



02

Ce vers quoi nous tendons :
les objectifs européens pour
la santé et le bien-être

Après d'intenses consultations, la réunion de plusieurs groupes d'experts et l'approbation du Comité régional de l'OMS pour l'Europe au cours de sa soixante-deuxième session, Santé 2020 comprend finalement six grands buts (ou cibles générales), qui doivent être réalisés d'ici 2020. Ces objectifs sont les suivants : réduction de la mortalité prématurée, prolongation de l'espérance de vie, diminution des inégalités, amélioration du bien-être, garantie de la couverture universelle et définition avérée de cibles par les pays. La directrice régionale de l'OMS pour l'Europe fera rapport des progrès accomplis dans la réalisation des cibles en communiquant des moyennes régionales, mais le suivi des indicateurs au niveau national est également nécessaire pour détailler l'accomplissement de ces cibles régionales. À cet effet, les informations sanitaires systématiquement collectées par les pays doivent être utilisées au maximum ; il convient si possible d'éviter de réunir de nouvelles données. Tout sera mis en œuvre pour assurer la conformité des cibles et indicateurs utilisés avec ceux fixés au plan mondial.

Dans le contexte de Santé 2020, une cible est définie comme étant un « but souhaité ». Le résultat désiré est l'amélioration de la santé, et les cibles sont conçues en termes, par exemple, de réduction de la mortalité ou de la morbidité. Par ailleurs, lorsque l'amélioration des résultats sanitaires peut être liée à des processus ou à des produits, et lorsque l'on peut prouver scientifiquement ce lien, les cibles peuvent être à juste titre conçues en termes de processus ou de produit, comme une hausse des dépenses de santé publique, ou l'introduction et la promulgation d'une loi favorisant la réalisation d'objectifs de santé publique.

L'une des difficultés consiste à déterminer l'ensemble adéquat d'indicateurs susceptibles de traduire de façon juste et fiable les progrès accomplis en direction de la réalisation des buts et cibles stratégiques. En matière de suivi des politiques de santé, le décalage entre les interventions et leurs effets sur la santé, de même que la difficulté à prouver le lien entre un résultat et certaines interventions particulières, ont souvent incité à utiliser des indicateurs de processus ou de produit en plus des indicateurs de résultat. La cohérence des indicateurs de processus, de produit et de résultat est au cœur de la mesure des progrès accomplis vers la réalisation des buts convenus et des cibles qui leur sont associées. Tant que le lien causal n'a pas été vérifié, tout doit être mesuré. De même, tout doit évoluer de façon dynamique à mesure que le lien est testé dans divers contextes. Par exemple, lorsque des indicateurs de processus signalent une amélioration, les indicateurs de résultats montrent-ils également un progrès mesurable ?

Réfléchir au rôle des cibles de Santé 2020 implique de se pencher sur les principes de mesure de la performance et de responsabilisation. Dans le cas de Santé 2020, la responsabilisation ne peut être mise en œuvre

que collectivement, par les États membres et entre eux. Si dans chaque pays, les personnes sont les éléments ultimes de la chaîne complexe de la responsabilisation, nous, en tant que Région, devons nous interroger sur la performance des politiques et des systèmes dans leur service à la population. Ce chapitre présente le processus qui a mené à l'approbation des buts (ou cibles générales alignées sur la politique Santé 2020) et propose des domaines plus précis pour les cibles, ainsi que des indicateurs visant à évaluer les progrès au plan européen (encadré 9).

Plusieurs indicateurs sont accompagnés d'une base de référence calculée d'après les données les plus récentes transmises par les 53 États membres de la Région à l'OMS/Europe. Le chapitre se conclut par un cadre de suivi des cibles et indicateurs de Santé 2020 ; celui-ci sera affiné en consultation avec les États membres.

Expériences antérieures de définition de cibles et de suivi

Utilisation de cibles

Historiquement, des cibles ont été proposées pour la première fois dans la Région européenne en tant qu'éléments de la première politique commune de la santé : la Stratégie européenne pour la réalisation de la Santé pour tous. Cette politique appelait à formuler des cibles régionales spécifiques (appelées dans ce cas « buts régionaux ») susceptibles d'appuyer la mise en œuvre de la stratégie. Judicieusement décrit comme « un merveilleux mélange des réalités d'aujourd'hui et des rêves de demain » (47), le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, qui s'est réuni en 1984 à Copenhague (Danemark), a adopté 38 buts régionaux spécifiques et 65 indicateurs de suivi et d'évaluation des progrès accomplis au plan régional. La politique européenne de la Santé pour tous et ses buts ont été actualisés en 1991 ; en 1998, le Comité régional a adopté une politique révisée, « SANTÉ21 – La Santé pour tous au XXI^e siècle ».

Santé pour tous

En 1981, l'OMS a publié sa stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 (48) ; le directeur général de l'époque, le docteur Halfdan Mahler, a déclaré « qu'il ne s'agissait pas d'une « stratégie de l'OMS » distincte, mais plutôt de l'expression d'une responsabilité nationale individuelle et collective,

Encadré 9. Terminologie de la définition de cibles

Une **politique** est un accord sur les buts et les objectifs, les priorités accordées à ces objectifs et les principales orientations permettant de les réaliser.

Un **but** renvoie à ce à quoi la société entend parvenir à long terme ; il est en général exprimé en termes assez généraux.

La **stratégie** fait référence aux grandes lignes d'action choisies pour réaliser les buts et les objectifs.

Une **cible** est un résultat intermédiaire que l'on atteint avant la réalisation des buts et objectifs ; elle est plus spécifique, souvent mais pas toujours, quantifiée, et a une échéance dans le temps.

Un **indicateur** est une mesure qui aide à savoir où nous en sommes, dans quelle direction nous allons et quelle distance nous sépare de la cible. Les cibles et les indicateurs sont parfois confondus. Les cibles doivent être définies avant de choisir des indicateurs pour suivre les progrès accomplis vers leur réalisation.

pleinement soutenue par l'OMS ». Peu après, les Bureaux régionaux de l'OMS ont commencé à élaborer des buts de santé régionaux. L'OMS/Europe a pris la tête du mouvement en produisant la liste la plus complète de buts en 1984.

Les États membres de la Région européenne de l'OMS, alors au nombre de 32, ont débattu de la nouvelle politique européenne de la santé, Santé pour tous d'ici l'an 2000, et des buts européens ont été alignés sur cette nouvelle politique. La définition de ces derniers est apparue comme une entreprise majeure : le personnel du Bureau régional a travaillé avec plus de 250 experts dans toute l'Europe, élaboré plus de 20 versions provisoires et mené un processus complexe de consultations des États membres et ce, sur une période de trois ans environ (49). Il en a résulté 82 buts, présentés pour examen au Comité régional de l'Europe en 1984, qui a adopté à l'unanimité un ensemble réduit à 38 d'entre eux. La nouvelle politique européenne de la santé a ensuite été publiée (50).

La publication de cette politique et des buts qui l'accompagnent a incité les États membres à réévaluer leur stratégie pour la santé, et dans bien des cas, à définir leurs propres cibles en vue d'améliorer la santé. Les 38 buts d'origine (correspondant en fait à des cibles) devaient influencer et orienter les objectifs en matière de santé (buts 1-12), les stratégies pour les atteindre (buts 13-21) et le soutien et la mobilisation durable sur le plan de la politique, de la gestion et des finances (buts 22-38) (50). Pour la première fois, la Région européenne disposait d'une politique de santé autonome, présentant des buts, des stratégies et des cibles (encadré 9).

Les 38 buts ont été révisés en 1991 pour tenir compte des changements survenus dans la Région depuis le milieu des années 1980. Il s'agissait de parvenir à une compréhension contemporaine des problèmes rencontrés dans la définition de buts et des méthodes permettant de les atteindre. Le premier ensemble de cibles comprenait six thèmes majeurs (promotion de l'équité en santé, participation de la population, promotion de la santé et prévention des maladies, réorientation du système de santé vers les soins de santé primaires, et collaboration intersectorielle dans le domaine de la santé). Une préoccupation pour les questions d'éthique et d'inégalités entre les différents groupes de population était aussi explicitement exprimée. Le Bureau régional a soutenu la mise en œuvre des buts en harmonisant en conséquence ses budgets et ses activités programmatiques et en répondant aux demandes des États membres.

SANTÉ21 – une stratégie plus orientée

Pendant les années 1990, la Région a connu des bouleversements politiques, économiques et sociaux majeurs, qui ont modifié le

paysage européen. Ceux-ci ont notamment eu pour conséquence une hausse spectaculaire du nombre d'États membres, qui se chiffrait à plus de 50 à la fin de la décennie. Comme on pouvait s'y attendre, l'OMS/Europe a remanié sa politique européenne de la santé et ses buts régionaux. En 1999, elle a publié SANTÉ21, un cadre politique comportant un nouvel ensemble de « 21 buts pour le XXI^e siècle » et fixant 2 objectifs principaux, 3 valeurs fondamentales et 4 grandes stratégies d'action (4). Cette nouvelle politique franchissait une première étape en direction du principe de suivi, indiquant comment chaque but devait être atteint et proposant des domaines pour l'élaboration d'indicateurs. En outre, SANTÉ21 s'alignait sur Action 21, le programme d'action mondial pour le développement durable. En pratique, la politique demeurait axée sur l'élaboration de buts aux niveaux national et local, et ne prévoyait pas de communication de rapport au plan régional.

En 2005, le Bureau régional a publié une actualisation de sa politique européenne de la santé, dans laquelle il analysait et réaffirmait SANTÉ21, et incorporait « les connaissances et expériences accumulées depuis » 1998 (3). Dans cette publication (3), il notait que les buts de SANTÉ21 offraient toujours un cadre d'action pour la Région, « l'essence de la politique régionale », mais soulignait aussi qu'ils pouvaient servir de source d'inspiration « pour la fixation de buts aux niveaux national et local ».

Enseignements tirés des expériences de définition de cibles ou de buts

Bien que l'Europe ait considérablement changé, la Région européenne de l'OMS possède quelque 30 ans d'expérience de la définition de cibles (ou de buts) pour les politiques et stratégies régionales de santé. Le docteur Jo E. Asvall, directeur régional de l'OMS pour l'Europe de 1985 à 2000 (51), résumait ainsi les fonctions des buts :

Ces buts et ces indicateurs ont aiguisé la politique européenne de la Santé pour tous et doté la Région dans son ensemble d'un modèle que les pays peuvent adapter à leur propre contexte. Ils constituent aussi un levier pour les défenseurs de la santé publique, les professionnels, les universitaires et les responsables des pouvoirs publics sur le terrain, qui peuvent s'en servir pour promouvoir Santé pour tous au sein des pays.

Plusieurs enseignements ont été tirés de l'expérience acquise lors des décennies passées.

Encadré 10.
Les atlas interactifs – une mise en forme visuelle
des bases de données d'Eurostat

Des atlas interactifs ont été constitués à partir des indicateurs socioéconomiques et sanitaires disponibles publiquement, en particulier ceux que fournit Eurostat, l'Office statistique de l'UE. Les régions NUTS 2 (deuxième niveau régional de la Nomenclature des unités territoriales statistiques utilisée dans l'UE) sont les principales unités géographiques d'analyse retenues. Plus de 600 indicateurs ont été exploités pour en extraire des variables représentées sur des cartes, des graphiques et dans des tableaux. L'OMS/Europe a mis au point les atlas interactifs suivants, fondés sur l'analyse et la représentation des données : l'atlas des cartes de corrélation, les atlas des inégalités sociales et l'atlas de comparaison régionale (20).

Leur objectif est non seulement de rendre plus visibles les situations sanitaires sous-nationales et leurs déterminants, mais aussi d'analyser comment un système intégré d'informations et les données qu'il contient peuvent inspirer les politiques dans les pays européens. Par exemple, les atlas des inégalités sociales illustrent la différence entre une valeur cible et la valeur dans une région ou un groupe de régions. La valeur cible est la moyenne pondérée en fonction de la population du quintile le plus avantagé de cette population par rapport aux données disponibles ; elle est considérée comme un but réalisable.

Les différences entre la cible et une région donnée sont représentées visuellement comme des différences absolues (écart entre la valeur régionale et la valeur cible) et relatives (rapport de la valeur régionale à la valeur cible). Les atlas de la mortalité évitable montrent l'exemple de la variable socioéconomique du revenu disponible, critère du pouvoir d'achat net fondé sur la consommation finale par habitant.

- Il faut que les acteurs parviennent à un large consensus. L'élaboration d'une politique de santé nécessite que le besoin d'agir soit reconnu et qu'il existe une volonté politique de la mettre en œuvre.
- Les cibles (ou buts) doivent être limitées à un nombre raisonnable. Il a été largement reconnu que les 38 buts initialement convenus par l'OMS étaient trop nombreux, et que les 21 buts qui les ont remplacés l'étaient peut-être également. La plupart des programmes nationaux et régionaux se concentrent sur un nombre de cibles (ou buts) compris entre 5 et 10.
- Tout plan doit être fondé sur une efficacité démontrée. Bien qu'elles reposent fréquemment sur des preuves d'efficacité plus nombreuses qu'on ne le croit, les activités de promotion de la santé sont souvent mal évaluées et dépendent largement du contexte.
- Pour être atteintes, les cibles doivent être liées aux ressources.
- Une fois qu'un accord est atteint sur une stratégie fondée sur des cibles, des difficultés techniques demeurent. Pour définir des cibles, il faut connaître les caractéristiques de l'état de santé actuel d'une population, notamment les déterminants de la santé et les projections fondées sur les meilleurs modèles disponible (52).

Les buts de la Santé pour tous (50) n'étaient généralement pas quantifiés et devaient être atteints dans les pays, et non au niveau régional, tandis que ceux de SANTÉ21 (4) tendaient à être trop spécifiques et avec le recul, étaient en grande mesure irréalisables.

Base de données de la Santé pour tous

La base de données de la Santé pour tous (6) est l'élément fondamental du suivi des cibles (ou buts) et indicateurs européens et de la notification à leur propos. Largement utilisée dans la Région, elle couvre à présent 53 pays. Elle contient plusieurs centaines d'indicateurs et de statistiques sanitaires, notamment des données démographiques de base, des données sur l'état de santé des populations, les déterminants de la santé, les facteurs de risque, et les ressources, l'utilisation et les dépenses dans le domaine des soins. Compilées à partir de sources variées et actualisées deux fois par an, ces données servent à élaborer les atlas interactifs sur la santé dans la Région européenne (20).

En 2012, l'OMS/Europe a diffusé une nouvelle publication annuelle faisant rapport sur les indicateurs de base contenus dans la base de données de la Santé pour tous. En 2013, elle lancera un nouveau portail en ligne, qui permettra aux utilisateurs d'accéder à toutes les bases de données simultanément et à partir d'un emplacement unique, et de les analyser. Ces derniers bénéficieront de nouveaux outils de visualisation de données, notamment des tableaux et les atlas interactifs (encadré 10).

Les cibles de Santé 2020 – s'appuyer sur la Santé pour tous et sur SANTÉ21 et les actualiser dans un contexte contemporain

Consultation et approbation des cibles de Santé 2020

Lors de sa soixante et unième session, réunie à Bakou (Azerbaïdjan) en septembre 2011, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a approuvé des propositions suggérant que Santé 2020 :

- définisse un cadre d'action en vue de parvenir plus rapidement à une amélioration de l'état de santé et de bien-être pour tous ;
- soit adaptable aux différentes réalités qui constituent la Région ;
- énonce des cibles régionales à atteindre d'ici à 2020.

Le processus de définition des cibles a tenu compte des actions précédentes, de discussions participatives approfondies et de consultations écrites ; les résultats ont été approuvés par les organes directeurs de l'OMS à chaque étape. Lors de sa soixante-deuxième session tenue à Malte en septembre 2012, le Comité régional a approuvé le cadre politique Santé 2020, ses cibles générales et la nécessité de disposer de cibles et d'indicateurs spécifiques en vue du suivi de sa mise en œuvre d'ici à 2020 (53) (encadré 11).

Au cours de sa soixante-deuxième session, le Comité régional a procédé à un examen très approfondi des principes et des critères de sélection des cibles dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de Santé 2020, de même que des indicateurs types requis pour suivre les progrès et des éléments du cadre de suivi (53). Les cibles devaient incontestablement contribuer à définir l'orientation et les buts de la politique Santé 2020. Un travail considérable a de fait été accompli dans ce sens. S'exprimant au sujet du suivi et de la notification, le Comité régional a délivré un message essentiel : les informations sanitaires disponibles doivent être utilisées le plus possible ; par ailleurs, les cibles doivent être régionales et non nationales, les progrès étant notifiés au niveau européen. Les représentants des délégations des États membres tout comme ceux des ONG ont félicité l'OMS/Europe pour les efforts réalisés, et souligné qu'il fallait veiller à ce que les cibles et les indicateurs soient spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps (SMART, pour *specific, measurable, achievable, relevant and timely*).

Le Bureau régional réunira de nouveau le groupe d'experts ayant guidé le processus et à l'issue d'une nouvelle consultation large, soumettra la liste finale des indicateurs au CPR, puis au Comité régional, pour adoption en 2013.

Les principaux débats et décisions ayant marqué ce processus seront relatés ultérieurement dans ce chapitre.

Définition de cibles – principes généraux et critères spécifiques

Les cibles ont souvent été associées à une vision réductrice du comportement et de la performance des systèmes, et aux dispositifs de pensée et de contrôle hiérarchiques. Pourtant, les recherches actuelles considèrent de plus en plus que les systèmes de santé sont caractérisés par la complexité et l'incertitude ; c'est pourquoi les cibles peuvent, dans ce contexte, aider à clarifier les attentes, stimuler la performance et accroître la responsabilisation. En outre, le concept « d'étalonnage collectif » (54) propose un processus participatif de définition de buts et de cibles, dans lequel les parties concernées sont redevables les unes vis-à-vis des autres, ce qui facilite l'amélioration globale. L'encadré 12 résume les points forts des cibles et les limites de leur utilité.

Encadré 11.
Principales étapes de la consultation de 2011-2012

Date	Étape
Mai 2011	Le CPRC approuve l'élaboration de cibles et forme un groupe de travail du CPRC pour diriger les travaux sur les objectifs (cibles) et les indicateurs.
Novembre 2011	Les divisions techniques du Bureau régional proposent une longue liste de 51 cibles de haut niveau et indicateurs de suivi pour chaque domaine majeur de Santé 2020.
Janvier 2012	Sur la base de critères ayant fait l'objet d'un accord, le groupe de travail du CPRC réduit le nombre de propositions à une courte liste de 21 cibles.
Février 2012	Le Bureau régional mène des consultations approfondies, écrites et en face-à-face, avec les États membres au sujet des cibles. Il en résulte un cadre initial de 16 cibles potentielles et indicateurs associés, en grande partie tirés des systèmes existant de notification de données par les pays.
Avril 2012	S'appuyant sur les résultats des consultations, le Forum européen sur la politique de la santé pour hauts responsables de gouvernement propose six grands buts ou cibles générales au niveau régional, au cours de sa troisième réunion.
Mai 2012	Le CPRC exprime son plein soutien à l'entreprise de définition de cibles, approuve lui aussi les six cibles générales, accepte que celles-ci figurent dans tous les documents de Santé 2020 et confirme que les indicateurs permettront de suivre les progrès et les réalisations d'ici à 2020.
Septembre 2012	Le Comité régional approuve les six cibles régionales, reconnaît qu'il est nécessaire de quantifier et de disposer d'indicateurs détaillés, qui devront être déterminés dans le cadre de la résolution approuvant Santé 2020 (53).

Les cibles doivent être adaptables et évaluées dynamiquement. Dans le contexte de la mise en œuvre d'une politique, elles s'inscrivent dans une démarche heuristique qui donne une orientation concrète et utile pour l'évaluation et l'ajustement des activités en cours de progression. La disponibilité des données constitue un point essentiel. Le suivi des progrès accomplis en direction des cibles de santé dépend en effet de l'existence de données comparables, de qualité et de fiabilité raisonnables. Dans la pratique, cela représente souvent l'une des contraintes majeures. La disponibilité des données est l'un des critères du suivi des cibles de Santé 2020 au moyen d'indicateurs régionaux ou nationaux. Pourtant, l'expérience a également montré que la définition de cibles et la sélection d'indicateurs peuvent être un puissant facteur de motivation et d'innovation, incitant les pays à renforcer et/ou développer la collecte de données, et à intégrer la notification et la communication de rapports dans les systèmes nationaux de collecte systématique d'informations. Cela les encourage aussi à utiliser les données nouvelles et existantes pour façonner les politiques de santé publique, en élargissant notamment les politiques publiques de promotion de la santé. Dans certains pays, cette initiative a accéléré l'intégration, l'analyse et l'usage de données qui auparavant, n'existaient pas au plan national.

Ces difficultés ont été examinées par les groupes directeurs interne et externe pour Santé 2020, et par le Bureau régional dans le cadre de ses larges consultations avec les États membres et des experts. Des principes directeurs et des critères clairs d'utilisation des cibles ont donc été définis dans le cadre de Santé 2020. Les États membres ont convenu dès le début que les cibles seraient fixées au plan européen plutôt que national, ce qui amènerait à déclarer des moyennes régionales. Par conséquent, elles devaient être pertinentes pour l'ensemble de la Région, et importantes pour chaque État membre. Les cibles de niveau européen doivent inspirer et promouvoir l'apprentissage, la solidarité et la participation, notamment, mais pas seulement, sur les questions transfrontalières. En parallèle, les États membres sont encouragés à élaborer leurs propres cibles et leur stratégie nationale pour l'action, dans le contexte particulier de la formulation de politiques nationales de santé.

Par ailleurs, il était nécessaire de trouver un juste équilibre entre différents types de cibles, puisque les thèmes de Santé 2020 combinent des résultats, des déterminants, des facteurs de risque et des processus. Il est ainsi possible d'associer des cibles sur les apports (par exemple, les investissements, les capacités et les ressources) à des cibles de répartition dans un pays ou entre des pays, s'intéressant à la lutte contre les inégalités en santé (relatives et absolues, gradients et écarts) et encourageant un « nivellement par le haut » plutôt qu'une régression vers la moyenne.

Il était également important de demeurer réaliste et parcimonieux sans être simpliste, en créant par exemple un groupe de 5 à 10 cibles compréhensibles

et mesurables, peut-être quantitatives et qualitatives. La consultation avec les États membres et les organes directeurs a confirmé la nécessité de disposer de mécanismes de responsabilisation.

Les cibles devaient également faire référence explicitement aux conventions, cibles, stratégies et cadres mondiaux actuellement en vigueur, auxquels tous les pays ont adhéré, ou qu'ils ont signés, dans le cas de conventions et de traités. Dans le contexte contemporain, il était important d'être en harmonie non seulement avec les OMD, mais aussi avec les nouvelles cibles mondiales relatives aux maladies non transmissibles, entre autres questions mondiales et régionales.

Les cibles respectant les critères SMART ont plus de chances d'être réalisées que les buts généraux. Elles doivent être clairement exprimées et ne pas laisser place à l'ambiguïté. Pour qu'elles soient mesurables, des critères concrets doivent être établis pour mesurer les progrès accomplis. Et si l'on veut pouvoir les atteindre, elles doivent être réalistes et définies par rapport à un calendrier qui, assorti de

Encadré 12.
Points forts et limites des cibles

Points forts	Limites
Les cibles sont un moyen concret d'exprimer une politique et de suivre une orientation, notamment de sensibiliser et d'encourager le soutien politique et organisationnel (les OMD par exemple).	Les cibles sont difficiles à aligner sur la stratégie.
Elles traduisent une perception scientifique de l'avenir, en termes d'améliorations réalisables concernant l'état de santé des populations.	La priorité risque d'être accordée aux cibles pouvant être facilement mesurées (« ce qui peut être mesuré peut être réalisé »).
Elles offrent aux acteurs concernés l'occasion d'apprendre.	Elles sont susceptibles de récupération bureaucratique – des éléments de bureaucratie organisationnelle justifient leur existence à l'aide d'une cible.
Elles sont considérées comme un outil de responsabilisation accrue et de renforcement de la communication.	Elles sont sensibles à la règle des rendements décroissants : atteindre les quelques derniers points de pourcentage d'une cible peut être très consommateur de ressources.
Elles peuvent être utilisées comme carte ou feuille de route par les partenaires.	Elles peuvent être comprises comme un « jeu » : gérer la cible plutôt que la tâche.
Elles servent de points de référence pour l'action quotidienne.	Lorsqu'elles sont trop nombreuses ou trop complexes, elles peuvent devenir lourdes et démotivantes.
Elles motivent à agir, créant ainsi un cercle vertueux.	Elles sont souvent exprimées en termes de moyennes (comme dans le cas des OMD), ce qui dissimule les problèmes de répartition ou d'équité qui seront fondamentaux dans Santé 2020.

Encadré 13. Le groupe de travail du CPRC sur les objectifs et les indicateurs

Le groupe de travail du CPRC sur les objectifs et les indicateurs a convenu de son mandat au cours de sa première téléconférence. Il comporte les points suivants :

- finaliser le mode de fonctionnement du groupe de travail, qui comprend notamment une feuille de route ;
- résumer les résultats des discussions ayant eu lieu au sein du CPRC et de l'OMS/Europe, sur les cibles de Santé 2020, et étudier les expériences passées de définition de cibles ;
- convenir des méthodologies techniques à utiliser pour déterminer les cibles et les indicateurs, et mettre en particulier l'accent sur la recommandation d'un processus et d'une méthode de choix de cibles qualitatives ;
- identifier les questions importantes pour les présenter au Comité régional ;
- définir deux cibles de haut niveau pour chaque domaine majeur, et discuter puis proposer une à deux sous-cibles pour chaque cible de haut niveau ;
- pour chaque cible, chercher et proposer un ou plusieurs indicateurs conformes aux principes convenus et pour lesquels des informations sont disponibles ;
- accompagner la consultation des États membres, qui sera coordonnée par le Bureau régional ;
- proposer une version finale des cibles pour présentation durant la soixante-deuxième session du Comité régional, en lien avec le cadre politique définitif Santé 2020.

Le groupe de travail a coopté au besoin d'autres experts et entretenu des liens étroits avec les groupes chargés des recherches et des analyses devant appuyer la formulation de Santé 2020, notamment celui consacré à la mesure et aux objectifs et participant à l'Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire en Europe. Chaque réunion du groupe de travail a débouché sur des recommandations claires visant à établir une liste plus restreinte de cibles et d'indicateurs potentiels correspondant aux trois grands domaines initialement définis dans le cadre de Santé 2020 :

- charge de morbidité et facteurs de risque ;
- personnes en bonne santé, bien-être et déterminants ;
- processus, gouvernance et systèmes de santé (47).

Le secrétariat du Bureau régional a collecté les contributions, les recommandations émises au sujet du processus et les cibles potentielles, pour les inclure dans les diverses consultations avec les États membres.

préférence de dates d'échéance, maintient la dynamique et augmente l'usage des cibles pour accélérer l'action collective. Les cibles sont considérées comme pertinentes lorsqu'elles représentent des objectifs auxquels une politique peut contribuer. Répétons-le : bien qu'elles relèvent d'une démarche heuristique, chacune d'elles doit représenter des progrès réels grâce à une mesure qualitative ou quantitative. Les critères SMART doivent de fait s'appliquer aux cibles qualitatives comme aux cibles quantitatives.

Élaboration de cibles spécifiques pour Santé 2020

Processus

La définition de cibles et d'indicateurs est un processus complexe. Les expériences précédentes, à savoir l'approche de la Santé pour tous dans les années 1980 et 1990, et plus récemment, le choix d'objectifs pour les OMD, ont montré qu'un dispositif bien organisé est nécessaire pour obtenir des résultats remplissant les critères SMART. Ce dispositif doit comporter un cadre de suivi, un système de notification structuré et des éléments d'interprétation des indicateurs ; il doit aussi préciser ce que signifie atteindre des cibles SMART pour la Région européenne. Le processus doit être participatif sans être trop complexe, ni difficile à gérer. Le CPRC a proposé de former un petit groupe de travail sur les objectifs et les indicateurs, composé des membres suivants :

- des experts des domaines concernés et de l'information sanitaire, issus des États membres (représentés au CPRC et au Forum pour hauts responsables de gouvernement) ;
- des responsables de l'OMS/Europe ;
- des membres du personnel du Bureau régional possédant une expertise dans le domaine de la définition de cibles et d'objectifs et de l'information sanitaire.

En collaboration étroite avec le secrétariat de l'OMS, les États membres ont participé aux délibérations techniques, ainsi que le CPRC l'avait proposé en mai 2011. Ont été désignés pour ce groupe de travail les représentants des États membres suivants : Andorre (précédent président du CPRC), ex-République yougoslave de Macédoine (ancien président du CPRC), Pologne, Royaume-Uni, Suède (qui a présidé le CPRC ultérieurement), Turquie et Ukraine. Le groupe était coprésidé par le représentant d'un État membre (la Suède) possédant une expérience exhaustive des domaines concernés et la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe. Il s'est réuni par vidéo ou téléconférence tous les mois ou tous les deux mois, et en face-à-face lors des réunions du CPRC et du Comité régional. Son mandat est détaillé dans l'encadré 13.

Les cibles de Santé 2020

Ainsi qu'il a été indiqué, le Comité régional a adopté le texte citant les six grands buts ou cibles générales et convenu d'élaborer des indicateurs pour évaluer la réussite de la mise en œuvre de Santé 2020 en Europe. Les cibles présentent l'avantage d'être inextricablement liées aux objectifs stratégiques et aux priorités politiques de Santé 2020. Les raisons pour lesquelles elles ont été choisies sont soit qu'elles vont dans le sens des activités actuelles de définition de cibles mondiales, comme par exemple, dans le domaine des maladies non transmissibles, soit qu'elles prolongent et actualisent des stratégies et des méthodes antérieures de fixation d'objectifs européens déjà acceptées ou convenues par les États membres de la Région.

Les cibles générales sont les suivants :

1. réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020 ;
2. augmenter l'espérance de vie en Europe ;
3. limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe ;
4. améliorer le bien-être des populations de la Région européenne ;
5. parvenir à la couverture universelle en Europe ;
6. les États membres fixent des cibles nationales.

Le tableau 2 montre les relations existant entre les domaines couverts par les cibles de Santé 2020, et ceux des buts de la Santé pour tous et de SANTÉ21.

Bien que les progrès accomplis en direction des cibles générales doivent être notifiés au niveau de la Région, la plupart des interventions seront menées au plan national. La sixième cible exprime cela explicitement, et fait allusion à l'intégration de la définition de cibles par de nombreux pays européens dans leur politique de santé nationale (encadré 14).

Déterminer les modes de définition des niveaux des cibles et des indicateurs

Une fois les domaines convenus, l'étape suivante consiste à déterminer les niveaux des cibles et les indicateurs devant permettre le suivi des progrès vers la réalisation de celles-ci. Étant donné que le directeur régional de l'OMS pour l'Europe doit rendre compte des progrès accomplis vers la réalisation des cibles en termes de moyennes européennes, les cibles régionales doivent bénéficier des informations issues du suivi des indicateurs au plan national.

En juin 2012, le Bureau régional a organisé une réunion spéciale pour un groupe d'experts chargé de déterminer des indicateurs (56). Celui-ci a convenu des

critères de principe devant guider le choix des indicateurs dans 5 des 6 domaines (bien-être exclu). Les indicateurs doivent :

- être collectés systématiquement et, si possible, être simples et d'application peu onéreuse pour les États membres (le plus souvent, ils doivent être déjà utilisés dans des bases de données internationales) ;
- être extrêmement solides et valides, pour pouvoir mesurer la réalisation de la cible ;
- inspirer les options politiques, pour soutenir les décisions prises sur les priorités ;
- pouvoir être ventilés au plus bas niveau régional ou sous-national possible, pour faciliter le suivi des différences régionales dans et entre les États membres ;

Tableau 2.
Domaines couverts par les cibles générales de Santé 2020 et par les cibles et buts européens antérieurs

Domaines cibles de Santé 2020	Cibles générales de Santé 2020	Cibles ou buts similaires	
		Santé pour tous (50)	SANTÉ21 (4)
Charge de morbidité et facteurs de risque	1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020	Pas de cible ou de but directement équivalent, mais des équivalences indirectes : but sur la réduction de la mortalité du nouveau-né, de l'enfant et de la mère, et sur le vieillissement en bonne santé	Buts portant sur la mortalité prématurée dans divers chapitres, notamment les jeunes, la sécurité routière, les maladies transmissibles et non transmissibles
Personnes en bonne santé, bien-être et déterminants	2. Augmenter l'espérance de vie en Europe	« D'ici à 2000, l'espérance de vie à la naissance dans la Région devrait atteindre au moins 75 ans ; la santé de toutes les personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'améliorer durablement et continuellement »	« D'ici 2020, [...] il faudrait réduire d'au moins 30 % l'écart en matière d'espérance de vie entre le tiers des États membres ayant l'espérance de vie la plus élevée et le tiers des États membres ayant l'espérance de vie la plus faible »
	3. Limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe (objectif des déterminants sociaux)	« D'ici 2000, les différences réelles en matière de situation sanitaire entre pays et entre groupes au sein d'un même pays devraient avoir diminué d'au moins 25 % ; les personnes handicapées devraient pouvoir mener une existence socialement, économiquement et mentalement satisfaisante »	« D'ici 2020, [...] il faudrait réduire d'au moins 25 % l'écart d'espérance de vie entre groupes socioéconomiques ; les valeurs des principaux indicateurs de morbidité, d'invalidité et de mortalité devraient être plus équitablement réparties entre les différents groupes socioéconomiques »
	4. Améliorer le bien-être des populations de la Région européenne (sera précisée en 2012-2013)	« D'ici 2000, tout le monde devrait avoir la possibilité de développer et d'utiliser son propre potentiel de santé afin de mener une existence socialement, économiquement et mentalement satisfaisante »	« D'ici 2020, il faudrait améliorer le bien-être psychosocial de toute la population »
Processus, gouvernance et systèmes de santé	5. Parvenir à la couverture universelle en Europe	Formulé par rapport à l'accès aux soins, en particulier les soins de santé primaires, sans qu'ils représentent une charge financière pour les ménages	« D'ici 2010, les systèmes de financement des soins de santé devraient garantir une couverture universelle, la solidarité et la viabilité ».
	6. Les États membres fixent des cibles nationales	Soutien à la définition de buts et à l'information sanitaire dans les pays, notamment les indicateurs et les systèmes d'information appropriés au niveau national	Une grande partie des buts étaient également définis pour le niveau national.

- pouvoir être stratifiés par âge et par sexe, et si possible, en fonction de l'appartenance à un groupe ethnique ou à un groupe vulnérable, et des caractéristiques socioéconomiques ;
- être disponibles dans la majorité des États membres.

C'est pour toutes ces raisons que les informations sanitaires systématiquement collectées par les pays doivent être utilisées autant que possible ; on évitera également d'entreprendre de nouvelles collectes de données.

Méthodes de détermination des niveaux des cibles

Les procédures techniques utilisées pour déterminer un niveau de cible et choisir des indicateurs existants ou en élaborer de nouveaux varient selon les objectifs que l'on cherche à atteindre. Il existe plusieurs approches à cet égard qui se distinguent par les données et bases factuelles requises, ainsi que par la complexité de la méthode de calcul (voir encadré 15 sur la définition des niveaux des cibles et d'indicateurs pour les maladies non transmissibles). Les sections ci-dessous présentent des méthodes alternatives appliquées au premier domaine cible : la charge de morbidité et les facteurs de risque.

Méthode contrefactuelle

Cette méthode est fondée sur la comparaison entre un minimum biologiquement réalisable ou théorique et la réalité, sur la base des informations disponibles. En 1999, Murray et Lopez (57) la décrivaient comme étant une taxonomie des répartitions des expositions contrefactuelles qui aident à représenter les options possibles pour la mise en œuvre d'une politique. Les répartitions calculées correspondent à différents minimums pour les facteurs de risque ou cibles décrits : minimum théorique, minimum plausible, minimum réalisable et minimum présentant un bon rapport coût-efficacité. Pour ce domaine cible, la méthode considère qu'une certaine charge de morbidité est inévitable, quel que soit l'environnement (favorable ou non).

Analyse des tendances

Fréquemment utilisée, cette méthode nécessite l'observation des tendances et la réunion de données à ce sujet par zones géographiques, soit au sein des pays, ou entre eux, ou entre groupements de pays, soit en fonction des caractéristiques sociales, économiques ou démographiques de la population, telles que le sexe, le niveau d'instruction ou le groupe professionnel. Elle sert de base pour l'étude de l'évolution des grands déterminants de la santé, des facteurs de risque et des résultats sanitaires ou effets sur la santé entre différents groupes. Il est ainsi possible de définir une cible dans le but de diminuer les différences de taux entre des groupes de pays.

Encadré 14. Étude de cas : les cibles en action en Autriche (55)

Le ministère fédéral autrichien de la Santé a défini dix cibles cadres dans le domaine de la santé, à l'issue d'un processus de consultation large et exhaustif mené en 2011 et 2012. Une commission chargée de l'élaboration des cibles a été mise sur pied ; elle comprenait des représentants de près de 40 administrations publiques aux niveaux fédéral, régional et local (et couvrant différents secteurs politiques), des partenaires sociaux et des représentants du système de protection sociale, des experts du système de santé et des professionnels des soins, des représentants d'institutions du système de santé et d'aide sociale, et de parents, d'enfants, d'adolescents, de personnes âgées et de personnes socioéconomiquement défavorisées.

Les citoyens intéressés pouvaient prendre part au processus grâce à une plate-forme en ligne leur permettant de soumettre leur contribution au départ, et leur réaction sur les projets de cibles à la fin du processus. Deux grandes conférences ont été organisées, l'une pour lancer le processus en mai 2011, et l'autre pour présenter les projets de cibles sanitaires en mai 2012, afin d'impliquer le grand public et d'inclure davantage d'experts de la santé.

Les cibles couvrent des domaines très larges : de la salubrité de l'environnement et de l'équité à l'instruction en santé, de la cohésion sociale et des modes de vie sains aux soins de santé, et de la santé de l'enfant et de la nutrition à la promotion de la santé psychosociale. La cible générale vise à augmenter l'espérance de vie en bonne santé de 2 ans au cours des 20 prochaines années. Suite à l'approbation de la Commission fédérale de la santé et à l'adoption d'une résolution au conseil des ministres en juillet 2012, l'Autriche détermine actuellement les indicateurs appropriés à chacune des dix cibles et met au point un plan de mise en œuvre et de notification sanitaire, qui sera assorti de mesures contraignantes. Le même groupe intersectoriel d'institutions et d'acteurs politiques et sociaux sera désigné comme conseil de suivi des cibles, dans un but de mise en œuvre et d'évaluation.

Autres méthodes

Il existe de nombreuses autres méthodes qui permettent notamment d'affiner davantage la définition des cibles. L'une d'entre elles repose sur la mise en commun des études sur les interventions : celles qui examinent et quantifient l'effet des interventions (notamment leur rapport coût-efficacité) de divers pays d'Europe peuvent être regroupées, et la réduction en pourcentage du résultat de l'intervention peut alors être utilisée pour quantifier la cible.

Ces méthodes sont importantes car elles sont directement liées aux options politiques.

Les évaluations comparatives des risques offrent une autre approche : ces études examinent et quantifient l'effet des facteurs de risque sur la maladie et prédisent le développement de la charge des maladies sur la base de prévisions comprenant des changements dans le temps des déterminants. Il existe une abondante littérature sur ce sujet, en particulier en Europe.

Définition des niveaux des cibles et choix des indicateurs de suivi des progrès d'ici 2020

En juin 2012, la réunion du groupe d'experts a permis de proposer un ensemble préliminaire d'indicateurs potentiels de suivi pour les six cibles générales (56). Les principaux points d'accord définis pendant cette réunion doivent être compris à la lumière des indicateurs actuellement disponibles dans la base de données européenne de la Santé pour tous et un certain nombre d'autres sources.

- On doit définir un ensemble d'indicateurs de base pour lesquels des données doivent être disponibles dans toute la Région européenne ; les pays doivent pouvoir étendre cette liste et utiliser les autres indicateurs existants.
- Les États membres doivent fournir des informations sur les indicateurs de base et se reporter à la liste étendue si des ressources sont disponibles.
- Il est nécessaire d'ajouter une dimension de responsabilisation que peut d'ailleurs procurer la liste des indicateurs de base

Les États membres ayant convenu que la date de référence pour le suivi des cibles de Santé 2020 doit être fixée à 2010, cela offre une fenêtre de dix ans pour le suivi et la notification des progrès.

Se fondant sur les critères proposés pour suivre les progrès, le groupe d'experts a suggéré un niveau de cible pour chacun des grands domaines cibles et élaboré deux ensembles d'indicateurs à discuter ultérieurement (tableau 3) : des indicateurs de base qui satisfont tous ou presque tous les critères ; et des indicateurs supplémentaires, parmi lesquels les États membres peuvent

choisir ceux qui leur semblent les plus pertinents, ou en proposer d'autres si nécessaire.

Les indicateurs proposés par le groupe d'experts sont en fait des paramètres substituables. Après la session de 2012 du Comité régional, l'OMS/Europe a entamé des consultations approfondies avec les États membres pour définir la version finale des indicateurs associés aux cibles convenues, et la soumettre au

Encadré 15.

Exemples de méthodes de définition des niveaux des cibles et des indicateurs appliquées aux maladies non transmissibles

Méthode contrefactuelle

Il est possible de choisir un indicateur de la mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire qui, d'ailleurs, est un domaine cible de la lutte contre les maladies non transmissibles. Notons que la mortalité prématurée est un indicateur utilisé à des fins d'illustration uniquement et qu'il peut s'avérer inapproprié dans la mesure où il exclut les personnes âgées en tant qu'important groupe de population vulnérable. La cible peut être formulée de différentes façons, parmi lesquelles :

- d'ici 2020, une baisse d'au moins 1,5 % par an de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire dans la Région européenne, les baisses les plus importantes devant avoir lieu dans les pays où les taux sont actuellement les plus élevés ; ou
- une baisse de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire dans la Région jusqu'à atteindre la moyenne sous-régionale actuellement

la plus basse. Cette formulation se traduirait immédiatement par une cible quantifiée, puisqu'elle imposerait à la Région européenne de passer, d'ici 2020, du taux moyen de 100 décès pour 100 000 habitants en 2010 à un taux actuellement observé au sein de la Région.

L'indicateur pour cette cible pourrait donc être défini ainsi : « taux de mortalité standardisé selon l'âge due aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants, 0-64 ans ». La figure ci-dessous présente ce taux pour tous les pays de la Région européenne, de même que les taux moyens des sous-groupes de pays précédemment utilisés au sein de la Région européenne :

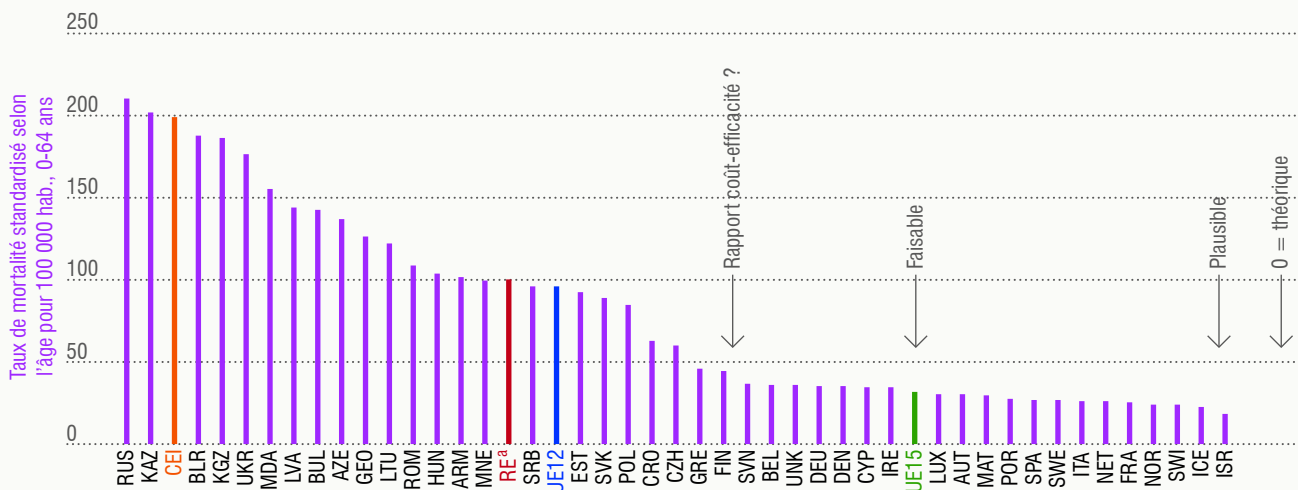
- les 15 pays membres de l'UE avant le 1^{er} mai 2004 (UE₁₅) ;
- les 12 pays ayant adhéré à l'UE depuis mai 2004 (UE₁₂) ;

- la Communauté des États indépendants (CEI) jusqu'en 2006 (voir annexe 1 pour de plus amples informations).

Un taux de mortalité standardisé selon l'âge égal à zéro serait un taux minimum théorique à atteindre, mais il n'est pas physiologiquement plausible. Il est pourtant possible d'argumenter en affirmant que dans des conditions et un environnement appropriés, tous les pays d'Europe devraient pouvoir atteindre le taux le plus bas (dans le cas présent, celui d'Israël), car il correspond à une réalité biologique, ce qui le rend plausible ; ou bien, comme noté plus haut, ils devraient pouvoir atteindre la moyenne sous-régionale actuelle la plus basse (dans le cas présent, celle de l'UE₁₅), puisqu'elle est déjà observée, donc réalisable.

Sinon, on peut aussi avancer que les pays possédant les taux les plus élevés devraient être capables

Mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire dans les pays et les sous-régions de la Région européenne, dernières données rapportées, 2006-2010



Comité régional de 2013. Des discussions ont été engagées pendant toutes les réunions des organes directeurs et une consultation écrite a été réalisée en ligne.

Pour stimuler le débat sur les indicateurs pertinents des cibles générales approuvées de Santé 2020, certains indicateurs proposés par le groupe d'experts sont utilisés dans le cas présent pour illustrer une base de référence, notamment les tendances de quatre de ces cibles. Un cadre de suivi de l'un des indicateurs est également proposé.

d'atteindre le taux moyen de la Région dans son ensemble. Pour discuter d'un minimum présentant un bon rapport coût-efficacité, il est nécessaire de disposer de davantage d'informations extraites des études sur les interventions. Le choix de la norme (souvent appelée le contrefactuel), par rapport à laquelle les progrès seront comparés et la cible sera définie, sera effectué en sollicitant des opinions expertes, en recherchant un consensus ou par d'autres méthodes (décrites ci-dessous).

Sur cette figure, le taux national le plus élevé est plus de 10 fois supérieur au taux le plus bas, et plus de 2 fois supérieur à la moyenne de la Région européenne. La réduction en pourcentage de la cible varie selon le taux utilisé comme contrefactuel ou taux cible. Un indicateur positif peut également être utilisé, s'appuyant sur l'espérance de vie plutôt que sur la mortalité ; le contrefactuel choisi pour effectuer des comparaisons régionales serait alors l'espérance de vie la plus élevée de la Région.

D'autres étapes seraient encore nécessaires pour parvenir à une quantification valable. Par ailleurs, si de nombreux facteurs expliquent les différences de taux, la mortalité globale constitue un paramètre important dans la mesure où des taux peu élevés de mortalité due à une cause spécifique peuvent ne refléter que les taux élevés de mortalité concurrente due à d'autres causes évitables.

Analyses de tendances

Une autre illustration de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire montre comment l'évolution des taux et les tendances à cet égard peuvent être utilisées pour parvenir à une cible dans le domaine, cette fois, des inégalités. La figure révèle comment la mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire a évolué en Europe. Elle démontre que les différences de taux entre les pays de la Région ont augmenté, en particulier au cours de ces 20 dernières années. Ce constat peut amener à formuler une cible définie de la manière suivante : « une réduction de X % des inégalités de mortalité due aux maladies

de l'appareil circulatoire au sein de la Région européenne ». L'indicateur serait alors « la différence proportionnelle de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire entre les pays présentant les taux les plus élevés et ceux présentant les taux les plus faibles ». Sinon, il est possible de définir une cible visant à « réduire de X % le différentiel de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire entre certains sous-groupes de pays (qu'il reste à déterminer) » ; il existe de nombreuses options différentes. Dans les deux cas, la réduction en pourcentage doit être fixée avec l'accord des États membres.

Il est nécessaire de procéder à d'autres analyses pour décider si une cible quantifiée est réaliste. Celles-ci impliquent d'examiner les corrélations à l'aide de variables explicatives, en particulier celles qui sont susceptibles de réagir aux interventions, ou d'analyser les quintiles, s'agissant des points communs des pays situés dans le meilleur quintile. Cela requiert une connaissance plus précise de l'efficacité des interventions visant à lutter contre une maladie ou à diminuer les facteurs de risques/déterminants. Cette analyse étudierait les points communs des pays, sous-groupes ou régions présentant les taux les plus élevés et les plus bas.

Regroupement des études sur les interventions

Prenons un exemple hypothétique : si l'usage intensif de statines et certaines améliorations des systèmes de santé ont abouti à une baisse de 5 % de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire dans certains pays, une cible potentielle pourrait viser la réduction de 5 % des taux de mortalité prématurée due à ces maladies.

Évaluations comparatives des risques

Voici un autre exemple hypothétique. Si la baisse du tabagisme a été suivie d'une réduction de 10 % de la mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire dans certains pays, une cible potentielle pourrait viser la diminution de 10 % des taux de mortalité prématurée due à ces maladies.

Tendances de la mortalité prématurée due aux maladies de l'appareil circulatoire dans les pays et sous-régions de la Région européenne, 1980-2010 (taux standardisé selon l'âge pour 100 000 hab., 0-64 ans)

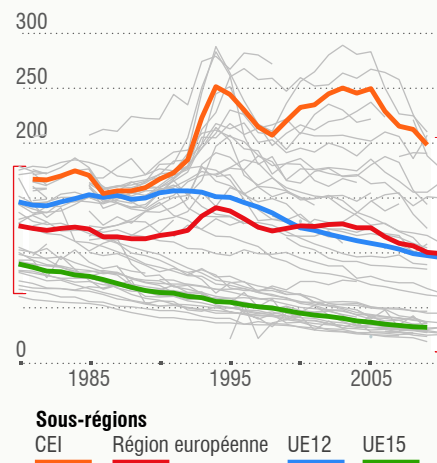


Tableau 3.
Suivi des progrès en vue de la réalisation de Santé 2020

Cibles générales de Santé 2020	Principaux domaines cibles	Indicateurs de base proposés	Autres indicateurs potentiels
1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020	<p>1.1. Réduire de 1,5 % par an, en valeur relative, la mortalité globale due aux maladies de l'appareil circulatoire, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques d'ici 2020</p> <p>1.2. Réaliser et maintenir l'élimination de certaines maladies à prévention vaccinale (poliomyélite, rougeole, rubéole, prévention du syndrome de rubéole congénitale)</p> <p>1.3. Réduction de 30 % des traumatismes dus aux accidents de la route d'ici 2020</p>	<p>1.1.a) Taux de mortalité standardisé selon l'âge toutes causes confondues pour 100 000 habitants, ventilé par sexe et grandes causes de décès</p> <p>1.1.b) Prévalence des grands facteurs de risque, notamment ceux mentionnés dans le cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles</p> <p>1.1.c) Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes</p> <p>1.2.a) Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole, la poliomyélite et la rubéole</p> <p>1.3.a) Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour 100 000 habitants, toutes causes externes confondues</p>	<p>a) Mortalité globale et prématurée due à quatre grandes maladies non transmissibles, par sexe (maladies de l'appareil circulatoire, cancers, diabète et maladies respiratoires chroniques)</p> <p>b) Tabagisme quotidien chez les 15 ans et plus en 2020</p> <p>c) Consommation d'alcool</p> <p>d) Surpoids/obésité</p> <p>e) Accidents de transport</p> <p>f) Intoxications accidentelles</p> <p>g) Intoxication alcoolique</p> <p>h) Suicides</p> <p>i) Chutes accidentelles</p> <p>j) Homicides et agressions</p>
2. Augmenter l'espérance de vie en Europe	2.1. Poursuite de la hausse de l'espérance de vie au taux actuel, associée à une baisse de 50 %, ou de 25 à 30 %, des écarts observés entre les populations européennes en matière d'espérance de vie d'ici 2020	2.1.a) Espérance de vie à la naissance	<p>a) Espérance de vie à la naissance et à 1, 15, 45 et 65 ans</p> <p>b) Espérance de vie en bonne santé à la naissance et à 65 ans</p>
3. Limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe (objectif des déterminants sociaux)	3.1. Réduire l'écart entre l'état de santé des groupes touchés par l'exclusion sociale et la pauvreté, et celui du reste de la population	<p>3.1.a) Pourcentage d'abandons scolaires précoces</p> <p>3.1.b) Pauvreté, notamment dans des groupes particuliers (enfants, personnes âgées)</p> <p>3.1.c) Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes</p> <p>3.1.d) Indicateur qualitatif sur l'établissement d'une politique nationale de lutte contre le manque d'équité en santé</p> <p>3.1.e) Espérance de vie</p> <p>3.1.f) Coefficient de Gini</p> <p>3.1.g) Indice du développement humain</p> <p>3.1.h) Taux de suicide/homicide</p> <p>3.1.i) Taux de grossesses adolescentes</p>	<p>a) Taux de scolarisation dans l'enseignement primaire (en %)</p> <p>b) Pourcentage d'enfants exposés au risque de pauvreté</p> <p>c) Espérance de vie par sexe et lieu de résidence (zone rurale/urbaine)</p> <p>d) Indice du développement humain – corrigé pour tenir compte du manque d'équité</p>
4. Améliorer le bien-être des populations de la Région européenne	À développer en 2012-2013	<p>4.1.a) Prévalence de l'obésité chez l'enfant</p> <p>4.1.b) À développer (notamment santé mentale, problèmes de santé, mortalité, dont les taux de suicide ; mesures objectives et subjectives)</p>	a) Taux de participation à l'emploi des personnes présentant des troubles mentaux
5. Couverture universelle et « droit à la santé » en Europe	5.1. Financer des systèmes de soins de santé garantissant une couverture universelle, la solidarité et la viabilité d'ici 2020	<p>5.1.a) Paiements directs aux prestataires par les ménages exprimés en pourcentage des dépenses totales de santé</p> <p>5.1.b) Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole, la poliomyélite et la rubéole</p> <p>5.1.c) Bébés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (< 2,5 kg)</p> <p>5.1.d) Dépenses de santé par habitant (en pourcentage du PIB)</p>	a) Davantage d'informations sur l'indicateur des paiements directs
6. Les États membres fixent des cibles nationales	6.1 Les processus nationaux de définition des cibles sont mis en place, et les cibles sont formulées	<p>6.1.a) Indicateur qualitatif décrivant à la fois le processus et la formulation</p> <p>6.1.b) Indicateur qualitatif sur l'adoption de l'approche de la santé dans toutes les politiques</p> <p>6.1.c) Indicateur qualitatif sur : i) l'adoption d'une politique nationale relative à Santé 2020 ; ii) le plan de mise en œuvre ; et iii) le mécanisme de responsabilisation</p>	

Cible 1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020

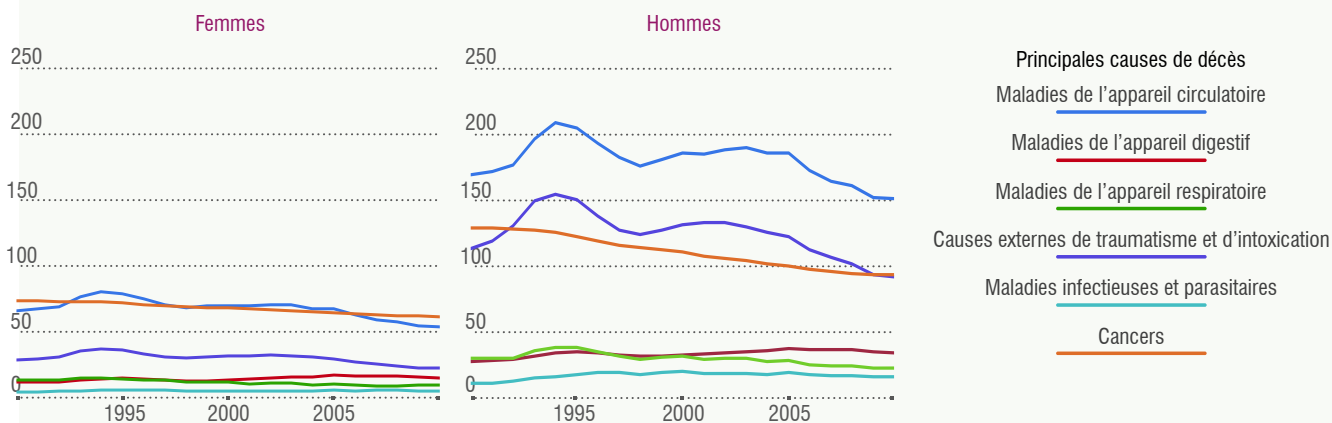
Les principaux domaines cibles comprennent la réduction relative de la mortalité globale due aux maladies de l'appareil circulatoire, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques ; l'élimination de certaines maladies à prévention vaccinale ; et la diminution des accidents de la route.

Indicateur : taux de mortalité standardisé selon l'âge toutes causes confondues pour 100 000 habitants, ventilé par sexe et grande cause de décès

Comme indiqué dans le chapitre 1, il existe d'importants écarts des taux de mortalité toutes causes confondues dans la Région européenne, bien que la moyenne globale ait diminué au cours des dernières années (figure 10, p. 11).

Pour cette cible, la mortalité prématurée (décès survenant avant l'âge de 65 ans), ventilée par sexe et grands groupes de causes de décès, a été proposée comme autre indicateur potentiel (figure 63). Les tendances dans la Région européenne montrent des différences d'ampleur importantes entre hommes et femmes, d'un rapport de deux ou plus pour tous les groupes de causes, et particulièrement marquées pour les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et les causes externes. Les schémas d'incidence des maladies divergent également : si les femmes sont à présent autant affectées que les hommes par les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers, elles le sont dans une moindre mesure par les causes externes. Les hommes sont beaucoup plus touchés par les maladies de l'appareil circulatoire que par tout autre groupe de causes, puis par les causes

Figure 63.
Tendances de la mortalité prématurée par sexe et grands groupes de causes de décès dans la Région européenne, 1990-2010
(taux standardisé selon l'âge pour 100 000 hab., 0-64 ans)



externes et par les cancers. Les tendances de la mortalité pour la plupart des groupes de causes sont à la baisse, mais à des rythmes différents, à l'exception des maladies de l'appareil digestif (liées pour la plupart aux maladies chroniques du foie et à la cirrhose).

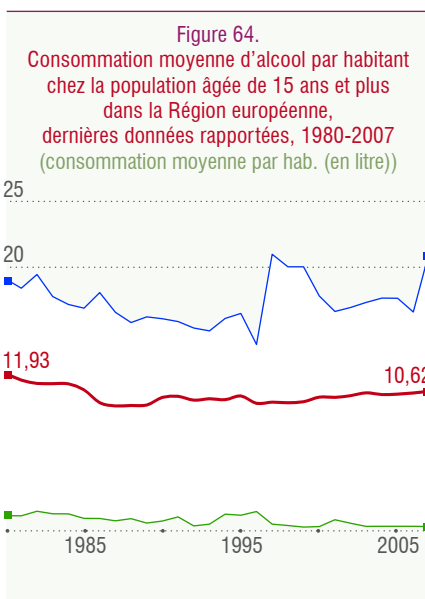
Indicateur : prévalence des grands facteurs de risque

L'un des indicateurs de base proposés est la prévalence des grands facteurs de risque de maladies non transmissibles, notamment le tabagisme et la consommation d'alcool. La prévalence du tabagisme régulier a diminué en Europe pour se rapprocher des 25 %. Néanmoins, les taux de prévalence ne sont pas enregistrés dans tous les pays, ce qui pose des problèmes de suivi.

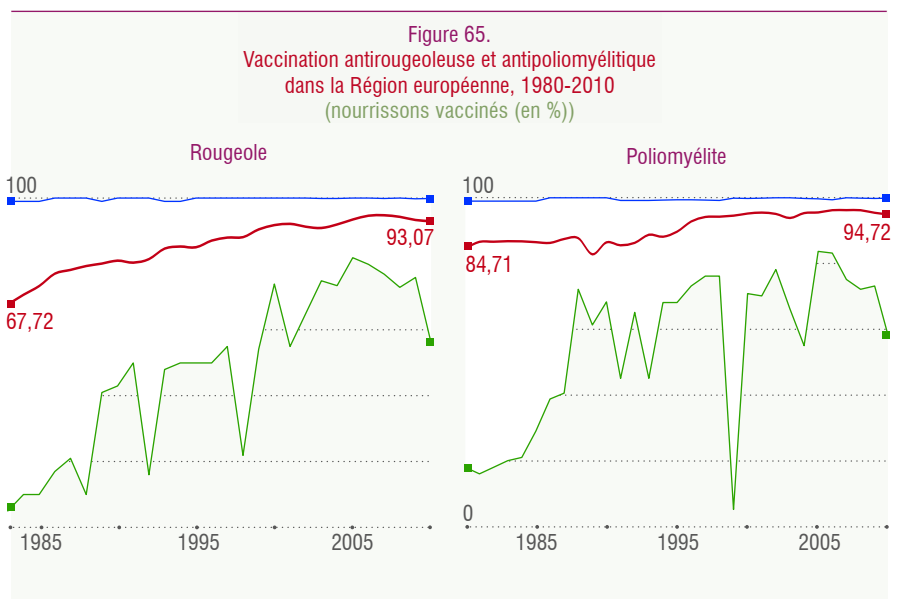
En revanche, les taux de consommation d'alcool ont connu une croissance particulièrement rapide dans certaines régions d'Europe, mais cette hausse est masquée par la moyenne globale de la Région européenne (figure 64). Elle est accompagnée de schémas similaires de mortalité due à des causes liées à l'alcool.

Indicateur : pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole, la poliomyélite et la rubéole

Pour réduire la mortalité prématurée, l'élimination durable de certaines maladies à prévention vaccinale constitue un domaine cible crucial. Les indicateurs potentiels de suivi sont ceux qui sont liés aux actions du système de santé, en particulier dans le domaine de la vaccination. Au cours de la dernière décennie, le pourcentage d'enfants protégés contre la rougeole et la poliomyélite a atteint des niveaux supérieurs à 90 % dans la Région européenne (figure 65). Les



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).



Source : base de données européenne de la Santé pour tous (6).

niveaux sont légèrement plus importants en Europe orientale et en Asie centrale. Dans certains pays, la baisse récente des taux de vaccination crée des conditions favorables aux flambées épidémiques. Face à de tels scénarios, il sera nécessaire de redoubler d'efforts pour protéger efficacement la population.

Indicateur : taux de mortalité standardisé selon l'âge pour 100 000 habitants, toutes causes externes confondues

En raison de leur influence sur la mortalité, les accidents de la route (et les autres causes externes de décès) sont considérés comme un autre domaine cible pertinent. En 2010, les taux de mortalité due à des causes externes ont varié de 25 à 103 pour 100 000 habitants dans la Région, ce qui représente un rapport d'environ un à quatre (figure 35, p. 30). Les taux de mortalité due à des causes externes spécifiques varient aussi considérablement entre les pays (figure 66), comme indiqué dans le chapitre 1.

Cible 2. Augmenter l'espérance de vie en Europe

Le domaine cible principal est la poursuite de la hausse de l'espérance de vie au taux actuel, associée à une réduction des écarts entre les populations.

Indicateur : espérance de vie à la naissance

Au cours de ces 30 dernières années, l'espérance de vie a augmenté en Europe à un rythme moyen annuel de 0,17 an (figure 4, p. 6). D'après les projections, elle atteindra près de 81 ans d'ici 2050 à un rythme similaire à celui des années 1980-2010 (7). Or, il existe d'importants écarts entre les groupes de pays. En 2010, par exemple, l'espérance de vie dans certains pays d'Europe occidentale a déjà atteint le niveau attendu dans l'ensemble de la Région en 2050, et s'élèvera à 85 ans en 2050. En revanche, dans d'autres pays, elle ne devrait atteindre que 75 ans d'ici 2050, c'est-à-dire le niveau observé dans l'ensemble de la Région européenne en 2010, ou le niveau déjà atteint par certains pays en 1985.

Cible 3. Limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe (cible des déterminants sociaux)

Ce domaine cible concernera la diminution des gradients et des écarts de santé entre les sous-groupes de population dans les pays. L'accent sera probablement mis sur les personnes victimes d'exclusion sociale et de pauvreté par rapport au reste de la population. Il sera notamment question des écarts observés entre les populations européennes en matière d'espérance de vie d'ici 2020.

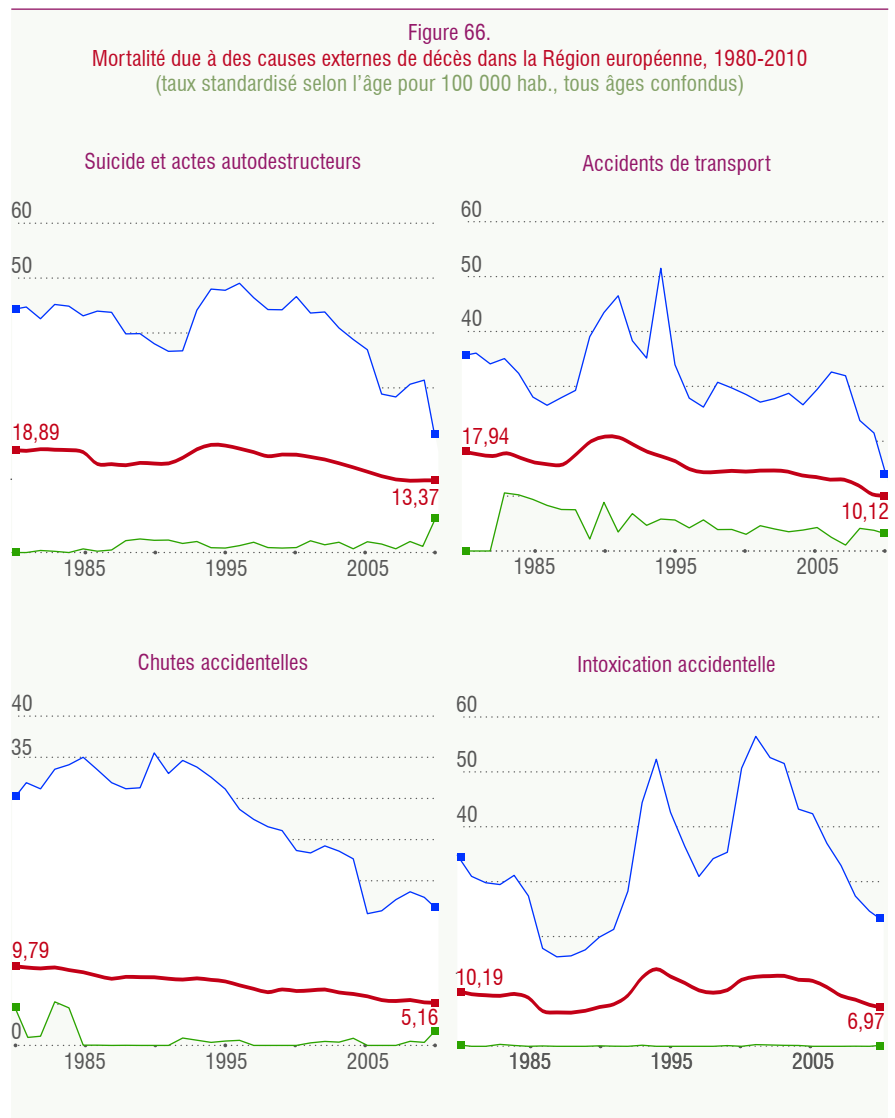
Cible 4. Améliorer le bien-être des populations de la Région européenne

Ce domaine cible exige un nouveau travail considérable. Le Bureau régional a lancé une initiative menée par des experts internationaux et visant à mesurer et à

définir des cibles pour le bien-être. Les indicateurs proposés par ce groupe seront examinés de manière approfondie avec les États membres, comme indiqué dans le chapitre 3. Le groupe a suggéré que la prévalence de l'obésité chez l'enfant constitue l'un des indicateurs dans ce domaine.

Indicateur : prévalence de l'obésité chez l'enfant

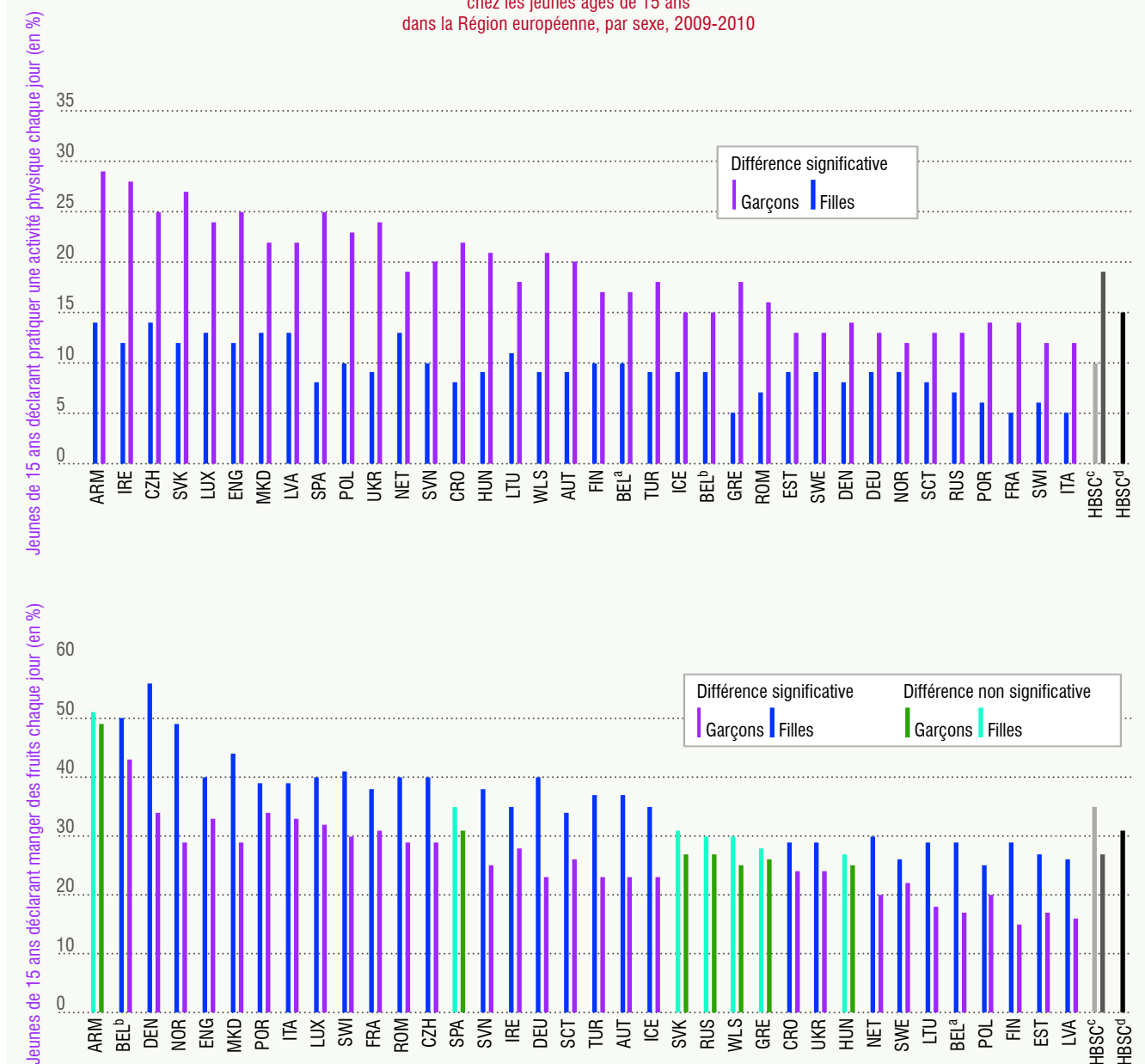
La disponibilité des données sur la prévalence de l'obésité ne progresse que lentement dans les pays européens ; en guise d'alternative, certaines mesures substitutives des comportements sanitaires peuvent être utilisées. La dernière enquête réalisée sur les enfants d'âge scolaire dans le cadre de l'étude HBSC fournit notamment des informations sur leur activité physique et



Source : bases de données européenne de la Santé pour tous et sur la mortalité (6,11).

leurs habitudes nutritionnelles (40). Si 15 % des adolescents âgés de 15 ans déclaraient une pratique modérée à intensive d'une activité physique dans leur vie quotidienne (figure 67), les garçons étaient deux fois plus susceptibles de mener une telle activité que les filles (19 % contre 10 % respectivement). Le taux le plus élevé déclaré chez les garçons comme chez les filles était près de

Figure 67.
Prévalence d'une activité physique modérée à intensive et de la consommation de fruits
chez les jeunes âgés de 15 ans
dans la Région européenne, par sexe, 2009-2010



trois fois supérieur au taux le plus bas. Pour ce qui concerne les comportements alimentaires sains, 31 % de l'ensemble des adolescents déclaraient manger des fruits chaque jour, mais ce taux était supérieur chez les filles (35 % des filles, contre 27 % des garçons). Les variations entre pays étaient considérables, de même que celles entre garçons et filles, qui atteignaient parfois un rapport de un à deux.

Cible 5. Couverture universelle et « droit à la santé » en Europe

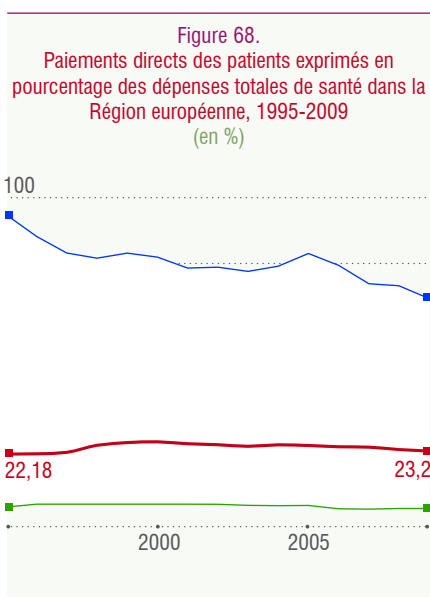
Les principaux domaines cibles concernent le financement des systèmes de santé pour garantir une couverture universelle ; pour que celle-ci soit réalisée d'ici 2020, solidarité et viabilité sont requises.

Indicateur : paiements directs aux prestataires par les ménages exprimés en pourcentage des dépenses totales de santé

Cet indicateur fournit des informations sur les dépenses de santé des ménages qui ne sont pas couvertes par un fonds mutualisé (alimenté par les impôts généraux ou les systèmes d'assurance) ; il s'agit d'un indicateur de base de la couverture universelle (qui représente l'une de ses trois dimensions). En 2009, le pourcentage moyen des paiements directs par rapport aux dépenses totales de santé s'élevait à 23 % dans la Région européenne (figure 68) ; mais il variait de 5,7 à 79,5 % selon les pays (soit un rapport de 1 à 14), comme indiqué au chapitre 1.

Cible 6. Les États membres fixent des cibles nationales

Ce domaine cible, détaillé plus loin, rendra compte des processus mis en place ou renforcés par les États membres dans la Région européenne (voir l'exemple figurant dans l'encadré 14). La priorité sera probablement accordée à la mise à jour des actions actuelles et à l'ajout de nouveaux domaines en conformité avec la politique de Santé 2020, et pertinents pour les pays qui renforcent le suivi et la notification des cibles et des indicateurs au plan national. Par ailleurs, le Bureau régional soutiendra un échange des meilleures pratiques dans la Région.



Suivi des cibles et indicateurs de Santé 2020

Le Bureau régional achève la mise au point d'un cadre de suivi des cibles et indicateurs de Santé 2020, en consultation avec les États membres. Les retours d'information de la session de 2012 du Comité régional indiquent que la mise en place des dispositifs suivants est souhaitée.

Dispositifs de communication des données pour les États membres

Les dispositifs de communication des données existants doivent être utilisés dans la mesure du possible. Il s'agit notamment des informations introduites tous les ans ou deux fois par an dans la base de données de la Santé pour tous ou dans d'autres bases de données gérées par l'OMS/Europe, y compris la collecte de données en collaboration avec Eurostat et l'OCDE. Le Bureau régional aura la charge de suivre et de récolter les informations des bases de données et d'assurer qu'elles soient synthétisées, analysées et présentées aux États membres de façon appropriée.

Plate(s)-forme(s) pour la communication des données des États membres

Les États membres n'ont pas à fournir d'informations supplémentaires, sauf si des données non systématiques sont nécessaires (éventuellement pour les cibles 4 et 6). Lorsque les indicateurs ne sont pas systématiquement collectés (soit par le système national de communication de données et d'établissement de rapports ou dans le cadre d'enquêtes régulières) et sont déjà communiqués à l'OMS, les estimations du Siège de l'OMS ou réalisées dans le cadre d'efforts conjoints avec les Nations Unies et acceptées par les États membres pourront dès lors être utilisées. L'OMS/Europe engagera des discussions avec les États membres pour déterminer les options susceptibles d'y parvenir, et consultera en permanence le CPRC.

Les plates-formes existantes, notamment pour la collecte annuelle des données de la base de données de la Santé pour tous (6), doivent être utilisées jusqu'à ce que la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation ait mis en place une plate-forme unique pour toutes les bases de données du Bureau régional. Ce projet pourrait voir le jour en 2013. Comme la collecte de données réalisées conjointement avec Eurostat et l'OCDE alimente ces dispositifs, toute communication supplémentaire de données serait superflue.

Cependant, au cours des prochaines années, la plate-forme doit être remplacée par le système intégré d'information sanitaire pour l'Europe, que le Bureau régional met en place en collaboration avec la Commission européenne et l'OCDE. Le Bureau régional envisage de lancer ce système avec les indicateurs de base requis pour le suivi de Santé 2020 et l'élaboration de rapports sur sa mise en œuvre, ce que tous les États membres accepteraient. Il poursuivra les discussions sur cette question importante avec la Commission européenne et l'OCDE, afin de convenir d'une voie à suivre en commun. En temps utile, le champ du système pourrait être élargi pour refléter les opportunités, les options et les accords conclus. Par exemple, le Bureau régional analyse actuellement le mode de transfert possible des plates-formes existantes vers une infrastructure électronique

en vue d'un nouveau système et transmettra régulièrement des informations aux États membres à ce sujet.

En ce qui concerne les indicateurs pour lesquels aucune information n'est systématiquement collectée à l'heure actuelle (comme les efforts consentis au niveau national à la définition de cibles et à la question du bien-être), ils peuvent être soutenus par les dispositifs existants. Le Bureau régional émet donc les propositions suivantes.

- Les programmes techniques du Bureau régional peuvent collecter des informations sur les indicateurs qualitatifs auprès des États membres au moyen de questionnaires succincts, nécessitant généralement une réponse affirmative ou négative. Des explications peuvent cependant être apportées, le cas échéant. Les membres du personnel du Bureau régional doivent mobiliser à ce sujet leurs homologues techniques dans les pays.
- Les indicateurs du bien-être élaborés en 2013 comprendront un ensemble de données systématiquement notifiées et d'informations autodéclarées ; ils nécessiteront également la communication de données supplémentaires. Le Bureau régional tiendra des consultations régulières avec les États membres et les organes directeurs de l'OMS sur la méthode de collecte des données dans ce domaine. À cette fin, il convient d'explorer les dispositifs existants (par exemple, les enquêtes réalisées par Gallup International ou d'autres groupes procédant à des enquêtes annuelles dans tous les pays européens). Le Bureau régional étudie ces options (qui ne devraient engendrer aucune charge supplémentaire, notamment financière, pour les pays) avec les fournisseurs concernés et mènera une consultation à ce sujet, à l'occasion par exemple des activités réalisées annuellement pour la base de données de la Santé pour tous.

Synthèse des informations communiquées dans les Statistiques européennes de la santé et le rapport du directeur régional

Le Bureau régional propose de fournir tous les deux ans une synthèse de l'ensemble des données reçues par les dispositifs existants. Un chapitre spécial y serait consacré dans une nouvelle publication, provisoirement intitulée « European health statistics » (Statistiques européennes de la santé). Le Bureau régional procédera au préalable à une vaste consultation écrite auprès des États membres. Le rapport pourrait comprendre des analyses détaillées des données, qui seraient présentées dans des tableaux et des graphiques sous la forme de moyennes régionales, voire de nouvelles moyennes sous-régionales, de fourchettes présentant les valeurs minimales et maximales, ou de textes interprétatifs et de résumés d'orientation.

Encadré 16.**Étude de cas : comparer la santé aux Pays-Bas à l'aide des Indicateurs de santé de la Communauté européenne**

Afin de réaliser une ambition affichée en 2006 de hisser de nouveau les Pays-Bas parmi les cinq premiers pays européens présentant la meilleure situation sanitaire, les autorités néerlandaises ont adopté une nouvelle approche de la prévention en santé. Pour disposer de données factuelles, le ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports a chargé le RIVM de rechercher les dernières informations disponibles sur la santé publique et d'établir une comparaison entre les Pays-Bas et les autres États membres de l'UE. Cet institut a publié en 2008 un rapport intitulé « Dare to compare » (Osons comparer, (58)), qui répondait aux questions suivantes.

- Quelle est la situation de la santé publique aux Pays-Bas, en particulier celle des jeunes et des personnes âgées, par rapport aux autres pays européens en général ? Lorsque cela est possible, les problèmes posés par les inégalités socioéconomiques seront abordés.
- Dans quelle mesure existe-t-il des données néerlandaises conformes aux spécifications de la liste réduite des Indicateurs de santé de la Communauté européenne, et quelles sont les principales lacunes et difficultés mises en évidence par la comparaison internationale fondée sur la liste réduite ?

L'examen de la liste réduite des Indicateurs de santé de la Communauté européenne a montré que les Pays-Bas figuraient parmi les cinq pays européens de tête pour certaines questions de santé publique, mais parmi les pays les plus mal classés pour d'autres. Cette hétérogénéité a montré qu'il était nécessaire de procéder à d'autres études des causes et des modèles. Le directeur du RIVM a soulevé des questions essentielles, par exemple sur les raisons pour lesquelles le pays était tellement efficace dans certains domaines, et sur les enseignements qui pouvaient être tirés en vue de mener une action politique sur les autres domaines moins performants.

Il est important de noter que le rapport était principalement destiné aux responsables politiques et aux professionnels de santé publique des Pays-Bas, et qu'il offrait une comparaison directe entre ce pays et les autres États membres de l'UE sur de nombreuses questions actuelles. Les thèmes traités concernaient notamment la situation sanitaire, les déterminants de la santé, la prévention et les soins, et la situation démographique et socioéconomique. Le rapport accorde également une attention particulière à la santé aux différents stades de la vie et s'intéresse aux enfants, aux jeunes et aux personnes âgées.

Pour compléter cette publication bisannuelle, le directeur régional de l'OMS pour l'Europe inclura un rapport abrégé sur les indicateurs de Santé 2020 dans son rapport annuel au Comité régional. Cela constituera une plate-forme supplémentaire permettant une consultation et des réactions directes. L'analyse présentée ci-dessus est proposée. Par ailleurs, le directeur régional présentera tous les 2 à 3 ans un bilan des progrès accomplis en direction des cibles quantifiées dans la Région européenne. La session du CPCR tenue en mai de chaque année pourrait faire office de plate-forme de consultation supplémentaire sur les résultats en vue de préparer le rapport du directeur régional au Comité régional.

Il est aussi envisagé d'inclure un rapport d'étape sur les cibles et les indicateurs de Santé 2020 dans le *Rapport sur la santé en Europe* publié tous les trois ans par le Bureau régional. Cela permettrait des analyses et une discussion plus détaillées. Le premier rapport d'étape serait donc publié en 2015, puis en 2018, et un rapport final est prévu pour 2020. En outre, le Bureau régional s'emploie actuellement à relancer la série des Panoramas de la santé qui présentent les profils des pays ; ce support peut mettre en évidence immédiatement les progrès accomplis. Il a également repris la publication d'une brochure annuelle sur les indicateurs de base pour tous les pays européens, avec des thèmes différents chaque année. Les informations contenues dans tous ces rapports seront rendues publiques à l'aide de médias tels que le site Web du Bureau régional.

Responsabilisation

Le secrétariat du Bureau régional élabore actuellement un processus en vue de déterminer les mesures à prendre lorsque :

- les États membres ne font pas régulièrement rapport sur l'ensemble des indicateurs ; ou
- les cibles telles qu'elles sont proposées ne semblent pas être en bonne voie de réalisation.

En outre, il devra communiquer et souligner les modes d'utilisation des informations par les pays européens au plan national, éventuellement en comparaison avec le niveau régional et les autres pays de la Région, afin d'orienter les politiques et les programmes de santé et de donner un aperçu des méthodes efficaces dans différents contextes. Il est clair que la vaste gamme d'activités en cours peut illustrer concrètement que de meilleures informations sanitaires nationales et régionales offrent de nouvelles perspectives à chaque pays : par exemple, au moyen d'études comparatives nationales et internationales qui sont utilisées pour soutenir les politiques nationales de santé, comme c'est le cas aux Pays-Bas (encadré 16).

Le cadre de suivi

L'OMS/Europe élaborera un cadre détaillé comprenant tous les indicateurs, comme indiqué dans le tableau 4, et le présentera aux États membres pour discussion et prise de décisions. Le cadre résume les dispositifs de collecte de données, les activités de consultation, les formats de communication des données et d'élaboration de rapports et le calendrier propre à chaque cible et indicateur.

Le chapitre 2 a décrit le processus d'élaboration des cibles générales de la politique Santé 2020 – ce vers quoi nous tendons en tant que Région – et proposé une méthode de définition de cibles et d'indicateurs réalisables pour suivre les progrès accomplis au niveau régional. Un domaine fondamental qu'il convient de développer est en fait la mesure des progrès accomplis en matière de santé dans le contexte du bien-être, ou « ce que nous apprécions » : tel est le sujet du chapitre 3.

Tableau 4.
Extrait d'un cadre détaillé de tous les indicateurs

Cible générale	Principaux domaines cibles	Cibles quantifiées potentielles	Autres indicateurs potentiels	Nombre de pays communiquant des données	Dispositif de collecte de données	Consultation des États membres	Communication de données et établissement de rapports	
							Format	Calendrier
1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020	1.1. Réduire de 1,5 % par an, en valeur relative, la mortalité globale due aux maladies de l'appareil circulatoire, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques d'ici 2020 (doit s'aligner sur les activités menées au niveau mondial en vue de définir des cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles)	1.1.a) Taux de mortalité standardisé selon l'âge toutes causes confondues pour 100 000 habitants (en tant que premier indicateur), ventilé par sexe et grandes causes de décès	a) Mortalité globale et prématurée due à quatre grandes maladies non transmissibles, par sexe (maladies de l'appareil circulatoire, cancers, diabète et maladies respiratoires chroniques)	43	Base de données de la Santé pour tous, au moyen du dispositif annuel actuel (à la demande de l'OMS)	Dans le contexte de la Santé pour tous Réunion de mai du CPCR Consultation écrite supplémentaire Document d'information pour le Comité régional	Directement aux pays (format actuel)	2013
							Rapport du directeur régional au Comité régional	2014
							Statistiques européennes de la santé Rapport sur la santé en Europe	2015