les États membres de l'UE.

Divers gouvernements européens ont également adopté des dispositions concernant l'évaluation d'impact sur la santé. L'Irlande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède ont chacun mis en place un système national pour l'évaluation de l'impact sanitaire des politiques et des programmes. L'évaluation d'impact sur la santé n'est pas encore largement utilisée dans l'ensemble de l'Europe, mais de nombreux pays ont exécuté des projets nationaux, régionaux ou locaux concernant l'évaluation d'impact sur la santé qui ont accompli des progrès rapides ces dernières années. Par ailleurs, plusieurs pays européens ont créé des programmes pilotes d'évaluation d'impact sur la santé et expérimentent divers outils, dont des guides méthodologiques, des manuels, des listes d'indicateurs, des cours de formation et des séminaires. La méthodologie fondamentale est bien définie et de bonnes sources d'information sur l'évaluation d'impact sur la santé sont également disponibles, par exemple le Health Impact Assessment Gateway (<http://www.hiagateway.org.uk>) et les pages du site Web de l'OMS consacrées à l'évaluation d'impact sur la santé (<http://www.who.int/hia>).

### *Le Comité européen de l'environnement et de la santé*

Créé en 1995, ce comité comprend des représentants de ministères de la Santé, de ministères de l'Environnement, d'organisations intergouvernementales et non gouvernementales de la Région européenne. Il mène des discussions et sert de comité directeur pour une conférence de ministres de la Santé et de l'Environnement qui a lieu tous les cinq ans (la prochaine aura lieu à Budapest en 2009). La mission première du comité est d'assurer la mise en œuvre du Plan d'action pour l'hygiène de l'environnement en Europe, adopté en 1994 lors de la deuxième conférence de ce type.

## **7. Vers la Santé pour tous : points à vérifier**

181. Dans le cadre de la Santé pour tous, l'actualisation d'une politique est aussi importante que sa mise en œuvre et que son évaluation. Pour la santé d'une population d'un pays, il est essentiel de procéder à une vérification régulière de la politique de santé nationale, c'est-à-dire un examen systématique périodique de son contenu et de sa mise en œuvre, notamment sous l'angle des progrès réalisés par rapport aux principes de la Santé pour tous. Non seulement une telle vérification permet au secteur sanitaire d'adopter plus facilement de nouvelles méthodes, mais elle donne aussi aux parties intéressées une représentation à jour du mode de fonctionnement de leur système de santé. Bien entendu, un examen d'ensemble est plus simple lorsque les buts sanitaires nationaux ont été activement élaborés et formulés.

182. De nombreux experts nationaux ont indiqué qu'ils souhaitaient en savoir davantage sur la façon d'évaluer les performances de leur politique de santé nationale par rapport à la politique-cadre européenne de la Santé pour tous. La présente section permet une telle évaluation, grâce à des questions ouvertes pouvant être abordées dans le cadre d'un examen systématique de la politique. Cette liste ne se veut pas exhaustive, mais elle donne des exemples du type de question que les responsables politiques nationaux pourraient vouloir poser. Comme la panoplie de la section précédente, la liste ci-dessous vise à encourager la créativité et le choix d'options, tout en dotant les décideurs d'une méthode pouvant faciliter les comparaisons entre les pays.

### **7.1. La politique nationale soutient-elle les valeurs fondamentales de la Santé pour tous ?**

183. La présente version actualisée a porté sur trois valeurs fondamentales de la politique de santé qui favorisent la Santé pour tous. Il est possible d'évaluer la mesure dans laquelle la politique soutient l'équité et la solidarité en répondant à des questions telles que les suivantes.

- Tout habitant a-t-il accès à l'ensemble des services de santé ? Il est en particulier crucial de se poser des questions concernant les lieux de prestation des soins primaires et les différentes zones géographiques.
- Comment la politique fait-elle en sorte qu'aucun habitant n'est exclu du système de santé ?
- Comment assure-t-on un accès équitable aux services de santé ? Lorsqu'un manque d'équité est constaté, quelles sont les procédures permettant de passer ce constat à des mesures ad hoc ?
- Qui sont les principaux utilisateurs des services de santé ? (Si un nombre proportionnellement plus important d'entre eux sont, par exemple, des habitants plus riches, il faudra résoudre des questions d'équité.)
- Existe-t-il des mécanismes qui compensent les inégalités et viennent en aide aux groupes les plus vulnérables ? (Pour ce faire, il est possible de diffuser des informations ciblées vers ces groupes et de les encourager à utiliser les services existants.)
- Existe-t-il une stratégie nationale pour la prise en compte des déterminants de la santé ? Comment vise-t-elle à garantir que ces déterminants aient un impact juste et équitable sur la santé des divers groupes de population ?

- Que fait-on pour veiller à ce que la collaboration intersectorielle ne nuise pas au respect de l'équité en matière de politique sanitaire ?

184. Non seulement la consultation de la population et d'autres parties prenantes est une excellente source d'idées nouvelles, mais ce type de participation augmente l'adhésion de la population et le sentiment de responsabilité partagée à l'égard des nouvelles initiatives. En outre, elle donne au secteur sanitaire un mandat populaire plus fort dans ses interactions avec d'autres secteurs publics, tels que la finance, l'éducation, l'environnement et la justice. En ce qui concerne la participation de la population, les questions doivent porter davantage sur l'élaboration de la politique et des programmes.

- Quel est le degré de réceptivité du système de santé vis-à-vis de l'opinion publique ? Tous les citoyens ont-ils les mêmes possibilités de faire valoir leurs opinions ?
- Quels sont les mécanismes en place pour encourager la participation de la population ? Que fait-on pour encourager la participation des groupes défavorisés et vulnérables ?
- Lorsque d'importants nouveaux programmes et politiques de santé sont en cours d'élaboration, existe-t-il de nombreuses possibilités de débat public ? Quels sont les principaux intéressés consultés ? Quels sont ceux qui ne le sont pas ? Ces activités sont-elles mises sur pied en temps utile et bénéficient-elles d'une large publicité ?

## **7.2. La politique reflète-t-elle une vision large de la santé ?**

185. La question de savoir si la part accordée à chaque élément est proportionnelle à son utilité pour la santé représente un deuxième aspect essentiel à examiner dans une politique sanitaire. Pour évaluer ce rapport entre les divers éléments, il convient de poser une autre série de questions.

- Quels programmes et initiatives ont été prévus pour promouvoir des modes de vie sains ? Existe-t-il des plans d'action nationaux concernant le tabac, l'alcool, la toxicomanie, la nutrition et l'activité physique ?
- Quels sont les critères permettant d'évaluer si les services de santé améliorent la santé ? Comment ces critères peuvent-ils être rendus plus efficaces ?
- Quels programmes et initiatives ont été prévus en matière d'hygiène de l'environnement ? Existe-t-il un plan d'action national pour l'hygiène de l'environnement ?
- Quels sont les programmes et initiatives destinés à compenser les effets de la pauvreté sur la santé ? Existe-t-il un plan d'action national concernant la réduction de la pauvreté ?
- Parmi les quatre types de programmes sanitaires (soins aux patients, prévention, promotion de modes de vie sains et déterminants de la santé), quel est celui qui peut le plus améliorer la santé de la population ? Quel est celui qui est le moins efficace à cet égard ? Les crédits budgétaires actuels reflètent-ils ces potentiels ? (Pour la composition détaillée de chaque élément, voir section 3.2.1.)

186. Il existe également une série de documents du Bureau régional relevant de divers domaines techniques (déclarations, plans d'action, principes directeurs, etc.) qui peuvent servir d'outils pour évaluer dans quelle mesure une politique nationale équilibre les actions à mener à l'égard de tous les grands déterminants de la santé.

## **7.3. Dans quelle mesure le système de santé témoigne-t-il d'une adhésion à la Santé pour tous ?**

187. En définitive, ce qui compte le plus, c'est de traduire dans la pratique les valeurs de la Santé pour tous. Pour évaluer leur mise en œuvre, il convient d'examiner plusieurs aspects du système de santé, afin de voir à quel point il traduit ces valeurs. (Considérations sur le rôle du système de santé dans la recherche de la Santé pour tous : voir section 3.3.) À nouveau, comme dans le premier groupe de questions ci-dessus (section 7.1), l'accès est une question capitale.

188. L'amélioration de la qualité constitue un autre bon indice de la conformité du système de santé avec les valeurs de la Santé pour tous.

- Quelles garanties le système offre-t-il que les infrastructures satisfont aux normes, tant sur le plan clinique qu'organisationnel ?
- Quelle est l'ampleur de la formation que les professionnels de santé reçoivent dans le domaine de l'amélioration de la qualité ?

189. Il est également utile d'examiner d'autres domaines des performances du système de santé.

- Comment les priorités sont-elles établies en matière de politique de santé ? Quels sont les mécanismes qui contribuent à garantir que la ventilation budgétaire reflète ces priorités ?
- Les ressources humaines sont-elles réparties de façon équitable entre les différents établissements ? Entre les différentes zones géographiques ?
- L'élaboration de la politique de santé s'inspire-t-elle de l'expérience de professionnels de la santé ? S'inspire-t-elle également de l'avis de professionnels extérieurs au secteur de la santé ?

190. Les systèmes de santé devraient être conçus pour réduire les inégalités découlant de divers déterminants sociaux. Le mode d'organisation, de financement et de gestion d'un système de santé est lui-même un puissant déterminant de la santé et de l'absence d'équité en matière de santé. Pour évaluer dans quelle mesure un système gère correctement les déterminants sociaux, plusieurs questions sont connexes.

- Le système de santé national est-il conçu pour gommer au maximum les différences quant à l'accès aux soins ? Empêche-t-il les inégalités quant aux conséquences sociales d'un mauvais état de santé (par exemple, handicap et appauvrissement) ?
- Le système de santé envisage-t-il les déterminants de la santé au sens large, comme la pauvreté et le niveau d'instruction, par une planification et une budgétisation intersectorielle ?
- Comment le système de santé gère-t-il les différences dans la manière dont certaines maladies affectent les individus appartenant à des groupes différant les uns des autres par leur position sociale ou par leur niveau de vulnérabilité ?
- Le système de santé garantit-il aux membres de groupes vulnérables ou occupant une position sociale moins élevée une égalité des chances dans l'utilisation des services de santé, par exemple en définissant des zones d'action prioritaires ou en instaurant des programmes de discrimination positive ?

191. Une démarche intéressante, lorsque l'on analyse un système de santé national sous l'angle de la gouvernance éthique, fondée sur des valeurs, est d'établir un lien entre les trois objectifs généraux de tous les systèmes de santé – l'amélioration de la santé, l'équité et la réactivité – aux valeurs de la Santé pour tous.

- Les améliorations de la santé sont-elles réparties dans le respect des valeurs d'équité et de solidarité ?
- La participation financière de chacun au système est-elle fixée équitablement ? (La participation est-elle proportionnelle aux moyens financiers ?)
- Le système tient-il compte des besoins et des vulnérabilités de tous les groupes de population, sans discrimination ?

192. Il est également utile de poser des questions sur la participation des patients, notamment lorsqu'il s'agit du financement du système de santé.

- Les fonds alimentant le système de santé sont-ils levés de manière à répartir équitablement les coûts ?

- Les fonds sont-ils mis en commun de sorte que toute la population ait un accès assuré aux services de santé ?
- Lorsque les ressources sont allouées aux dispensateurs de services de santé, les choix – qu’acheter, en quelle quantité et auprès de qui ? – reflètent-ils les valeurs d’équité et de solidarité ?

#### 7.4. Comment d’autres facteurs influencent-ils l’adoption et la mise en œuvre d’une politique de Santé pour tous ?

193. Au cours de la vérification de l’adéquation d’une politique de santé, il peut aussi être instructif d’examiner les facteurs susceptibles d’affecter l’adoption et la mise en œuvre d’une politique explicite de la Santé pour tous. Ces facteurs peuvent être regroupés en trois catégories : contenu, processus et contexte. Un examen approfondi de ces facteurs doit précéder toute importante réforme dans le sens de la Santé pour tous, en vue d’augmenter la probabilité de sa mise en œuvre réussie, ce qui peut donc compléter de façon utile les questions qui précèdent. Attendu que les processus d’adoption et de mise en œuvre des politiques dépendent largement du pays concerné, cette section traite des facteurs pertinents relatifs au contenu des politiques et à leur contexte.

##### 7.4.1. L’analyse du contenu d’une politique de Santé pour tous

194. En raison de la nature d’une politique de Santé pour tous, il est complexe, sinon difficile, de la mettre en œuvre. Si un certain nombre de facteurs facilitent la mise en œuvre de la politique de santé classique, peu d’entre eux s’appliquent à la politique de la Santé pour tous. Le tableau 2 devrait contribuer à indiquer aux responsables politiques pourquoi une politique de Santé pour tous peut être difficile à mettre en œuvre.

Tableau 2. Façon dont des facteurs relatifs au contenu influent sur la mise en œuvre de la politique

<b>Caractéristiques d’une politique de santé classique facilitant sa mise en œuvre</b>	<b>Caractéristiques correspondantes d’une politique de Santé pour tous</b>
<b>Caractéristiques techniques simples</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthodes établies et utilisées largement</li> <li>• Des ressources nouvelles ne sont pas nécessaires</li> </ul>	<b>Caractéristiques techniques très complexes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence fréquente d’expérience</li> <li>• Nécessité d’une formation spéciale</li> <li>• Nécessité de mettre au point de nouveaux systèmes d’information</li> </ul>
<b>Peu de changements</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les changements progressifs ne requièrent pas d’approbation ou peuvent être approuvés rapidement</li> </ul>	<b>Importants changements</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les changements importants se heurtent souvent à une forte opposition de la part de certaines parties prenantes</li> </ul>
<b>Mise en œuvre par un acteur unique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ni désaccords, ni compromis</li> </ul>	<b>Mise en œuvre par des acteurs multiples</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Typiquement multisectorielle</li> <li>• À la fois par des acteurs privés et publics</li> <li>• Plusieurs niveaux sont souvent concernés (du niveau local au niveau international)</li> </ul>
<b>Buts de la politique énoncés clairement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un objectif principal unique empêche toute confusion</li> </ul>	<b>Buts de la politique énoncés clairement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cependant, les objectifs peuvent être en conflit avec d’autres buts de la société ou du système de santé</li> </ul>
<b>Mise en œuvre rapide</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapidité du processus d’élaboration (ce qui limite la résistance et les distorsions de la politique)</li> </ul>	<b>Mise en œuvre lente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté de concevoir et de lancer un système entièrement nouveau</li> </ul>

##### 7.4.2. Analyse du contexte : capacité d’un État membre à absorber, à adopter et à mettre en œuvre une politique de Santé pour tous

195. Comme le contexte politique varie considérablement dans la Région européenne de l’OMS, les facteurs contextuels qui influent sur la mise en œuvre d’une politique de Santé pour tous doivent être abordés pays par pays. Il peut être utile d’examiner les questions suivantes compte tenu de la situation nationale.

- Dans quelle mesure les acteurs de la politique de santé participent-ils à l’échange international d’idées, de technologies et de pratiques relatives à la santé ? Une telle participation est

particulièrement importante dans l'administration publique de la politique de santé et contribue à la mise en place de réseaux internationaux. Les membres de ces réseaux, dans lesquels les organisations non gouvernementales et internationales jouent un rôle clé, parviennent à une vision commune des choix et problèmes politiques.

- Quelle est la capacité nationale en matière de recherche sur la politique de santé et le système de santé ? Cette capacité ne va pas de soi. Par exemple, alors que la demande de politiques de santé reposant sur des bases factuelles augmente, de nombreux pays ne sont pas en mesure de la satisfaire. Pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de la Santé pour tous, de nombreux pays doivent accroître leurs capacités à fournir de tels efforts.
- La mise en œuvre d'une politique de Santé pour tous serait-elle facilitée ou entravée par l'infrastructure existante en matière de santé publique et de soins de santé ? Par exemple, y a-t-il un personnel de santé adéquatement formé ? L'analyse de contenu qui figure dans le tableau 2 indique certaines des exigences des politiques de la Santé pour tous à l'égard de l'infrastructure. Ici aussi, l'existence d'une infrastructure appropriée ne va pas de soi dans chaque État membre de la Région.
- La culture existante dans le secteur de la santé publique accélérerait-elle ou retarderait-elle la mise en œuvre d'une politique de Santé pour tous ? Certains pays ont une longue tradition d'élaboration et de mise en œuvre de politiques de la santé, et traitent depuis longtemps de problématiques telles que l'équité, la promotion des modes de vie sains et le caractère multisectoriel. Une telle tradition peut englober de nombreux systèmes de la société, y compris le législatif et l'exécutif. Dans d'autres pays, où l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé se limitent essentiellement aux systèmes de soins de santé, la démarche multisectorielle nécessaire pour soutenir une politique de Santé pour tous peut sembler laborieuse et étrange.
- La fonction de direction du secteur de santé est-elle bien développée, de façon à ce que ce secteur puisse assumer sans difficulté la mise en œuvre d'une politique nationale de la Santé pour tous ? Une direction ferme, qui permet au système d'orienter et d'influencer les autres systèmes sociétaux, est souvent considérée comme un moyen de faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique efficace. L'étude sur la Santé pour tous a mis en évidence l'existence ou l'absence d'une véritable direction pour tous les États membres (voir section 4, intitulée « La Santé pour tous dans les pays de la Région européenne de l'OMS »).

## Conclusion

196. Cette version actualisée fait encore progresser d'un pas la Santé pour tous en Europe. Une fois qu'elle sera adoptée, les travaux se poursuivront. Nous ne sommes plus dans une situation où une stratégie normative commune permet de réagir à la réalité en mutation rapide dans chaque État membre. C'est pourquoi le Bureau régional de l'Europe s'est engagé dans un processus à durée indéterminée de la Santé pour tous, un processus qui sera continuellement enrichi par une série d'expériences et de perspectives nationales, ainsi que par les éléments et les travaux constamment fournis par le Bureau régional. La consultation des États membres a déjà produit quelques propositions intéressantes qui seront examinées au cours de ce processus à durée indéterminée. Voici quelques-unes de ces idées :

- étudier de manière plus approfondie les aspects financiers de la mise en œuvre de politiques de la Santé pour tous dans les États membres ;
- sonder spécifiquement les liens entre une gouvernance éthique fondée sur des valeurs et le fonctionnement du système de santé ;
- examiner l'impact des déterminants de la santé dans les autres secteurs que celui de la santé ;
- assurer un suivi systématique de l'application et de l'applicabilité du modèle de la Santé pour tous dans chaque pays ;
- élaborer des outils concrets pour une analyse comparative des politiques de la Santé pour tous ;

- observer les rapports entre la politique-cadre de la Santé pour tous et les politiques fondamentales d'autres intervenants internationaux clés de la santé publique ;
- définir des points de référence pour la mise en œuvre progressive de la Santé pour tous ;
- élaborer un grand programme de communication sur la Santé pour tous aux niveaux régional, national et sous-national.



## Références

1. Résolution EUR/RC48/R5 : La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne au XXI<sup>e</sup> siècle. In: *Rapport sur la quarante-huitième session*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (EUR/RC48/REC/1 ; <http://www.euro.who.int/document/rc48/freport.pdf>, consulté le 6 juin 2005).
2. *La SANTE 21 – Politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6 ; <http://www.euro.who.int/document/health21/WA540GA199SA.pdf>, consulté le 7 juin 2005).
3. Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous. In: *Compte rendu de la troisième session du dixième Comité permanent du Comité régional de l'Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (EUR/RC52/SC(3)/REP ; <http://www.euro.who.int/document/scrc52/fscrcrep3.pdf>, consulté le 7 juin 2005).
4. *Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (EUR/RC53/8 ; <http://www.euro.who.int/document/rc53/fdoc08.pdf>, consulté le 7 juin 2005).
5. Résolution EUR/RC53/R3 : Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous. In: *Rapport sur la cinquante-troisième session*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (EUR/RC53/REC/1 ; <http://www.euro.who.int/document/rc53/ereport/pdf>, consulté le 7 juin 2005).
6. *Action menée dans le prolongement des sessions précédentes du Comité régional de l'OMS pour l'Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (EUR/RC54/12 ; <http://www.euro.who.int/document/rc54/fdoc12.pdf>, consulté le 7 juin 2005).
7. *SANTE 21 – La Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle, Introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 5 ; <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-F.pdf>, consulté le 7 juin 2005).
8. *Stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays : « Adapter les services aux nouveaux besoins »*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (EUR/RC50/10 ; <http://www.euro.who.int/Document/RC50/fdoc10.pdf>, consulté le 7 juin 2005).
9. *Objectifs du Millénaire pour le développement*. New York, Nations Unies, 2000 (<http://www.un.org/french/millenniumgoals/index.html>, consulté le 7 juin 2005).
10. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. In: *Textes fondamentaux*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www.who.int/governance/fr/>, consulté le 7 juin 2005).
11. Résolution WHA30.43 : Coopération technique. In: *Recueil des résolutions et des décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. Volume II, 1973–1984*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1985 (<http://www.who.int/governance/fr/>, consulté le 7 juin 2005).
12. *Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6–12 septembre 1978*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1978 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_1?language=French](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French), consulté le 7 juin 2005).
13. Résolution WHA34.36 : Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. In: *Recueil des résolutions et des décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. Volume II, 1973–1984*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1985 (<http://www.who.int/governance/fr/>, consulté le 7 juin 2005).

14. Résolution WHA35.23 : Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. In: *Recueil des résolutions et des décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif. Volume II, 1973–1984*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1985 (<http://www.who.int/governance/fr/>, consulté le 7 juin 2005).
15. Résolution WHA48.16 : Adaptation de l'OMS aux changements mondiaux : pour une nouvelle stratégie de la Santé pour tous. In: *Quarante-huitième Assemblée mondiale de la Santé. Genève, 1–12 mai 1995. Résolutions et décisions, annexes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1995 (WHA48/1995/REC/1 ; <http://www.who.int/governance/fr/>, consulté le 7 juin 2005).
16. Résolution WHA50.28 : Réformes à l'OMS : relier la nouvelle stratégie de Santé pour tous au dixième programme général de travail, à l'élaboration du budget programme et à l'évaluation. In: *Cinquantième Assemblée mondiale de la santé. Genève, 5–14 mai 1997. Résolutions et décisions, annexes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1997 (WHA50/1997/REC/1 ; <http://www.who.int/governance/fr/>, consulté le 7 juin 2005).
17. Résolution WHA51.7 : Politique de la Santé pour tous pour le XXI<sup>e</sup> siècle. In: *Cinquante et unième Assemblée mondiale de la Santé. Genève, 11–16 mai 1998. Résolutions et décisions, annexes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998 (WHA51/1998/REC/1 ; <http://www.who.int/governance/fr/>, consulté le 7 juin 2005).
18. Résolution EUR/RC30/R8 : La Stratégie régionale de réalisation de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. In: *Recueil des résolutions et des décisions du Comité régional de l'Europe, Volume I, 12<sup>e</sup> édition*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1989.
19. Resolution EUR/RC34/R5 : Implementation of the regional strategy for attaining health for all by the year 2000: European regional targets. In: *Handbook of resolutions and decisions of the Regional Committee for Europe, Volume I, 12<sup>e</sup> édition*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1989 ([http://www.who.dk/governance/resolutions/20011026\\_5](http://www.who.dk/governance/resolutions/20011026_5), consulté le 7 juin 2005).
20. Résolution EUR/RC41/R5 : Stratégie en vue de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 : actualisation des buts régionaux. In: *Recueil des résolutions et des décisions du Comité régional de l'Europe, Volume II, 1<sup>ère</sup> édition*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 ([http://www.who.dk/Governance/resolutions/20011017\\_3?language=French](http://www.who.dk/Governance/resolutions/20011017_3?language=French), consulté le 7 juin 2005).
21. *The right to the highest attainable standard of health: substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000 (E/C.12/2000/4 ; <http://cesr.org/generalcomment14>, consulté le 7 juin 2005).
22. *Direction Générale Santé et Protection des Consommateurs : santé publique*. Luxembourg, Commission européenne ([http://www.europa.eu.int/comm/dgs/health\\_consumer/publichealth\\_fr.htm](http://www.europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/publichealth_fr.htm), consulté le 7 juin 2005).
23. *Health for all by the year 2000: the Finnish national strategy*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 1987.
24. *Health for All by the year 2000: revised strategy for co-operation*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 1993.
25. *Government resolution on the 2015 public health programme*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2001.
26. Department of Health. *The health of the nation: a strategy for health in England*. London, Stationery Office, 1992.
27. Secretary of State for Health. *Saving lives: our healthier nation*. London, Stationery Office, 1999.

28. Weber I et al. *Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen – Fakten – Perspektiven*. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 1990.
29. Weber I, Meye MR, Flatten G. *Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten: Zwischenbericht*. Cologne, Eigenverlag, 1987.
30. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V. *Gesundheitsziele.de: Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003.
31. *Stadtdiagnose. Gesundheitsbericht Hamburg*. Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS), Freie und Hansestadt Hamburg, 1992.
32. *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg: Zwischenbilanz 1994*. Hamburg, Behörde für Arbeit Gesundheit und Soziales (BAGS), Freie und Hansestadt Hamburg, 1995.
33. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. *Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW*. Bielefeld, LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), 1995.
34. Ministère des Affaires sociales de la santé et de la ville, Haut Comité de la Santé publique. *La santé en France : Rapport général*. Paris, la Documentation française, 1994.
35. *Prescriptions for a healthier Norway: a broad policy for public health*. Oslo, Ministry of Social Affairs, 2002 (Report No. 16 (2002–2003) to the Storting (short version); <http://www.dep.no/archive/hdvedlegg/01/07/folke013.pdf>, consulté le 7 juin 2005).
36. Danis M, Clancy C, Churchill LR, eds. *Ethical dimensions of health policy*. Oxford, Oxford University Press, 2002.
37. McKee M. Values and beliefs in Europe. In: Marinker M, ed. *Health targets in Europe: polity, progress and promise*. London, BMJ Publishing Group, 2002.
38. *The human rights, ethical and moral dimensions of health care: 120 case studies*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1998.
39. Nygren-Krug H. *25 Questions Réponses sur la Santé et les Droits Humains*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (Série Santé et Droits de l'Homme, n° 1 ; <http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionFrench.pdf>, consulté le 7 juin 2005).
40. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 1993, 12(4):431–457.
41. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3):429–445.
42. *Résolution 217 A (III) de l'Assemblée générale. Déclaration universelle des droits de l'homme*. New York, Nations Unies, 1948 (<http://www.un.org/french/aboutun/dudh.htm>, consulté le 7 juin 2005).
43. Daniels N. Fair process in patient selection for antiretroviral treatment in WHO's goals of 3 by 5. *Lancet*, published online 19 May 2005 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS014067360566518X/fulltext>, accessed 7 June 2005).
44. *Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales telle qu'amendée par le Protocole n° 11*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1998 (<http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/005.htm>, consulté le 7 juin 2005).
45. *Charte sociale européenne (révisée)*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/163.htm>, consulté le 16 juin 2005).
46. Version consolidée du traité CE. *Journal Officiel des Communautés Européennes*, C325/35, 24 décembre 2002 (<http://europa.eu.int/abc/obj/amst/fr>, consulté le 7 juin 2005).

47. Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. *Journal Officiel des Communautés Européennes*, 2000/C 364/01, 18 décembre 2000 ([http://europa.eu.int/comm/justice\\_home/unit/charte/index\\_fr.html](http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/charte/index_fr.html), consulté le 7 juin 2005).
48. *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/en/whr02\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_fr.pdf), consulté le 16 juin 2005).
49. *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 ([http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf), consulté le 16 juin 2005).
50. *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/en/whr00\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf), consulté le 16 juin 2005).
51. Murray CJL, Evans DB, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism* (Évaluation de la performance des systèmes de santé : débats, méthodes et empirisme). Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003.

## **Annexe 1**

### **Comité régional de l'Europe – Principaux documents d'orientation pertinents dans le cadre du processus de la Santé pour tous**

#### 2004

La Stratégie européenne sur les maladies non transmissibles (EUR/RC54/8, 2004)

Partenariats pour la santé : collaboration avec le système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales et non gouvernementales (EUR/RC54/Inf.Doc./3, 2004)

#### 2003

La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC53/7, 2003)

La santé des enfants et des adolescents dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC53/11, 2003)

#### 2002

Partenariats pour la santé (EUR/RC52/7, 2002)

La pauvreté et la santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC52/8, 2002)

Tuberculose, VIH/sida et paludisme (EUR/RC52/9, 2002)

Le rôle du secteur privé et de la privatisation dans les systèmes de santé européens (EUR/RC52/10, 2002)

La Stratégie européenne pour la lutte antitabac (EUR/RC52/11, 2002)

La pauvreté et la santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS (en anglais : EUR/RC52/BD/1, 2002)

#### 2001

Partenariats pour la santé (en anglais : EUR/RC51/6, 2001)

La pauvreté et la santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC51/8, 2001)

#### 2000

Les incidences de la situation alimentaire et nutritionnelle sur la santé publique (EUR/RC50/8, 2000)

Éradication de la poliomyélite dans la Région européenne et plan d'action pour la certification 2000–2003 (EUR/RC50/9, 2000)

Stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays « Adapter les services aux nouveaux besoins » (EUR/RC50/10, 2000)