



Comité régional de l'Europe
Soixante et unième session

EUR/RC61/11

Bakou (Azerbaïdjan), 12-15 septembre 2011

15 juin 2011

111357

Point 6 b) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Synthèse du rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn

Le présent document est une synthèse du rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Ce rapport a été compilé par une équipe d'experts faisant ou non partie de l'OMS, aidés par un groupe de travail externe, d'après les réponses écrites à un questionnaire envoyé aux États membres et avec la collaboration des chefs de bureaux de pays de l'OMS et d'autres membres du personnel de l'OMS. Le dix-huitième Comité permanent du Comité régional a également reçu, en sa troisième session, des commentaires formulés lors des débats du Forum européen sur la politique de la santé pour hauts responsables de gouvernement (Andorre, 9-11 mars 2011). La version intégrale de ce rapport est disponible sous la forme du document EUR/RC61/Inf.Doc./2.

Conformément à ce que demandait le Comité régional dans sa résolution de 2008 sur la direction et la gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC58/R4), le rapport intérimaire vise à illustrer certains des moyens employés par les États membres pour concrétiser les divers engagements et messages de la Charte de Tallinn, et à montrer de quelle manière le secrétariat de l'OMS les a aidés dans cette tâche. Le rapport final de 2015 devrait permettre d'évaluer dans quelle mesure les engagements pris aux termes de la Charte de Tallinn ont été honorés par les États membres et de tirer des enseignements de cette expérience. En réponse à la demande énoncée dans la résolution du Comité régional sur la santé en période de crise économique mondiale (EUR/RC59/R3), ce rapport présente également quelques enseignements déjà tirés au niveau régional en ce qui concerne la gestion de la crise économique.

Le rapport intérimaire et le présent condensé comportent six chapitres, en ce compris l'introduction. Le chapitre II illustre les initiatives prises dans le cadre de l'« Engagement à agir » spécifié dans la Charte. Après le chapitre II, le reste du rapport approfondit trois dimensions clés de la Charte : l'évaluation de la performance des systèmes de santé pour une meilleure gouvernance et une plus grande responsabilisation (chapitre III), la sauvegarde de la solidarité et des progrès en matière de situation sanitaire en temps de crise financière (chapitre IV) et le renforcement de l'impact des systèmes de santé par l'orchestration d'une action intersectorielle en vue d'une amélioration de la situation sanitaire (chapitre V). Le rapport se conclut par le chapitre VI, qui décrit les orientations futures pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à la lumière des enseignements tirés jusqu'à présent, et qui met en relief les synergies entre la Charte de Tallinn et Santé 2020.

Sommaire

	page
I. Introduction et vue d'ensemble.....	1
II. Concrétisation des engagements pris aux termes de la Charte : illustrations et points clés.....	2
Promouvoir la solidarité et l'équité.....	2
Encourager l'investissement en faveur de la santé et des personnes pauvres dans tous les secteurs.....	2
Promouvoir la valeur commune de la participation : réactivité des systèmes de santé par rapport à la population, et engagement des acteurs concernés.....	2
Apprentissage transfrontalier et coopération.....	3
La préparation des systèmes de santé et le Règlement sanitaire international.....	3
III. Mesure de la performance des systèmes de santé – le thème central de la Charte.....	4
Progrès des pays et enseignements tirés.....	4
Progrès accomplis s'agissant d'encourager et d'effectuer des comparaisons entre pays ; questions de méthodologie non résolues.....	4
Soutien de l'OMS en matière d'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles.....	5
IV. Maintien de l'équité et de la solidarité, et poursuite de l'amélioration de la situation sanitaire dans le contexte de la crise financière.....	6
La pertinence de la Charte de Tallinn pour l'orchestration de la réaction à la crise financière.....	6
Des valeurs à l'action : les recommandations d'Oslo.....	6
Protection des budgets de la santé et maintien des services essentiels.....	6
Continuer à améliorer la situation sanitaire par des dépenses dans le domaine social.....	7
Viabilité, rationnement et compromis.....	7
Dépenser de manière plus efficiente.....	8
Comment mieux se préparer aux récessions économiques ?.....	8
V. Améliorer la performance en orchestrant l'action intersectorielle pour une meilleure situation sanitaire.....	8
La santé dans toutes les politiques.....	9
Outils de gouvernance en appui de la santé dans toutes les politiques.....	9
Enseignements tirés du processus.....	9
VI. Synthèse des progrès accomplis à ce jour et perspectives d'orientations futures pour la mise en œuvre de la Charte de Tallinn.....	10
Des valeurs aux actes : synthèse.....	10
De la Charte de Tallinn à Santé 2020.....	11
Dans la perspective de la soixante-cinquième session du Comité régional, en 2015.....	12

I. Introduction et vue d'ensemble

1. Avec la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, organisée à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008, une étape a été franchie sur la voie d'un engagement politique plus résolu envers le renforcement des systèmes de santé. L'événement marquant de la Conférence a été la signature de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, et l'approbation ultérieure de cette Charte dans une résolution du Comité régional sur la direction/gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC58/R4).

2. Les engagements pris à Tallinn ont été mis à l'épreuve par la crise financière et économique mondiale qui a éclaté en 2008. En 2009, le Comité régional a adopté une résolution basée sur les conclusions d'une conférence qui s'était tenue à Oslo sur le thème : « La santé en période de crise économique mondiale : incidences pour la Région européenne de l'OMS ». Ces deux résolutions priaient le directeur régional de remettre un rapport au Comité régional en 2011. En raison des liens étroits entre les engagements de la Charte de Tallinn et les recommandations d'Oslo, le dix-huitième Comité permanent du Comité régional (CPCR) a décidé, lors de sa deuxième session (Andorre, 18 et 19 novembre 2010) que les deux rapports seraient compilés « sous un même pli ».

3. L'année 2010 a vu la formulation de la perspective de la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe sur l'amélioration de la santé en Europe, approuvée par le Comité régional dans sa résolution EUR/RC60/R2. La nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020, est l'un des fondements de cette perspective. Santé 2020 vise à énoncer une politique-cadre cohérente et fondée sur des bases factuelles pour la santé dans la Région européenne de l'OMS. Santé 2020 réaffirmera sans équivoque les principes essentiels de la Charte de Tallinn, en tenant compte des répercussions de l'évolution globale des politiques de la santé dans toute la Région européenne.

4. Le présent document est une synthèse du rapport intérimaire sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn, dont une première version provisoire a été présentée lors de la session du CPCR à Andorre et a fait l'objet d'une discussion ; une consultation a été organisée lors de la première réunion du Forum européen sur la politique de la santé pour hauts responsables de gouvernement (Andorre, du 9-11 mars 2011). Ce rapport a été compilé par une équipe d'experts faisant ou non partie de l'OMS, aidés par un groupe de travail externe, d'après les réponses écrites à un questionnaire envoyé aux États membres et avec la collaboration des chefs de bureaux de pays de l'OMS et d'autres membres du personnel de l'OMS.

5. Le rapport intérimaire vise à illustrer certains des moyens employés par les États membres pour concrétiser les divers engagements et messages de la Charte, et à montrer de quelle manière le secrétariat de l'OMS¹ les a aidés dans cette tâche. Le rapport final de 2015 devrait permettre d'évaluer dans quelle mesure les engagements pris aux termes de la Charte de Tallinn ont été honorés par les États membres et de tirer des enseignements de cette expérience.

6. Le rapport intérimaire et la présente synthèse comportent six chapitres, en ce compris l'introduction. Le chapitre II illustre les mesures prises par les États membres et l'OMS dans le cadre de l'« Engagement à agir » spécifié par la Charte. Après le chapitre II, le reste du rapport approfondit trois dimensions clés de la Charte : l'évaluation de la performance des systèmes de santé pour une meilleure gouvernance et une plus grande responsabilisation (chapitre III), la sauvegarde de la solidarité et des progrès en matière de situation sanitaire en temps de crise financière (chapitre IV) et le renforcement de l'impact des systèmes de santé par l'orchestration d'une action intersectorielle en vue d'une amélioration de la situation sanitaire (chapitre V). Le

¹ Dans un souci de concision, le secrétariat de l'OMS sera désigné ci-dessous par « OMS ».

rapport se conclut par le chapitre VI, qui décrit les orientations futures pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) à la lumière des enseignements tirés jusqu'à présent, et qui met en relief les synergies entre la Charte de Tallinn et Santé 2020.

II. Concrétisation des engagements pris aux termes de la Charte : illustrations et points clés

7. Ce chapitre illustre les progrès réalisés par les États membres pour la concrétisation des engagements pris aux termes de la Charte et l'aide apportée par l'OMS dans ce cadre. Il met en évidence les démarches novatrices visant à promouvoir la solidarité et l'équité, la valeur commune de la participation, l'apprentissage transfrontalier et la coopération, ainsi que les mesures de préparation.

Promouvoir la solidarité et l'équité

8. La solidarité et l'équité sont les deux valeurs les plus affirmées ; il a été déterminé qu'elles sous-tendaient la plupart des mesures prises par les autorités sanitaires des États membres et guidaient les travaux de l'OMS. La promotion d'un accès à la couverture universelle ou d'un maintien de celle-ci a souvent été citée comme la motivation d'une réforme du financement de la santé. Dans certains cas, les conseils à caractère technique de l'OMS ont joué un rôle clé dans la formulation de recommandations sur les stratégies visant à la suppression des obstacles administratifs qui empêchent certains groupes vulnérables, tels que la population rom, d'avoir droit à des prestations d'assurance-santé. Les pays ont non seulement apporté des modifications en matière de financement, mais aussi des changements visant à rendre les services plus accessibles et ouverts aux groupes marginalisés (tels que les minorités ethniques, les migrants, les toxicomanes et les travailleurs du sexe), et ce à la fois au moyen de programmes de sensibilisation et de services de promotion de la santé ciblant ces populations.

Encourager l'investissement en faveur de la santé et des personnes pauvres dans tous les secteurs

9. Gérer efficacement les systèmes de santé implique de comprendre et d'essayer d'influencer les facteurs extérieurs au système qui ont un impact sur la santé, en tenant compte des bases factuelles relatives aux déterminants sociaux. Dans plusieurs pays, les autorités publiques ont mis en place un vaste ensemble de mesures pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en matière de santé, notamment une taxation (par exemple sur l'alcool, le tabac et le sucre dans les boissons), des interventions dans le domaine du logement, de l'emploi, de l'éducation et de la toxicomanie, et une aide sociale. Dans ces cas-là, un grand nombre de ministères et d'organes des autorités publiques locales sont concernés, tandis que le ministère de la Santé joue le rôle de catalyseur.

Promouvoir la valeur commune de la participation : réactivité des systèmes de santé par rapport à la population, et engagement des acteurs concernés

10. « La participation » est l'une des valeurs communes envers lesquelles les États membres se sont engagés dans la Charte, ainsi que dans la politique-cadre de la Santé pour tous. Elle devait être réalisée en rendant les systèmes de santé plus réactifs et en faisant intervenir les acteurs concernés à la fois dans l'élaboration et dans la mise en œuvre des politiques. Plusieurs États membres ont montré leur intention d'avoir un système plus axé sur le citoyen dans le cadre d'une stratégie nationale globale de la santé, par exemple en formulant des recommandations

sur la manière de préserver et d'améliorer la santé du citoyen, en promouvant les droits du patient et la sensibilisation à ces droits, et en mettant en place des numéros verts ou des canaux de communication sur le Web pour obtenir un retour de l'information quant à la santé de la population ou à des questions en rapport avec le système de santé et pour proposer au citoyen un moyen de faire part de ses griefs.

Apprentissage transfrontalier et coopération

11. Les États membres se sont fréquemment montrés intéressés par l'incorporation d'expériences d'autres pays dans leur dialogue national sur les politiques de santé et ont souvent pris des initiatives en ce sens. L'OMS a joué un rôle clé en facilitant cet apprentissage transfrontalier pour toute une série de dossiers de santé, dont la mise en œuvre de réformes sanitaires nationales et sous-nationales. Des démarches de plusieurs types ont été entreprises, souvent en collaboration avec des agences partenaires. On a notamment produit et diffusé des analyses et des synthèses techniques/stratégiques, encouragé les réseaux, pris contact directement avec les décideurs politiques et organisé des réunions, des ateliers et des cours de formation à l'échelon national et international. Pour donner un exemple précis, citons le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est, un forum politique et institutionnel mis sur pied par neuf pays pour promouvoir la paix, la réconciliation et la santé en Europe du Sud-Est. Il convient également de mentionner les analyses et synthèses de politiques produites par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et le Réseau des bases factuelles en santé de l'OMS/Europe, comme par exemple les documents de référence rédigés pour la Conférence sur la viabilité financière des systèmes de santé organisée par la République tchèque au cours de sa présidence de l'Union européenne (UE). Le réseau « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information » (Informations sur la fixation des prix et le remboursement des produits pharmaceutiques), qui rassemble deux fois par an les décideurs des pays de l'UE en charge des questions pharmaceutiques, s'est avéré être un outil performant pour l'apprentissage transfrontalier. La « Knowledge, Experience and Expertise Bank » (KEE-Bank ou banque de connaissances, d'expériences et d'expertise) permet aux décideurs responsables des systèmes de santé de se fonder sur l'expérience de leurs pairs dans toute la Région pour faire l'appréciation de différentes options stratégiques. Dans la même veine, et en étroite collaboration avec l'Observatoire européen, l'OMS a mis sur pied de très nombreuses réunions ayant pour thème un dialogue sur les politiques, et ce souvent en réunissant d'anciens décideurs ou des décideurs en poste venus de plusieurs pays pour aider un autre pays se débattant avec de complexes questions de politique. Enfin, il y a eu de multiples programmes de formation, par exemple les stages pilotes régionaux, sous-régionaux et nationaux sur la réforme des systèmes de santé, le financement de la santé et les questions de pauvreté/d'équité, ainsi que l'École d'été de l'Observatoire européen, à Venise, qui a traité d'un large éventail de sujets, comme les systèmes de santé dans le cadre de l'intégration européenne, le vieillissement, la réorganisation des hôpitaux et l'évaluation des technologies de la santé.

La préparation des systèmes de santé et le Règlement sanitaire international

12. Dans les engagements de la Charte de Tallinn, le septième point stipule que les États membres veilleront à ce que les systèmes de santé soient à même de réagir aux crises, et à ce qu'ils collaborent les uns avec les autres et mettent en application le Règlement sanitaire international (RSI). Les pays qui honorent cet engagement ont, par exemple, mis en place un programme à l'échelle de tout le secteur de la santé afin de réunir les capacités nécessaires pour anticiper les crises sanitaires, les prévenir, s'y préparer, y réagir, en atténuer les effets et revenir à l'état normal. L'OMS a fourni aide et conseils aux États membres sur la manière d'évaluer les capacités nationales et de développer et renforcer les principales capacités du RSI, dont la réaction rapide en cas d'épidémie ou d'autres événements affectant la santé publique et ayant une portée internationale.

III. Mesure de la performance des systèmes de santé – le thème central de la Charte

Progrès des pays et enseignements tirés

13. Les États membres procèdent de plus en plus souvent à une évaluation de la performance des systèmes de santé (HSPA pour *health system performance assessment*). Les expériences récentes laissent à penser que cela génère une valeur ajoutée pour la gouvernance, en faisant participer les acteurs concernés (par exemple les pouvoirs publics, les fournisseurs de soins de santé, les autorités de la santé et les citoyens), en stimulant le dialogue intersectoriel, en diffusant largement les bases factuelles sur les différences en matière d'équité, en promouvant une vision commune des choses dans différents programmes et à différents échelons, ou en instaurant des mécanismes de solidarité interrégionaux. Malgré la diversité des méthodes employées pour réaliser une HSPA, il est possible de déterminer quels sont les principaux facteurs de réussite, comme la participation des acteurs concernés et le maintien d'un équilibre dans le recours à des informations d'ordre qualitatif ou quantitatif. Par ailleurs, la tendance est clairement à une approche d'ensemble, qui englobe tout un système, en ce compris les déterminants de la santé au sens large.

14. L'expérience acquise à ce jour montre les différentes manières dont l'évaluation des performances peut contribuer à la concrétisation des objectifs fixés pour les systèmes de santé. L'une de ces manières est le rôle de l'évaluation des performances comme moyen de promouvoir la responsabilisation vis-à-vis de la société et la définition de politiques éclairées grâce à la publication régulière, en toute transparence, des performances obtenues à tous les niveaux. Sa valeur peut également résider dans le fait qu'elle influence le dialogue intersectoriel et promeut la santé en tant que responsabilité concernant l'ensemble des pouvoirs publics : l'évaluation des performances recourt à de vastes structures qui rendent explicite le rôle des déterminants socioéconomiques de la santé, des styles de vie et de l'environnement dans l'état de santé (y compris les expériences faites avec l'Organisation de coopération et de développement économiques (l'OCDE) et le projet de surveillance des indicateurs de la santé pour la Communauté européenne (ECHIM)). Une autre manière encore est le lien entre l'évaluation de la performance, d'une part, et l'élaboration et le suivi de politiques et de stratégies nationales et sous-nationales en matière de santé, d'autre part. Enfin, et c'est peut-être la manière la plus directe, l'évaluation de la performance a été employée comme instrument dans la gestion des performances, grâce à la sélection minutieuse d'indicateurs (par exemple, processus par opposition à résultats) ou grâce à la mise en place de systèmes d'incitants (par exemple, récompense par opposition à sanction, rapport en interne par opposition à rapport public).

Progrès accomplis s'agissant d'encourager et d'effectuer des comparaisons entre pays ; questions de méthodologie non résolues

15. Il existe des projets nationaux qui incorporent des comparaisons internationales dans un processus national d'évaluation de la performance. Les pays comparateurs, en plus d'analyser leur évolution nationale dans le temps, donnent des indications quant au niveau de performance et aux objectifs potentiels. Pour ce faire, ils s'appuient sur des indicateurs propres aux systèmes de santé, normalisés à l'échelon international (Santé pour tous, indicateurs de la santé pour la Communauté européenne (ECHI)) et sur des instruments d'étude (Panel communautaire des ménages (PCM), Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) et enquête européenne santé par interview de base (EESIB)). Les comparaisons internationales ont permis de mieux faire prendre conscience d'aspects relatifs à l'existence, à la qualité et à la fiabilité des données, ainsi que de questions de méthodologie concernant la mise au point des indicateurs. Les réseaux d'apprentissage entre homologues ouvrent des possibilités supplémentaires de comprendre les

variations obtenues dans les résultats et permettent de voir comment les politiques affectent la performance des systèmes de santé. L'un des rôles de l'OMS doit être de créer des occasions de procéder à une analyse comparative au sein d'un même pays ou entre plusieurs pays, et de fournir des outils à cet effet.

Soutien de l'OMS en matière d'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles

16. En plus de fournir une aide pour les aspects techniques de l'HSPA, l'analyse des politiques et le suivi sectoriel régulier, l'OMS a apporté son soutien aux États membres pour le renforcement de leurs capacités et le développement institutionnel. Ces travaux reposent sur trois piliers. Le premier pilier est la **création d'une demande** ou le changement de la culture qui sous-tend l'élaboration des politiques, en ce sens qu'on cherche d'abord systématiquement des bases factuelles avant de prendre des décisions et que l'on procède à l'évaluation des principales politiques. Le deuxième pilier est le **renforcement des capacités** pour produire une évaluation de la performance, une analyse des politiques et un suivi sectoriel de haute qualité en recourant à des mécanismes de formation explicites (par exemple des cours, donnés à l'échelon international ou national, sur le renforcement des systèmes de santé, le monitoring du secteur de la santé et divers thèmes relatifs à l'analyse des politiques) et/ou en effectuant avec les homologues nationaux des travaux d'analyse conjoints. Le troisième pilier fait intervenir un **développement institutionnel**, c'est-à-dire la prise de dispositions adéquates pour que la demande de bases factuelles sur la santé soit à la fois formulée et satisfaite grâce à la fourniture de bases factuelles de haute qualité, et pour qu'il y ait des plateformes de conversion des connaissances qui établissent un véritable pont entre les bases factuelles et les politiques menées.

17. En plus d'apporter un soutien technique aux divers États membres, le Bureau régional a pour objectif de diffuser largement l'abondante expérience acquise dans la Région. L'OMS a œuvré à l'élaboration d'un ensemble très complet d'outils destinés à aider les pays à réaliser une HSPA, par exemple des principes directeurs et des études de cas sur l'HSPA, un recueil d'indicateurs proposés par diverses organisations nationales et internationales et des « passeports d'indicateurs » décrivant la définition, les fonctions et les principaux aspects d'une série d'indicateurs. Des documents de référence sur les structures des systèmes de santé et des HSPA, sur des comparaisons internationales et sur des analyses comparatives sont également disponibles.

18. En outre, les partenaires de l'Observatoire européen ont demandé à ce dernier de lancer un programme de travail sur la comparaison des performances des systèmes de santé. Les objectifs de ce programme sont « d'aider les pouvoirs publics, le législateur, le citoyen et d'autres commentateurs à mieux comprendre la performance de leur système de santé par rapport à d'autres, de permettre l'amélioration des méthodes de mesure et d'analyse, et de montrer à quoi les paramètres de comparaison peuvent servir lors de la conception et de l'évaluation de projets visant à renforcer les systèmes de santé ». Cette initiative est menée en étroite collaboration avec l'OMS/Europe et impliquera des contacts avec d'autres collaborateurs clés, dont la Commission européenne et l'OCDE. Le premier produit substantiel de cette initiative est un ouvrage d'information sur les performances pour la comparaison des systèmes de santé. Une série de rapports sur la comparaison des paramètres, des méthodologies et des performances sont élaborés en parallèle dans le cadre de ce programme. En outre, un rapport comparatif biennal sera produit pour la Région européenne.

IV. Maintien de l'équité et de la solidarité, et poursuite de l'amélioration de la situation sanitaire dans le contexte de la crise financière

La pertinence de la Charte de Tallinn pour l'orchestration de la réaction à la crise financière

19. La Charte de Tallinn s'articule autour des principes d'équité, de solidarité, de protection financière et d'amélioration maximale de la situation sanitaire par un leadership et une amélioration de la performance des systèmes de santé. Elle a été signée à la mi-2008, à une époque où l'ampleur et les conséquences de la crise financière et économique qui couvrait n'apparaissaient pas encore clairement. Lorsque la crise a éclaté, les engagements pris par les États membres par rapport aux principes énoncés plus haut ont été mis à l'épreuve. En période de récession économique, il convient de s'engager plus résolument en faveur de l'équité, de la solidarité et de la protection financière, de manière à ce que les secteurs sanitaire et social soient protégés de réductions budgétaires générales ou, si des réductions des budgets de la santé sont inévitables, que celles-ci soient opérées de telle façon que leurs effets négatifs sur ces objectifs soient atténués au maximum. D'un point de vue purement fiscal, la question de la viabilité se limite au maintien d'un équilibre entre les recettes et les dépenses d'un gouvernement. Mais du point de vue de la santé et de la sécurité sociale, la viabilité n'a aucun sens si elle n'est pas liée à des objectifs. Le fait d'orienter les performances permet d'appréhender de manière plus nuancée le concept de viabilité et déplace l'attention vers la question de savoir dans quelle mesure nous pouvons ou voulons continuer à concrétiser les divers objectifs des politiques publiques.

Des valeurs à l'action : les recommandations d'Oslo

20. En avril 2009, une réunion de haut niveau a été organisée conjointement par le Bureau régional et le gouvernement norvégien à Oslo. Une série de recommandations ont été proposées afin que les politiques menées soient orientées en faveur de la santé et des personnes pauvres, et ces recommandations ont eu pour modèle et moteur les engagements pris aux termes de la Charte de Tallinn. L'une des recommandations d'Oslo était de donner la priorité aux services de santé publique et de soins de santé primaires ayant un bon rapport coût-efficacité. Par ailleurs, ces recommandations reconnaissent à quel point il est important de garantir l'utilisation efficiente des fonds publics (« plus de santé pour l'argent dépensé »), qui est l'une des conditions préalables lorsque l'on veut plaider efficacement en faveur de « plus d'argent dépensé pour la santé ». Les recommandations d'Oslo préconisent l'introduction de nouvelles taxes sur la consommation de sucre et de sel, ainsi qu'une taxation plus forte de l'alcool et du tabac, soit des mesures fiscales qui sont en même temps des interventions efficaces pour la santé publique.

Protection des budgets de la santé et maintien des services essentiels

21. S'efforçant de protéger le budget de la santé, les États membres ont recouru à tout un éventail d'interventions. Les mesures de dépense anticycliques (soit épuiser les réserves constituées dans la/le(s) caisse(s) d'assurance, soit creuser délibérément le déficit des pouvoirs publics pour la santé) sont une première réaction qui coule de source lorsque cette option est ouverte (c'est-à-dire si le pays est entré dans la crise avec des réserves importantes dans sa/ses caisse(s) d'assurance ou avec un déficit cumulé du secteur public n'empêchant pas, par son ampleur, un financement par découvert). Mais parfois, cette opération s'est faite aux dépens du budget consacré aux programmes de santé publique. Certains pays ont choisi une autre option, à savoir de reporter à plus tard les investissements, ce qui a permis au secteur de la santé de maintenir le niveau et le volume des services de santé (y compris les services de santé publique)

à court terme. Pour qu'une quelconque de ces options soit viable, il faut un engagement politique en faveur de la protection du budget de la santé.

Continuer à améliorer la situation sanitaire par des dépenses dans le domaine social

22. La recherche² indique un lien entre les taux de mortalité, toutes causes confondues, et les crises économiques, si l'on prend le chômage comme mesure du stress économique et de l'incertitude qu'il entraîne pour la population. En période de crise économique, les pouvoirs publics peuvent protéger leur population en augmentant les dépenses engagées pour la protection sociale. Avec des dépenses supérieures à 190 dollars des États-Unis (USD) par personne, les taux de chômage en hausse n'ont pas eu d'impact sur les taux de suicide. De même, une comparaison entre l'Espagne et la Suède durant les graves problèmes économiques auxquels ces deux pays ont été confrontés à la fin des années 1980 et au début des années 1990 montre que s'il y a eu une augmentation des suicides en parallèle avec la montée du chômage en Espagne, les deux mesures ont eu une évolution divergente en Suède, où la diminution du nombre de suicides sur le long terme s'est maintenue malgré un chômage plus important.

Viabilité, rationnement et compromis

23. Si bien des arguments justifient de protéger les budgets de la santé et de la protection sociale en période de récession économique, il se peut que les pouvoirs publics n'aient tout simplement pas le choix et que des restrictions soient inévitables. Dans ce cas, les décideurs en charge de la santé sont placés face à un défi, à savoir atténuer au maximum les effets indésirables sur la santé de la population et sur la pauvreté. Confrontés au manque de moyens, tous les pays doivent rechercher des compromis entre des priorités et objectifs qui sont en concurrence les uns avec les autres. Lorsque le fardeau du financement des soins de santé n'est plus supporté grâce à des fonds publics constitués par une mise en commun des moyens, mais grâce au patient via l'augmentation des paiements directs (quote-part à charge du patient, ticket modérateur, etc.), le patient recourt moins aux services de santé, et parfois à des services nécessaires pour des raisons cliniques, ce qui, au final, entraîne un surcoût pour le système de santé et une détérioration de l'état de santé de la personne. Dans la Charte de Tallinn, les États membres ont déclaré qu'« il est inacceptable, aujourd'hui, de devenir pauvre en raison d'un mauvais état de santé », une affirmation qui peut être ébranlée quand les pouvoirs publics cherchent à faire supporter la charge du financement par les ménages dans le cadre d'une politique de réaction à des contraintes budgétaires. Lorsque cela coûte moins cher de chercher à obtenir des soins, on renonce aussi moins souvent à le faire en temps de crise.

24. En plus de s'efforcer explicitement de faire porter les coûts par les patients, beaucoup de pays mettent en place des mécanismes implicites de rationnement. Ces derniers sont moins tangibles pour les patients comme pour les décideurs, et ils sont aussi très difficiles à détecter par des recherches systématiques. Lorsque le niveau des fonds octroyés aux prestataires de soins diminue, mais qu'aucune mesure de compensation financière explicite n'est introduite, il se peut que la demande de paiements officieux par les patients augmente. En outre, il se peut que les prestataires de soins se livrent eux-mêmes à un rationnement, par exemple en retardant la prestation de services cliniques, en rejetant les demandes de soins ou en fournissant des services moins performants. Un tel abaissement du niveau qualitatif peut avoir des répercussions sensibles sur la situation sanitaire et l'efficacité dans l'emploi de moyens limités. Lorsque l'on ne contrôle pas très rigoureusement si les prestataires se conforment aux normes cliniques et que

² McKee M., Stuckler D., Martin-Moreno J.M. Protecting health in hard times. *BMJ* 2010;341:c5308.

les associations professionnelles sont moins strictes sur le respect de bonnes pratiques cliniques, des mécanismes de rationnement implicites peuvent masquer certains des effets indésirables de la crise financière.

Dépenser de manière plus efficiente

25. Dépenser de manière plus efficiente contribue à atténuer la gravité des répercussions des restrictions budgétaires. Les instruments de politique dans le domaine des médicaments illustrent l'éventail d'options qui s'offrent aux décideurs politiques. Les fonds affectés au paiement des médicaments représentent entre 10 et 25 % de l'ensemble des dépenses de santé dans les pays de l'UE et entre 20 et 40 % dans les pays en transition économique. Étant donné qu'il s'agit là d'un poste important, les réductions des dépenses publiques pour des produits pharmaceutiques figurent toujours en bonne place sur la liste d'options ouvertes aux décideurs ayant à gérer un déficit. Plusieurs pays sont parvenus à gagner en efficacité en améliorant le rapport coût-efficacité dans l'utilisation des médicaments, par exemple, ou en procédant à une évaluation des technologies de la santé pour influencer les décisions relatives à un remboursement. Certains ont également introduit des mesures de maîtrise des coûts en annonçant des réductions de prix générales pour les fabricants et en négociant des prix plus bas, en achetant des médicaments de manière plus efficiente via des appels d'offres, en mettant l'accent sur les politiques relatives à la prescription et à l'emploi de médicaments génériques, en réduisant les marges bénéficiaires des grossistes et des pharmaciens et en prenant des mesures pour plus de rationalité dans la prescription de médicaments.

Comment mieux se préparer aux récessions économiques ?

26. Les pays qui accumulent des réserves en période de croissance économique ou qui, au minimum, réduisent leurs déficits budgétaires et leur dette extérieure peuvent choisir de financer leur déficit en empruntant ou en puisant dans les réserves lorsque la crise éclate. Quant à savoir si ces stratégies anticycliques sont garanties par des dispositions institutionnelles ou ne sont que le résultat d'un engagement politique en faveur de la santé, cela varie d'un pays à l'autre. Il est essentiel, pendant les années de croissance économique, de veiller à l'efficacité et à la gestion responsable des fonds publics dans le secteur de la santé, tout en appliquant une politique fiscale prudente dans l'ensemble du secteur public, car en temps de crise économique, il se peut que la population ait davantage besoin de services d'aide sociale et de santé, pour lesquels un financement public suffisant est nécessaire afin de garantir l'équité et l'efficacité en assurant une couverture universelle. Les pays qui ont abordé la crise avec la possibilité d'exploiter leurs réserves ou de supporter à plus ou moins long terme un financement à découvert ont été bien plus capables de protéger leur population des conséquences de la crise.

V. Améliorer la performance en orchestrant l'action intersectorielle pour une meilleure situation sanitaire

27. Il y a une prise de conscience toujours plus aiguë du fait que la gouvernance pour la santé est un domaine d'une importance capitale lorsque l'on tente d'améliorer la situation sanitaire. Une grande étude sur l'approche pangouvernementale et sur les outils et structures de gouvernance pour la santé dans l'ensemble des politiques est en cours afin d'élaborer Santé 2020 à la lumière des conclusions. Le thème de « la gouvernance de la santé » devrait occuper une place de choix dans Santé 2020, et c'est dans ce contexte que doivent être envisagés les points exposés ci-dessous.

La santé dans toutes les politiques

28. La Charte de Tallinn stipule que les systèmes de santé « englobent à la fois des services aux personnes et à la population, et des activités visant à influencer les politiques et les actions d'autres secteurs pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé ». Dans ce contexte, la Charte affirme que les systèmes de santé « dépassent le cadre des services de santé et incluent la prévention des maladies, la promotion de la santé et les efforts visant à inciter d'autres secteurs à traiter des questions de santé dans leurs politiques ». « Les ministères de la Santé devraient promouvoir l'inclusion de considérations d'ordre sanitaire dans toutes les politiques et défendre leur mise en œuvre effective dans tous les secteurs pour maximiser l'amélioration de la santé. » Ce concept est désormais désigné par le terme « santé dans toutes les politiques ». Les politiques en matière d'agriculture, d'enseignement, de logement, d'emploi, de transport, de fiscalité et d'aide sociale, par exemple, façonnent et influencent les déterminants sociaux de la santé et les phénomènes d'inégalités sociales dans la société. L'expérience acquise à ce jour laisse à penser que nous avons besoin de plus de savoir-faire, d'outils et d'instruments pour renforcer et soutenir les ministères de la Santé afin qu'ils gèrent/influencent les pratiques visant à promouvoir la santé et l'équité sanitaire dans toutes les politiques. Il est également essentiel de tirer plus d'enseignements de l'évaluation des résultats et de l'impact.

Outils de gouvernance en appui de la santé dans toutes les politiques

29. Pour encourager l'intersectoralité et la prise en compte de la santé dans toutes les politiques, on a recouru à un large éventail de stratégies. Celles-ci peuvent être catégorisées comme démarches « pangouvernementales » : on procède à des interventions intersectorielles sur la base d'objectifs sanitaires et de l'évaluation de l'impact sur la santé et l'équité en matière de santé. La diversité des démarches reflète des différences dans les objectifs spécifiques, dans le savoir-faire des différents pays et leurs capacités dans le domaine des ressources humaines, ainsi que dans la manière dont les dispositions institutionnelles sont fragmentées.

30. L'OMS a joué divers rôles, fournissant une assistance aux ministères de la Santé afin que ceux-ci dirigent et influencent les interventions multisectorielles visant à incorporer les préoccupations sanitaires dans toutes les politiques et à s'attaquer aux déterminants de la santé dans les États membres. L'un de ces rôles a été de servir de « courtier » ou de « traducteur de connaissances » en matière d'innovation, de bases factuelles et de savoir-faire, et d'élaborer des outils et des méthodes pour le processus « santé dans toutes les politiques », par exemple une analyse des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en matière de santé. L'OMS a également eu pour rôle d'exploiter son pouvoir de rassembleuse pour réunir différents intervenants. Par ailleurs, l'OMS a traduit des préoccupations d'ordre sanitaire en « plateformes » à l'échelle de l'UE, en constituant des alliances et des partenariats par l'intermédiaire de centres spécialisés en matière de santé dans toutes les politiques.

Enseignements tirés du processus

31. L'expérience acquise et la littérature existante ont permis de dégager plusieurs éléments essentiels à la mise en œuvre efficace de « la santé dans toutes les politiques ». Ces éléments seront pris en considération pour l'élaboration de Santé 2020. Le point clé est la fermeté dans la conduite des opérations, tant au sein du système de santé qu'au plus haut niveau de pouvoir. Les dirigeants doivent être en mesure de formuler clairement une méthode permettant d'améliorer la santé et l'équité en matière de santé, en même temps que des politiques spécifiques (avec mention d'objectifs). Comme la dispersion administrative est un obstacle aux bonnes intentions d'introduire des mesures multisectorielles, la création d'une autorité ou d'un organisme « supra-divisionnel » chargé de la santé dans toutes les politiques, la mise en place, en appui de la santé dans toutes les politiques, d'autres structures organisationnelles nouvelles qui sont

multisectorielles par nature (par exemple une unité spéciale pour l'évaluation des incidences sanitaires, avec son propre budget), ou l'attribution d'un important ensemble de responsabilités nouvelles (avec des budgets partagés) à des structures existantes peuvent être des étapes décisives pour une véritable mise en œuvre simultanée de mesures par différentes unités d'une organisation. Enfin, il apparaît également essentiel de disposer d'un encadrement juridique, à la fois pour approuver des activités spécifiques et, plus généralement, pour apporter une assistance en faveur de la santé dans toutes les politiques par une révision de la législation en matière de santé publique.

VI. Synthèse des progrès accomplis à ce jour et perspectives d'orientations futures pour la mise en œuvre de la Charte de Tallinn

Des valeurs aux actes : synthèse

32. La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité a été un important jalon pour la politique de la santé dans la Région européenne de l'OMS. Les États membres ont affirmé l'importance fondamentale de la santé pour la société et leur responsabilité collective pour une promotion de la santé et de l'équité en matière de santé. Ils se sont déclarés convaincus que les services fournis par les systèmes de santé englobent aussi des services de santé publique tels que ceux qui sont responsables de la prévention des maladies et de la promotion de la santé, ainsi que les efforts visant à inciter d'autres secteurs à traiter des questions de santé dans leurs politiques.

33. La présente synthèse a montré nombre des politiques et innovations alignées sur les engagements pris aux termes de la Charte de Tallinn et mises en œuvre ces dernières années dans toute la Région, souvent avec le soutien de l'OMS, et récapitulé les enseignements acquis ce faisant. Comme on l'a fait observer, ces engagements ont été mis à rude épreuve lorsque la crise financière s'est déclarée. L'équité, la solidarité et la protection financière pourraient facilement avoir été compromises, vu les contraintes fiscales nées de la détérioration des finances publiques pendant les années de récession économique, et dans certains pays, effectivement, les restrictions budgétaires dans les secteurs de la santé et de l'aide sociale ont eu des conséquences négatives. Cependant, plusieurs pays ont pu exploiter la crise comme une opportunité politique de procéder à une réorganisation des priorités nécessaire depuis longtemps et de gagner en efficacité, ce qui a permis de limiter les effets néfastes pour les personnes pauvres et vulnérables. Et les efforts consentis pour maintenir le niveau de performance ont été faits en se fondant sur des bases factuelles afin d'évaluer la performance et de maintenir un contrôle des actes posés, à une époque où l'on surveille de plus près les dépenses publiques. En bref, les pays qui ont concrétisé les engagements contenus dans la Charte ont montré qu'avec un sens du commandement et un esprit novateur et ouvert, il est possible de passer des valeurs aux actes en peu de temps.

34. Malgré les succès, il y a aussi un certain nombre de défis et d'obstacles qui ont empêché les États membres de transposer en actes les valeurs de la Charte de Tallinn. Même si les décideurs du secteur de la santé se montrent enthousiastes vis-à-vis des engagements pris dans la Charte de Tallinn, il peut s'avérer difficile de « faire monter à bord » les autres pouvoirs publics et politiciens, en particulier de les engager à participer à des activités ayant pour but d'obtenir une amélioration de la situation sanitaire à long terme et d'adopter une démarche plus globale en matière de gouvernance.

De la Charte de Tallinn à Santé 2020

35. Les enseignements acquis lors de la mise en œuvre de la Charte de Tallinn seront une source d'inspiration pour l'élaboration de la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020. Cette politique réaffirmera les principes essentiels de la Charte de Tallinn, tels que la nécessité de remédier rapidement aux inégalités en matière de santé, de faire participer les diverses parties prenantes au processus décisionnel sur la santé et ses déterminants, et de relever les défis modernes de la santé grâce à des partenariats pour l'apprentissage et la collaboration. Les synergies entre la Charte de Tallinn et Santé 2020 seront particulièrement importantes dans quatre domaines : la revitalisation des services et de l'action de la santé publique, les stratégies et plans sanitaires nationaux, la prise en compte de la santé dans toutes les politiques et l'amélioration de la gouvernance par une évaluation de la performance.

36. L'OMS/Europe s'est engagée à redoubler d'efforts dans le domaine de la santé publique et, dans ce contexte, a publié un *Renforcement des capacités et des services de santé publique en Europe : un cadre d'action*. Fondé sur la reconnaissance explicite, dans la Charte de Tallinn, de l'importance de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, le cadre d'action en matière de santé publique propose des mesures destinées à améliorer la prestation de services essentiels de santé publique, ainsi qu'à renforcer les organismes et les ressources humaines dans le domaine de la santé publique dans la Région européenne de l'OMS.

37. Dans la Charte de Tallinn, les États membres se sont montrés conscients du fait qu'il était nécessaire d'exercer un leadership efficace pour s'attaquer aux déterminants sociaux, environnementaux et économiques, en raison de leur influence décisive sur l'état de santé. Cependant, il est rare que les ministres de la Santé disposent de suffisamment d'autorité au sein du gouvernement pour prendre l'initiative de changements durables en dehors de leur propre portefeuille, et des mécanismes de gouvernance (officiels et informels) doivent être mis en place pour les aider à prendre les commandes d'une stratégie intersectorielle visant à relever des défis dans le domaine sanitaire. À la lumière de ce qui précède, Santé 2020 défendra une démarche « pangouvernementale » impliquant un leadership déterminé, afin de faire participer d'autres secteurs et d'induire un changement, de mettre en place des processus de gouvernance horizontale pour promouvoir une amélioration de la santé en tant que l'un des objectifs sociétaux communs à tous les secteurs ministériels, et d'établir les mécanismes de gouvernance nécessaires pour appuyer cette démarche.

38. L'expérience des États membres en matière d'évaluation de la performance et d'analyse des politiques indique que le mesurage, le suivi et l'évaluation peuvent aussi servir à faire progresser un certain nombre de principes qui revêtent une pertinence générale pour la gouvernance de la santé et, dès lors, pour l'élaboration de Santé 2020. L'un des objectifs clés de l'évaluation de la performance, au-delà de la transparence et de la responsabilisation, est le soutien à l'élaboration de politiques participatives et adaptables.

39. L'élaboration de plans et stratégies nationaux pour la santé, projet dirigé par le Groupe de politique mondiale de l'OMS, sera grandement facilitée par un suivi sectoriel performant, de bons rapports d'HSPA et un travail analytique. Les signataires de la Charte de Tallinn sont conscients du fait que pour tenter de concrétiser les buts globaux des systèmes de santé dans chaque pays, il faut déterminer des objectifs liés à ces buts et actionnables par des politiques. Pour cette raison, des plans sanitaires nationaux visant des objectifs ultimes en rapport avec la population, ainsi que des résultats intermédiaires, peuvent être d'importants instruments permettant de faire avancer les réformes.

Dans la perspective de la soixante-cinquième session du Comité régional, en 2015

40. Le Bureau régional continuera à aider les États membres à concrétiser les engagements pris dans la Charte de Tallinn en renforçant leur système de santé. Pour ce faire, l'OMS utilisera les outils à sa disposition (travaux techniques, dialogue sur les politiques à mener, pouvoir de rassembleuse, renforcement des capacités, facilitation de l'apprentissage transfrontalier, etc.) afin d'améliorer la performance des systèmes de santé dans les États membres par des interventions dans un grand nombre de domaines, comme l'amélioration des dispositions pour le financement de la santé, le renforcement des services de santé publique, l'amélioration de la qualité des services médicaux, la production de ressources (ressources humaines et médicaments) d'un niveau approprié et en quantité adéquate, et le renforcement des dispositions relatives à la gouvernance. En plus d'intervenir auprès d'États membres isolés, l'OMS/Europe peut proposer un certain nombre de produits destinés à un ensemble de pays, comme des conseils sur l'HSPA et la politique de financement de la santé, des études de cas permettant un échange de savoirs dans un certain nombre de domaines en rapport avec le renforcement des systèmes de santé, un travail d'analyse, des cours et d'autres événements pour l'échange de connaissances entre les pays. Enfin, la nouvelle initiative de l'OMS sur les plans sanitaires nationaux lui fournira une occasion particulière de s'engager auprès des États membres qui entament de nouveaux cycles de planification et de les soutenir dans le cadre de Santé 2020.

41. L'expérience acquise, résumée dans ce rapport, indique que les principes et engagements affirmés dans la Charte de Tallinn sont concrétisés dans des environnements caractérisés par de la complexité, de l'incertitude, des enjeux importants et des valeurs parfois conflictuelles. En tant qu'ensemble d'engagements pris à l'échelle de la Région pour une responsabilisation en matière de performance des systèmes de santé, la Charte de Tallinn donne un nouveau souffle à l'opération de renforcement des systèmes de santé, et de précieux enseignements peuvent être tirés de son processus de mise en œuvre. Une évaluation visant à apprécier à la fois les enseignements tirés de l'expérience des pays en matière de réformes et le rôle joué par cet accord politique international devrait être planifiée dans un proche avenir. En appui de la démarche adoptée dans le présent examen à mi-parcours, on pourrait inclure des interviews, des groupes de discussion et des études de cas, et certains États membres ou un organisme indépendant pourraient être invités pour faciliter la préparation du rapport final. Ce serait la garantie que les multiples expériences acquises au cours de ce processus puissent être rassemblées, analysées et synthétisées de façon appropriée à temps pour la soixante-cinquième session du Comité régional, en 2015.