
Résumé d'orientation

Rapport sur la
santé en Europe

2012

La quête du bien-être



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'Europe

Résumé d'orientation

Rapport sur la
santé en Europe
2012

La quête du bien-être

RÉSUMÉ

Ce résumé d'orientation présente une vue d'ensemble de l'ouvrage phare du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, publié tous les trois ans et intitulé *The European health report 2012: charting the way to well-being*. Les détails en sont exposés dans quatre chapitres, où il est question de la situation sanitaire en Europe, des objectifs européens pour la santé et le bien-être, des arguments en faveur d'une mesure du bien-être et d'un programme visant à relever les défis à ce niveau.

ISBN 978 92 890 2429 7

Mots clés :

Delivery of health care
Epidemiology and statistics
Health policy
Health status indicators
Public health - trends
Mortality - statistics
Regional health planning

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

© Organisation mondiale de la santé 2013

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés

ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Résumé d'orientation

Rapport sur la
santé en Europe
2012

La quête du bien-être



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'Europe

Abréviations des noms de pays employés dans certaines figures

AND	Andorre	ROM	Roumanie
ARM	Arménie	RUS	Fédération de Russie
AUT	Autriche	SMR	Saint-Marin
AZE	Azerbaïdjan	SPA	Espagne
BEL	Belgique	SRB	Serbie
BLR	Bélarus	SVK	Slovaquie
BUL	Bulgarie	SVN	Slovénie
CRO	Croatie	SWE	Suède
CYP	Chypre	SWI	Suisse
CZH	République tchèque	TUR	Turquie
DEN	Danemark	UKR	Ukraine
DEU	Allemagne	UNK	Royaume-Uni
EST	Estonie		
FIN	Finlande		
FRA	France		
GEO	Géorgie		
GRE	Grèce		
HUN	Hongrie		
ICE	Islande		
IRE	Irlande		
ISR	Israël		
ITA	Italie		
KAZ	Kazakhstan		
KGZ	Kirghizistan		
LTU	Lituanie		
LUX	Luxembourg		
LVA	Lettonie		
MAT	Malte		
MDA	République de Moldova		
MKD	Ex-République yougoslave de Macédoine		
MNE	Monténégro		
NET	Pays-Bas		
NOR	Norvège		
POL	Pologne		
POR	Portugal		

Sommaire

Aperçu général	vi
----------------------	----

01	Où en sommes-nous ? La situation sanitaire en Europe – les arguments en faveur de Santé 2020	1
	Tendances démographiques	2
	Espérance de vie	2
	Mortalité	4
	Causes de décès	5
	Mortalité prématurée	7
	Charge de morbidité	9
	Facteurs de risque	9
	Les déterminants sociaux et les inégalités face à la santé, y compris les systèmes de santé	10

02	Ce vers quoi nous tendons : les objectifs européens pour la santé et le bien-être	14
	Expériences antérieures de définition d'objectifs et de suivi	15
	Problèmes techniques pour la sélection d'objectifs et d'indicateurs	17
	Concertation avec les représentants des États membres européens	17
	Les grands buts	19

03	Comment nous y parviendrons et ce que nous apprécions : les arguments en faveur d'une mesure du bien-être	20
	Un rapport direct avec Santé 2020	21
	Les fondements sur lesquels nous pouvons nous appuyer	22
	Les défis auxquels nous sommes confrontés	23

04	Compte à rebours jusqu'en 2020 : noter les progrès réalisés	26
----	--	-----------

Aperçu général

Dans le cadre de son mandat, qui le charge d'observer la situation sanitaire de près de 900 millions de personnes dans la Région européenne de l'OMS et d'établir des rapports à ce sujet, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) publie tous les trois ans le *Rapport sur la santé en Europe*, son ouvrage phare. Ce rapport vise trois objectifs. D'abord, il est publié à point nommé pour présenter aux décideurs et aux professionnels de la santé publique les données épidémiologiques fondamentales sur lesquelles se fondent les objectifs stratégiques, les cibles et les priorités du nouveau cadre politique européen pour la santé, Santé 2020. Ensuite, il fait l'analyse des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et met le bien-être à l'ordre du jour, en tant que révélateur du progrès social dans la Région européenne. Enfin, il cerne les principales difficultés qui se présenteront dans les dix prochaines années s'agissant de mesurer la santé, et établit un programme de collaboration pour le recueil, l'analyse et l'exploitation d'informations sanitaires dans toute la Région.

Ce rapport comporte quatre chapitres. Le premier est une introduction, dans laquelle on décrit la situation sanitaire et les caractéristiques de l'Europe d'aujourd'hui, en couvrant 53 pays et en braquant les projecteurs sur certains pays et sous-groupes de pays. Les tendances démographiques, l'espérance de vie, la mortalité, les causes de décès, la charge de morbidité, les facteurs de risque, les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sur le plan sanitaire sont quelques-uns des sujets traités. Cette analyse montre principalement que la population européenne vit plus longtemps, mais que la charge de morbidité se présente différemment et que les inégalités en matière de santé et de déterminants de la santé augmentent. L'espérance de vie a dépassé les 76 ans tous sexes confondus, principalement grâce au recul de certaines causes de décès et aux améliorations dans la prévalence des facteurs de risque et dans le contexte socioéconomique et les conditions de vie. Toutefois, ces améliorations, et les conditions qui les favorisent, ne sont pas réparties équitablement dans chaque pays et entre les pays – des différences substantielles persistent et s'accroissent dans de nombreux cas.

Le deuxième chapitre présente la situation de départ par rapport à laquelle ont été fixés les grands buts sélectionnés pour évaluer les

progrès réalisés grâce à la nouvelle politique européenne de la santé, Santé 2020. En particulier, ce chapitre décrit l'intense processus de concertation entre l'OMS/Europe et des représentants des États membres, ainsi que le travail de plusieurs groupes d'experts, afin de définir les six grands buts à atteindre à l'horizon de 2020. Ces buts sont fixés au niveau régional et sont quantifiables, avec des indicateurs pour noter les progrès au fur et à mesure que l'on se rapproche de 2020. Le recours à la définition d'objectifs s'inscrit dans la tradition d'initiatives européennes antérieures, comme celles des stratégies de la Santé pour tous et de SANTÉ 21. Avec près de 30 ans d'expérience en matière de définition d'objectifs, le Bureau régional et la Région ont glané de précieux enseignements, qui peuvent profiter aux États membres s'efforçant de fixer des objectifs au niveau national.

Le troisième chapitre stipule que l'un des aspects essentiels de Santé 2020 est d'améliorer le bien-être de la population, spécifiquement dans le contexte de la santé. On dispose ainsi d'une plate-forme afin d'établir un programme commun, tous secteurs et acteurs confondus, avec une approche pangouvernementale. Ce faisant, on se base sur la Constitution de l'OMS selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Néanmoins, l'OMS n'a ni mesuré le bien-être, ni établi de rapport à ce sujet. Afin d'incorporer le bien-être dans les travaux de l'OMS et de formuler un objectif européen et des indicateurs pertinents pour 2013, ce chapitre du rapport expose les aspects et processus nécessaires pour élaborer une méthode et un concept communs de mesure du bien-être, permettant le recueil de données valables et comparables et fournissant des informations utiles pour les décideurs politiques et l'évaluation des programmes.

Le quatrième chapitre conclut le rapport en décelant d'importants obstacles à l'évaluation des progrès enregistrés dans la mise en œuvre de Santé 2020 et en élaborant un programme pour surmonter ces obstacles grâce à la collaboration entre l'OMS, ses partenaires et les États membres. Cette démarche reflète également le soutien du Bureau régional aux pays pour qu'ils améliorent la collecte, l'analyse et la notification des informations sanitaires, ainsi que les travaux menés par le Bureau régional avec la Commission européenne et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour mettre en place un système d'information sanitaire commun et intégré pour la Région européenne, couvrant les 53 États membres.



01

Où en sommes-nous ?
La situation sanitaire
en Europe – les arguments
en faveur de Santé 2020

Tendances démographiques

La Région européenne de l'OMS connaît actuellement d'importants changements démographiques et épidémiologiques qui déterminent les besoins à venir en matière de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins. Cependant, de telles transitions se produisent à des vitesses et à des degrés d'intensité divers pour les différents groupes de pays et de population, ce qui crée de nouveaux défis et une mosaïque de situations sanitaires requérant des stratégies spécifiques. Ceci souligne quelques-unes des grandes difficultés rencontrées sur le plan sanitaire en Europe, que la politique Santé 2020 tente de résoudre. Grâce aux informations fournies dans ce chapitre, il est possible de cerner les éléments clés sur lesquels se base cette politique, d'établir le programme des interventions à mener et de fixer un point de référence à partir duquel on peut évaluer les progrès réalisés en vue de la concrétisation des priorités et des domaines d'intervention stratégique qui ont été définis.

La population des 53 pays de la Région européenne a presque atteint le chiffre de 900 millions en 2010. En raison de la baisse des taux de fertilité, la croissance démographique va bientôt stagner. De plus, la population prend rapidement de l'âge : en 2050, d'après les prévisions, plus de 25 % de la population de la Région aura plus de 65 ans.

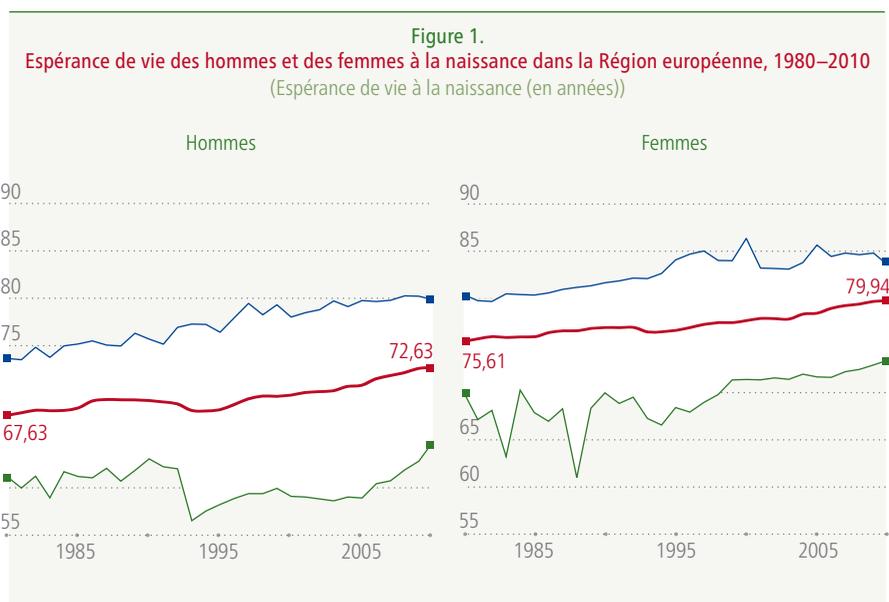
On estime que 73 millions de migrants (dont 52 % de femmes) vivent dans la Région européenne et qu'ils représentent près de 8 % de la population. Cet afflux démographique, principalement dirigé vers les pays de l'Union européenne (UE), représente une augmentation de 5 millions de migrants depuis 2005, soit près de 70 % de la croissance démographique au cours de cette période.

Le pourcentage de la population de la Région européenne vivant en zone urbaine a atteint près de 70 % en 2010, et devrait dépasser les 80 % en 2045. En conséquence, la population est exposée à des risques et à des déterminants de la santé différents.

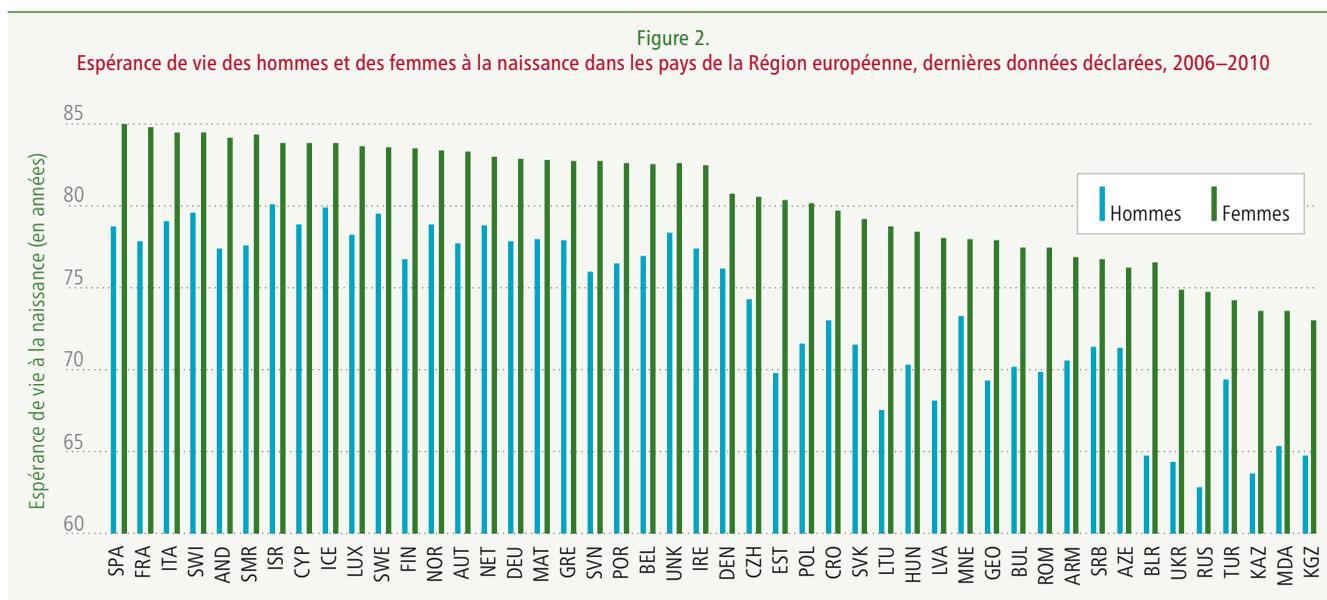
Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance a augmenté de 5 ans après 1980, atteignant les 76 ans en 2010. L'espérance de vie moyenne à la naissance varie d'un pays à l'autre. Le niveau le plus élevé était de 82,2 ans, et le plus bas, de 68,7 ans en 2010, soit un écart de 13,5 ans. En 2010, les femmes

ont atteint un âge moyen de 80 ans, tandis que les hommes vivaient 72,5 ans en moyenne, soit un écart de 7,5 ans (fig. 1). Les inégalités entre pays sur le plan de l'espérance de vie étaient plus grandes pour les hommes que pour les femmes, en particulier après 1993 (fig. 2). Les prévisions indiquent que dans la Région européenne, l'espérance de vie se rapprochera des 81 ans en 2050, à un rythme similaire à celui de 1980-2010. Les données en provenance des divers pays montrent des



Source : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, consulté le 23 janvier 2012).



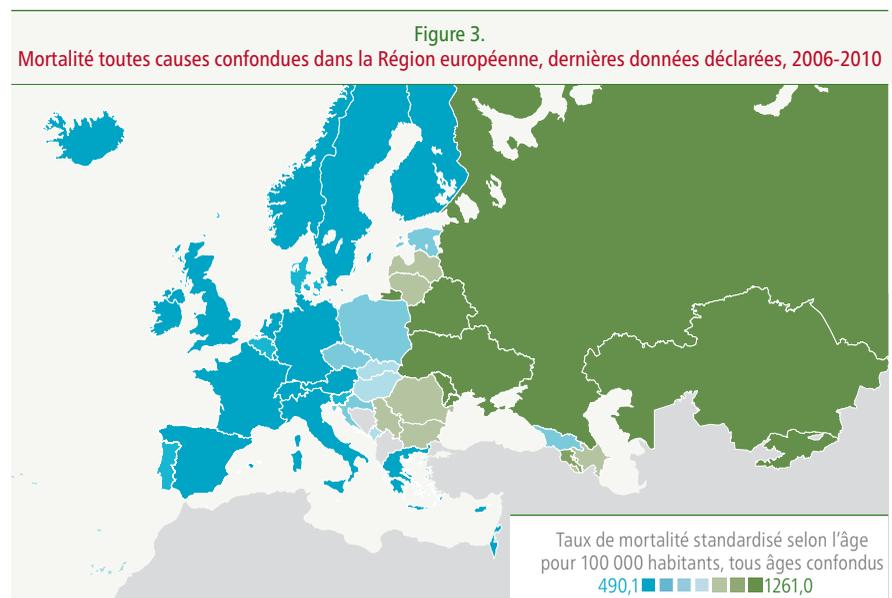
Source : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, consulté le 23 janvier 2012).

inégalités criantes quant à l'espérance de vie et aux années gagnées, notamment lorsqu'elles sont analysées par sexe ou par sous-régions.

Dans la Région européenne, les personnes dépassant l'âge de 65 ans sont plus nombreuses : 15 % en 2010, d'après les estimations. Leur espérance de vie au-delà de cet âge est de 15,5 ans en moyenne pour les hommes. En 2050, ce groupe d'âge devrait représenter plus de 25 % de la population totale de la Région.

Mortalité

La mortalité globale, toutes causes de décès confondues, continue de reculer dans la Région européenne, pour atteindre un taux de mortalité standardisé selon l'âge de 813 décès pour 100 000 personnes en 2010. Les tendances en matière de mortalité présentent d'importantes variations entre groupes de pays de la Région (fig. 3). La mortalité présente généralement peu ou très peu de différences depuis les premiers âges de la vie jusqu'au début de l'âge adulte, puis évolue de manière de plus en plus différenciée dans les groupes d'âge supérieurs. Les indicateurs de la mortalité infanto-juvénile dans la Région européenne sont les plus bas au monde, et ils ont continué de baisser depuis 1990. En 2010, le taux moyen de mortalité infantile officiellement déclaré était de 7,3 pour 1 000 naissances vivantes, après une réduction de 53 % entre 1990 et 2010.



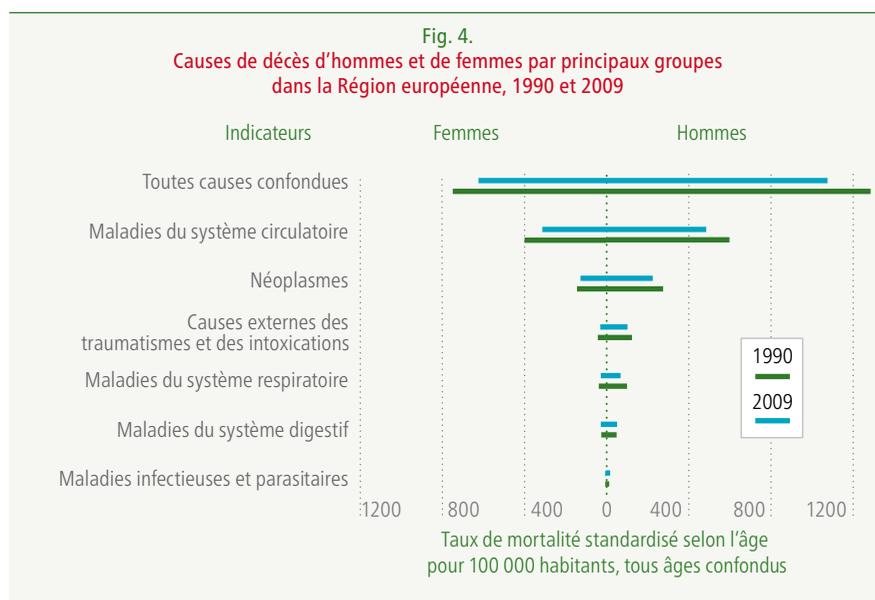
Source : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, consulté le 23 janvier 2012).

Le taux de mortalité maternelle de la Région européenne pour 2010 était de 13,3 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, soit une réduction de 50 % depuis 1990, avec de grandes variations d'un pays à l'autre. Le niveau d'instruction et le statut socioéconomique des femmes ont une influence sur la mortalité maternelle, ce qui met en évidence l'importance des politiques et interventions axées sur les sexospécificités et autres déterminants sociaux de la santé, dont le fonctionnement des systèmes de santé.

Au fur et à mesure que la population européenne prend de l'âge, les courbes de la mortalité aident à anticiper certaines des difficultés auxquelles seront confrontés les systèmes de santé et certains des ajustements nécessaires pour gérer ces difficultés. La mortalité des plus de 65 ans, toutes causes confondues, a diminué globalement dans la Région européenne, atteignant son niveau le plus bas, 4 549 pour 100 000 personnes, en 2010 : une réduction de 25 % depuis 1980.

Causes de décès

En 2009, dans la Région européenne, les maladies non transmissibles étaient les principales causes de mortalité, responsables d'environ 80 % des décès. Les maladies cardiovasculaires restent la principale cause de mortalité, puisqu'elles représentent près de 50 % de la mortalité totale. Elles sont suivies par le cancer, cause de près de 20 % des décès (fig. 4).



Source : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/hfad/b/>, consulté le 23 janvier 2012).

Les causes externes de traumatismes et d'empoisonnement sont responsables de 8 % des décès. Les modes de répartition entre sous-régions ont évolué avec le temps.

Les principales maladies cardiovasculaires sont les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires, qui représentent ensemble 35 % des décès en Europe. Néanmoins, il existe d'énormes différences entre les pays selon l'âge, le sexe et la répartition de leurs déterminants. Les facteurs de risque sont décrits plus bas.

Selon la base de données européenne de la Santé pour tous, les chiffres totaux pour l'incidence du cancer et la mortalité due à cette maladie dans la Région européenne sont de 379 cas et de 168 décès pour 100 000 personnes. Depuis le milieu des années 1980, l'incidence du cancer a augmenté de 32 % et la mortalité, diminué de 10 %. Des réductions du taux de mortalité sont observées dans le cas de cancers pour lesquels le diagnostic, la prévention et les soins se sont améliorés. Chez les hommes, les cancers du poumon, du colon, de l'estomac et de la prostate représentent près de 50 % des décès par cancer, tandis que les cancers du sein, du poumon, de l'estomac, du colon, du col de l'utérus et de l'ovaire sont responsables de 60 % des décès chez les femmes.

L'observation des courbes de la mortalité due aux principales causes extérieures fournit des informations supplémentaires pour établir des prévisions, et donne une idée des conditions de sécurité environnementale et de certains comportements nocifs au sein de la population. Par exemple, quoique les pourcentages varient, les taux de suicide ont diminué de 25 à 40 % dans toutes les sous-régions d'Europe, après une augmentation au milieu des années 1990. Cependant, l'évolution récente révèle un ralentissement plus lent, qui coïncide avec la récession économique depuis 2008. La mortalité due aux accidents de transport fournit des informations sur la sécurité routière, y compris sur les infrastructures, les mesures de protection et la réglementation. L'évolution globale pour la Région européenne montre une diminution de 50 % depuis 1990, jusqu'à un niveau de 10 pour 100 000 personnes en 2010. Cette situation peut être liée à une diminution des accidents de la route, notamment ceux dans lesquels l'alcool joue un rôle.

Les maladies transmissibles sont moins répandues dans la Région européenne que dans d'autres parties du monde. Ce sont surtout la tuberculose, le VIH/sida, d'autres maladies sexuellement

transmissibles et les hépatites virales qui focalisent l'attention. Néanmoins, de récentes épidémies de poliomyélite, de rubéole et de rougeole en Europe ont à nouveau souligné la nécessité de maintenir ou d'améliorer l'action de la santé publique, par exemple la surveillance des maladies et les activités de prévention, dont la promotion de la santé et la vaccination. Après avoir augmenté dans les années 1990, les taux de mortalité par tuberculose ont reculé dans la Région européenne, atteignant 6 pour 100 000 personnes en 2010, soit une réduction de 30 % au cours de cette période. La co-infection avec le VIH pose des défis supplémentaires en matière de diminution de la mortalité par tuberculose, en particulier dans les zones d'Europe orientale où ces deux infections coexistent et où il y a une polypharmacorésistance (y compris une résistance aux antimicrobiens). L'incidence du VIH est variable d'un groupe de pays à l'autre. L'incidence du sida est en repli dans toutes les sous-régions, ce qui prouve l'importance d'un traitement efficace.

Mortalité prématurée

Plus de 70 % de la mortalité survient au-delà de 65 ans, alors que les processus pathologiques sont en cours depuis plusieurs années. Observer la mortalité prématurée (les décès avant l'âge de 65 ans) permet d'obtenir des informations utiles pour l'élaboration d'une politique, de programmes et d'interventions de santé publique afin de retarder la maladie et l'apparition des invalidités. L'écart entre hommes et femmes révèle un risque supplémentaire de 50 % pour les hommes ayant atteint la soixantaine. À l'âge de 65 ans, le risque couru par les hommes représente le double de celui couru par les femmes. Néanmoins, le vieillissement rapide de la population nécessite de suivre de près la mortalité, et particulièrement la morbidité et les invalidités, dans les groupes ayant dépassé les 65 ans.

Le cancer a remplacé les maladies cardiovasculaires comme cause principale de décès prématuré dans 28 des 53 pays de la Région européenne, ce qui est dû à un ralentissement soutenu de la mortalité par maladie cardiovasculaire ayant entraîné une progression de l'espérance de vie, ainsi qu'à la longue période de latence avant le développement d'un cancer. Au niveau des pays, les taux les plus élevés de mortalité prématurée due au cancer du poumon sont constatés en Europe centrale (particulièrement en Hongrie, en Pologne et en Serbie) : plus de 25 pour 100 000 habitants. Cette tendance est liée à la prévalence du tabagisme qui, quant à elle, est déterminée par

le faible coût des produits du tabac, les stratégies de marketing et des politiques de santé publique permissives. Les taux de mortalité prématurée due au cancer du sein dans la Région ont diminué au cours des dix dernières années. Ils se chiffrent désormais à 14 pour 100 000 habitants, soit une réduction de 21 % depuis le pic enregistré au milieu des années 1990.

Les taux de mortalité prématurée due à des maladies respiratoires dans la Région européenne ont enregistré une diminution constante de 40 % depuis le milieu des années 1990, pour atteindre 16 pour 100 000 habitants en 2010. La mortalité due à cette cause frappe surtout deux populations distinctes : les enfants et les seniors. Plus précisément, les principales causes de décès sont les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'asthme, les pneumonies et la grippe, autant d'affections étroitement liées aux conditions de l'environnement extérieur et intérieur et à l'exposition à ces conditions. Les interventions visant à prévenir ces maladies sont connues, mais certaines d'entre elles nécessitent une action intersectorielle.

La mortalité prématurée due à des maladies du système digestif dans la Région européenne accuse une tendance à la hausse de 1990 à 2010, date à laquelle le taux a atteint 25 pour 100 000 habitants, soit une augmentation de 30 %. Dans ce groupe, les maladies hépatiques chroniques et la cirrhose, ainsi que les ulcères de l'estomac et du duodénum, sont les principales causes de décès, et sont principalement liées à une consommation nocive d'alcool et d'aliments transformés. On a également établi un lien entre les maladies hépatiques chroniques et la cirrhose, d'une part, et une série de causes virales, d'autre part, par exemple l'hépatite B et C et des toxines et l'usage de drogues. Cependant, c'est probablement la consommation nocive d'alcool, surtout lorsqu'elle est importante et se poursuit longtemps, qui joue le plus grand rôle.

Le diabète est un énorme problème de santé publique en Europe, en raison de ses effets directs et indirects, qui vont de dégâts microvasculaires rénaux, neurologiques et ophtalmologiques à des dégâts vasculaires aux membres, au cerveau et au cœur – avec diverses conséquences graves. La mortalité prématurée due au diabète dans la Région européenne a enregistré une baisse de 25 % entre 1995 et 2010, date à laquelle elle a atteint un taux de 4 pour 100 000 habitants. Il est assez difficile de déterminer que le diabète est la cause d'un décès, de sorte que la mortalité due à cette cause pourrait être sous-évaluée.

Charge de morbidité

La répartition de la charge de morbidité totale (qui regroupe la mortalité, la morbidité et les invalidités) de la Région européenne pour 2004, dernière année pour laquelle des données étaient disponibles à la mi-2012, fait apparaître une fourchette de 10 à 28 % d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) qui, selon les estimations, seraient perdues pour la population de chaque pays. Ceci se traduit par un écart qui est pratiquement du simple au triple entre le plus et le moins favorable des contextes nationaux. La masse globale des AVCI a été imputée à différents facteurs de risque principaux dans la Région européenne. Ces informations permettent de déterminer les domaines d'intervention les plus importants (par exemple, la nutrition, l'exercice physique et la baisse de consommation de substances engendrant une dépendance), principalement contre l'obésité, la tension artérielle et le cholestérol élevés et la consommation d'alcool et de tabac. De telles interventions requièrent une participation intersectorielle et le recours à diverses stratégies d'un bon rapport coût-efficacité.

Facteurs de risque

Pour la prévention et la lutte contre les maladies et la promotion de la santé, il est important de comprendre les causes sous-jacentes de la morbidité, dont les facteurs de risque et les déterminants du contexte socioéconomique et du système de santé. Parmi les principaux groupes de maladies provoquant beaucoup de mortalité, de morbidité et d'incapacités (par exemple les maladies cardiovasculaires, le cancer, les causes extérieures de décès, les maladies des systèmes respiratoire et digestif, comme mentionné ci-dessus), les deux facteurs de risque dominants sont le tabagisme et la consommation nocive d'alcool. Les niveaux de prévalence et de consommation de ces deux facteurs au sein de la population européenne restent élevés dans toute la Région, malgré l'existence des connaissances et des technologies nécessaires pour lutter contre eux.

La prévalence du tabagisme dans la Région européenne a atteint 27 % de la population âgée de 15 ans et plus vers 2008, mais s'est progressivement rapprochée des 25 %, surtout chez les hommes. La consommation d'alcool est un autre facteur qui influence la fréquence de problèmes de santé, et selon les estimations de l'OMS, elle est responsable de près de 6,5 % des décès en Europe. Il faut tenir compte non seulement du volume d'alcool, mais aussi du type d'alcool

consommé et de la fréquence des épisodes d'alcoolisation aiguë, en raison de leurs effets potentiels sur la santé. Malheureusement, plusieurs pays de la Région n'ont pas communiqué de données récentes.

On sait que des différences d'accès ou d'exposition à divers facteurs environnementaux au cours d'une vie ont un impact sur l'apparition de gros problèmes de santé, dont les maladies cardiovasculaires et celles des systèmes respiratoire et digestif, le cancer et les causes extérieures de décès. L'accès à de l'eau salubre et à des services d'assainissement, les conditions de logement, la sécurité routière, la qualité de l'air, l'environnement de travail et l'exposition à des conditions climatiques extrêmes influencent directement ou indirectement l'état de santé de la population européenne.

Les déterminants sociaux et les inégalités face à la santé, y compris les systèmes de santé

La Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé définit l'équité en santé comme l'« absence d'écarts injustes et évitables, ou qui peuvent être corrigés, en ce qui a trait à la santé parmi certains groupes de personnes ». Les bases factuelles réunies au niveau mondial indiquent qu'au moins 25 % des inégalités face à la santé (les différences constatées au sein de la population d'un pays) sont liées à un manque d'accès à des services de santé efficaces, et ce pourcentage augmente lorsque l'on y ajoute les différences dans l'accès aux interventions de base de la santé publique, comme l'accès à une eau sûre. Les déterminants sociaux de la santé, qui couvrent les facteurs politiques, socioéconomiques et environnementaux, contribuent à une autre part (50 %) des inégalités face à la santé. Ces différences sont injustes, de sorte que le manque d'équité face à la santé représente la plus grande part des inégalités dans ce domaine. Ces inégalités injustes sont également appelées « les causes des causes » du manque d'équité en santé, ce qui traduit leur influence capitale sur les causes des maladies et la coloration sociale systématique des résultats obtenus dans le domaine sanitaire, y compris de l'espérance de vie. Le manque d'équité dans le domaine sanitaire constitue un grand sujet d'inquiétude en Europe, étant donné l'écart croissant et le gradient social en matière d'espérance de vie dans et entre de nombreux pays. Les normes et relations sexospécifiques, qui sont l'un des plus importants déterminants sociaux, continuent à modeler l'organisation des systèmes de santé et la façon dont les services de santé sont fournis, souvent au détriment

des jeunes filles et des femmes, ou des gens qui n'adoptent pas les rôles sexospécifiques acceptés.

Les conditions préalables pour remédier au manque d'équité en santé sont notamment les suivantes :

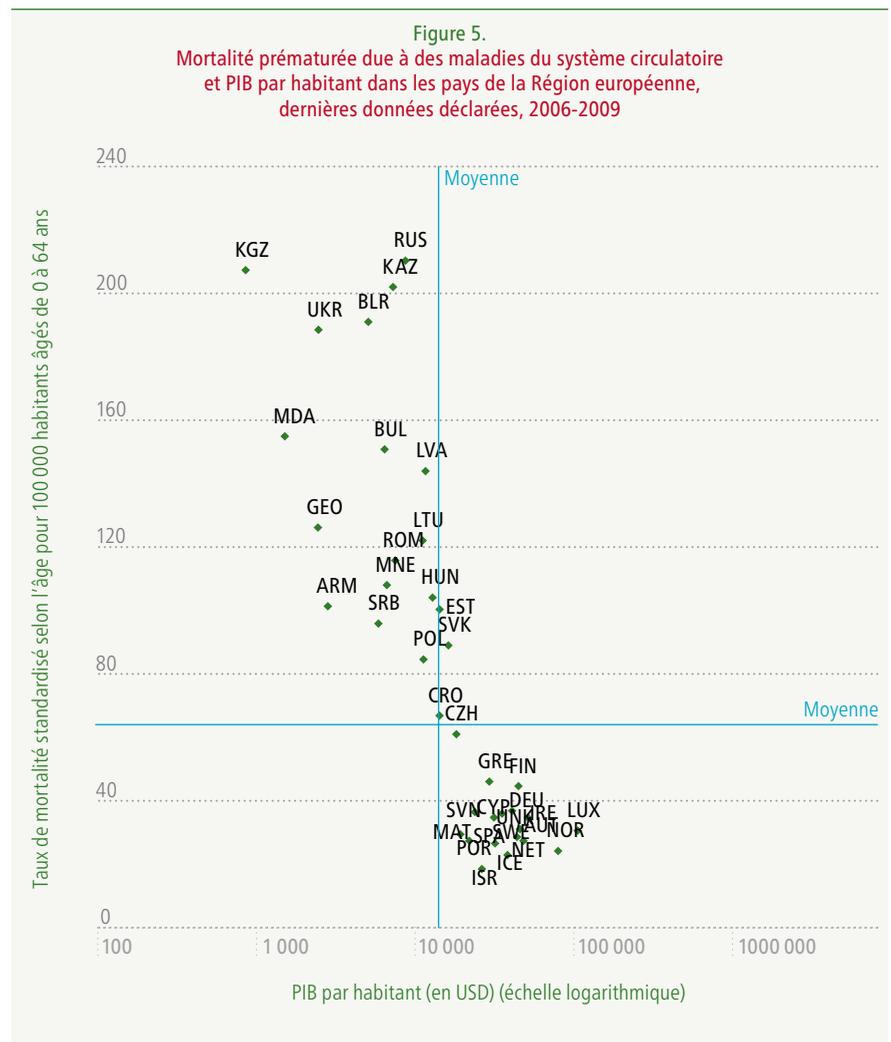
- a. vouloir veiller à ce que tous aient des possibilités égales d'améliorer ou de préserver leur état de santé ;
- b. évaluer les politiques et programmes sanitaires, depuis leur mise en œuvre jusqu'aux résultats obtenus, afin d'observer leurs effets précis sur le manque d'équité dans le domaine sanitaire. Cette évaluation doit être réalisée en employant des données ventilées concernant diverses sous-populations ;
- c. comprendre les cheminements qui mènent des déterminants sociaux jusqu'aux différences dans le degré d'exposition, la vulnérabilité, l'interaction avec le système de santé et les résultats obtenus dans le domaine sanitaire ;
- d. déterminer les points d'entrée et les interventions pour un changement impliquant la participation de la communauté et d'autres parties concernées, en s'inspirant des bases factuelles concernant les mesures possibles pour limiter le manque d'équité dans le domaine sanitaire.

Les interventions dans le secteur de la santé ou le système de santé peuvent être notamment des stratégies visant à modifier des programmes existants pour insister sur un accès équitable aux soins et remédier aux processus qui excluent les personnes désavantagées ou vulnérables. Pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, il faut souvent que de multiples secteurs alignent leurs objectifs, collaborent et atteignent de multiples buts sociaux. Par exemple, une corrélation est établie entre les programmes portant sur le développement du jeune enfant et de meilleurs résultats sur le plan de la santé, de l'instruction et de la nutrition des enfants et des personnes tout au long de leur vie, ainsi que de meilleurs revenus et une contribution plus importante à une plus grande cohésion sociale.

La répartition – dans et entre les pays – de la richesse, de l'instruction et du statut professionnel reflète le degré de stratification d'une population, et cette répartition est également un important déterminant social de la santé dans un même pays ou un groupe de pays. La Région européenne se caractérise globalement comme étant l'une des régions les plus riches au monde, avec un revenu annuel moyen par habitant d'environ 24 000 dollars des États-Unis

(USD) en 2009. Quoique les niveaux de revenu par habitant soient en augmentation depuis 1990 au sein de la Région, ils restent très inéquitables, oscillant entre un peu plus de 700 USD et 105 000 USD, tandis que neuf pays de la Région ont des niveaux inférieurs à 5 000 USD (fig. 5). La récente régression économique qui touche la Région européenne a porté le taux de chômage moyen à 8,7 % de la population économiquement active en 2009, soit un renversement de la tendance plus optimiste de la décennie précédente. Au niveau des pays, le taux de chômage le plus élevé représente 35 fois le plus faible.

L'environnement représente un autre déterminant important de la santé. D'après les évaluations récentes de l'influence des facteurs environnementaux sur la santé, ces facteurs pourraient être



Source : base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, consulté le 23 janvier 2012).
Remarque : PIB = produit intérieur brut.

responsables de pas moins de 13 à 20 % de la charge de morbidité en Europe, suivant leur classification dans le tableau de la mortalité. L'OMS a récemment évalué l'impact des facteurs environnementaux sur les inégalités en santé dans la Région européenne.

Un système de santé efficace est une condition indispensable pour pouvoir réagir à l'évolution de la situation épidémiologique et aux besoins sanitaires de la population par la gouvernance, le financement de la santé, les ressources humaines et les institutions qui fournissent des services couvrant la prévention, le traitement et les soins palliatifs. Le financement progressif des systèmes de santé et la garantie de protection sociale pour les ménages exposés à des dépenses astronomiques sont des composantes importantes de la couverture universelle sans risque financier. Les paiements directs effectués par les ménages en tant que pourcentage des dépenses de santé totales constituent un bon indicateur du risque financier et du niveau d'équité dans le financement. Les données relatives à cet indicateur sont disponibles pour les 53 États membres européens. Le niveau moyen des paiements directs dans la Région européenne se situe à environ 23 %, mais il existe des variations significatives entre les pays, de près de 69,4 % pour le montant le plus élevé à juste sous les 5,7 % pour le montant le plus bas, soit 12 fois moins. Dans 10 pays, les dépenses à la charge des patients restent la principale source de paiement (quelque 50 % ou plus). Selon les bases factuelles recueillies à l'échelle mondiale, lorsque l'on a recours aux paiements directs pour moins de 15 à 20 % du total des dépenses, l'incidence des catastrophes financières recule généralement à un niveau négligeable (les catastrophes financières étant définies comme les cas où, pour payer les services de santé, les ménages dépensent chaque année plus de 40 % de leurs revenus, déduction faite des dépenses de nourriture).

02

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



Les buts stratégiques de Santé 2020 prennent forme grâce à une collaboration avec les États membres. Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté, lors de sa soixante et unième session (CR61) qui s'est tenue en septembre 2011 à Bakou (Azerbaïdjan), les propositions suivant lesquelles Santé 2020 :

- a. définira un cadre d'action en vue de parvenir plus rapidement à une amélioration de l'état de santé et de bien-être pour tous ;
- b. sera adaptable aux différentes réalités qui constituent la Région ;
- c. énoncera des objectifs régionaux à atteindre pour 2020.

Le processus de définition d'objectifs s'est nourri d'efforts antérieurs et d'un débat participatif détaillé, d'une consultation écrite et de l'approbation des représentants des organes directeurs à chaque stade.

Expériences antérieures de définition d'objectifs et de suivi

Des objectifs ont été proposés pour la Région européenne en tant qu'éléments de la première politique commune de la santé dans la Région, la Stratégie européenne pour la réalisation de la Santé pour tous. Au début des années 1980, les États membres de la Région européenne de l'OMS, alors au nombre de 32, ont débattu au sujet d'objectifs européens alignés sur la nouvelle politique. S'accorder sur les objectifs fut une entreprise de grande envergure, avec plus de 250 experts venus de toute la Région et travaillant avec le secrétariat de l'OMS. Plus de 20 projets et un processus consultatif approfondi avec les États membres ont débouché sur la présentation de 82 objectifs pour examen par les organes directeurs de la Région. En 1984, lors du CR34 qui a eu lieu à Copenhague, un ensemble limité à 38 objectifs fut adopté à l'unanimité. La première politique européenne de la santé fut publiée ; elle comprenait ces 38 objectifs, ainsi que 65 indicateurs régionaux pour suivre et évaluer les progrès réalisés.

Ces objectifs et indicateurs européens firent l'objet d'un rapport dans la base de données de la Santé pour tous. En 2012, cette base de données avait évolué pour couvrir 53 pays ; elle est très accessible et très utilisée dans toute la Région. Elle comprend une sélection de statistiques fondamentales sur la santé, couvrant des données démographiques essentielles, la situation sanitaire, les déterminants de la santé et facteurs de risque, et les ressources en matière de soins de santé ainsi que l'utilisation et les dépenses pour ces soins de santé.

Ces informations sont une compilation de diverses sources et sont actualisées deux fois par an. Les atlas de la santé de l'OMS pour la Région européenne s'en inspirent.

Pour refléter les changements survenus dans la Région depuis le milieu des années 1980, les 38 objectifs ont été révisés en 1991. Le Bureau régional a contribué à la concrétisation de ces objectifs en répondant aux demandes des États membres et en alignant les budgets et les activités programmatiques de l'Organisation sur ces objectifs.

Pendant les années 1990, de grands bouleversements politiques, économiques et sociaux survenus dans la Région ont modifié le paysage européen. L'un des résultats a été une montée en flèche du nombre d'États membres européens, qui sont désormais 53. Le Bureau régional a remanié sa politique européenne de la santé et ses objectifs régionaux. En 1998, un nouvel ensemble de 21 objectifs a été défini dans le cadre de *SANTÉ21 – La Santé pour tous au XXI^e siècle*. Adoptés lors du CR48 en 1998, ces objectifs ont été publiés en 1999. Dans cette deuxième reprise, l'accent est resté sur la définition d'objectifs aux niveaux national et local, sans notification à l'échelle régionale.

La Région européenne de l'OMS possède quelque 30 années d'expérience en matière de fixation d'objectifs comme éléments des politiques et stratégies régionales de la santé, dans le contexte d'une Europe qui a subi de profonds changements. Les enseignements tirés de cette expérience sont notamment les suivants :

- a. il faut parvenir à un large consensus entre les parties concernées ;
- b. les objectifs doivent être limités à un nombre gérable ;
- c. tout plan doit être basé sur une efficacité démontrée ;
- d. les objectifs doivent être mis en corrélation avec des ressources ;
- e. il subsiste sur le plan technique des difficultés qui requièrent une collaboration avec des partenaires et un soutien technique aux pays qui le demandent.

L'expérience acquise dans la Région a montré que le fait de fixer des objectifs et d'observer des indicateurs peut être un facteur extrêmement motivant, étant donné que les pays recueillent et incorporent dans leurs systèmes d'information habituels les données nécessaires pour éclairer la politique de santé, même là où de telles données n'existaient pas par le passé.

Problèmes techniques pour la sélection d'objectifs et d'indicateurs

Un mécanisme bien organisé est important pour formuler des objectifs spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps (SMART). Ce type d'objectif est plus susceptible d'être réalisé que des objectifs généraux. Afin de parvenir à des objectifs mesurables, des critères concrets doivent être établis pour mesurer les progrès. Pour que les objectifs soient réalisables, ils doivent être réalistes, tout en étant fixés dans un calendrier défini – dans ce cas-ci, jusqu'en 2020 – avec suivi des progrès à un stade intermédiaire. Les objectifs sont considérés comme pertinents lorsqu'ils représentent des buts vers lesquels la politique peut tendre. Tout objectif, s'il est atteint, doit représenter un réel progrès pouvant être quantifié.

Une fois que l'on a déterminé la sphère de l'objectif et des indicateurs potentiels, il existe plusieurs approches pour sélectionner le niveau de l'objectif. La méthode hypothétique détermine une valeur biologiquement atteignable ou une valeur théorique minimale ou maximale, qui est comparée à la situation existante sur la base des informations disponibles. Les analyses des tendances indiquent où l'évolution des taux peut être utilisée afin de parvenir à un objectif dans l'avenir. La compilation des études réalisées sur les interventions et les évaluations comparatives des risques fournissent également des méthodes pour la sélection de niveaux d'objectifs en fonction des preuves d'efficacité dans différents contextes et sous-populations. Il faut également un cadre de suivi et des rapports structurés, ainsi qu'un guide pour interpréter les indicateurs et objectifs. En gardant à l'esprit ces leçons, des concertations approfondies ont eu lieu avec les États membres et des experts techniques afin de fixer des objectifs régionaux s'inscrivant dans le prolongement de l'élaboration de Santé 2020. Le rapport intégral comprend un modèle-type pour le cadre de suivi.

Concertation avec les représentants des États membres européens

Lors de trois réunions du Forum européen sur la politique de la santé pour hauts responsables de gouvernement, des discussions détaillées ont eu lieu, et les participants ont apporté une contribution

au processus visant à définir un nombre limité d'objectifs européens incluant des critères techniques, une harmonisation avec Santé 2020 et un accord sur une structure et une liste restreinte. Des délégations de toute la Région européenne de l'OMS se sont réunies en mars 2011 (Andorre), en novembre 2011 (Israël) et en avril 2012 (Belgique). Une liste restreinte de six grandes sphères d'objectifs européens a été établie comme mécanisme de responsabilisation et de solidarité dans toute la Région, avec une remarque suivant laquelle les États membres doivent être encouragés à fixer leurs propres objectifs nationaux pour la santé.

Les États membres ont également participé aux délibérations techniques, travaillant en étroite collaboration avec le secrétariat de l'OMS, ce qui reflète la proposition faite en mai 2011 par le Comité permanent du Comité régional (CPCR). Ont été désignés pour ce groupe de travail les représentants des États membres suivants : Andorre (présidence précédente du CPCR), l'ex-République yougoslave de Macédoine (ancienne présidence du CPCR), la Pologne, le Royaume-Uni, la Suède (présidence suivante du CPCR), la Turquie et l'Ukraine. Ce groupe était présidé par le représentant d'un État membre (la Suède) possédant une grande expérience dans ce domaine, et coprésidé par la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe. Chaque réunion de ce groupe a débouché sur des recommandations claires visant à établir une liste plus restreinte d'objectifs et d'indicateurs potentiels correspondant aux trois grands secteurs définis dans le cadre de Santé 2020 :

- a. charge de morbidité et facteurs de risque ;
- b. personnes en bonne santé, bien-être et déterminants ;
- c. processus comprenant la gouvernance et les systèmes de santé.

Le secrétariat de l'OMS a collationné les idées et recommandations au sujet du processus pour fixer des objectifs, ainsi que d'autres objectifs potentiels, pour les diverses concertations avec les États membres décrites ci-dessus. Toutes les divisions techniques de l'OMS/Europe ont soumis des objectifs potentiels et des indicateurs de suivi. En janvier 2012, le groupe de travail du CPCR a recommandé que sur une liste initiale de 51 objectifs proposés, 21 soient retenus. Cette liste restreinte a fait l'objet de grandes concertations par écrit et en face à face avec les pays en février et en mars 2012, ce qui a débouché sur une structure initiale de 16 objectifs potentiels et indicateurs assortis, largement inspirée des informations existantes communiquées par les pays ; ces objectifs ont encore été réduits à six grands buts. Les participants à la réunion du CPCR tenue en mai 2012 à Genève

ont apporté leur soutien inconditionnel au travail réalisé sur les objectifs, ont également adopté les six grands buts, ont convenu qu'ils figureraient dans tous les documents de Santé 2020 et ont confirmé que les indicateurs permettront de suivre les progrès accomplis et les réalisations concrétisées en 2020.

Les grands buts

Lors du CR62, en septembre 2012 à Malte, les six grands buts ont été approuvés, ainsi que la nécessité de les quantifier, de définir des indicateurs et de les développer davantage, si nécessaire. Les raisons pour lesquelles ces objectifs – énumérés ci-dessous – ont été choisis sont soit qu'ils correspondent aux efforts consentis actuellement pour fixer des objectifs mondiaux, comme dans le domaine des maladies non transmissibles, soit qu'ils prolongent et actualisent les stratégies antérieures de fixation d'objectifs européens et les approches déjà acceptées ou convenues par les États membres européens. Voici ces objectifs :

1. réduire la mortalité prématurée en Europe ;
2. augmenter l'espérance de vie en Europe ;
3. réduire le manque d'équité en santé en Europe ;
4. améliorer le bien-être des populations européennes ;
5. aboutir à une couverture universelle en Europe ;
6. définir des cibles nationales fixées par les États membres.

Avec l'aide d'un groupe international d'experts, le secrétariat de l'OMS met la dernière main à la définition d'indicateurs dans le courant de 2013, en collaboration avec les États membres, pour soumission ultérieure au Comité régional en septembre 2013. Par ailleurs, diverses expériences livrées par des États membres de la Région européenne soulignent les efforts consentis pour énoncer des objectifs nationaux.

03

Comment nous
y parviendrons et ce
que nous apprécions :
les arguments en faveur
d'une mesure du bien-être



Dans la définition de l’OMS, la santé est décrite comme [non] « seulement l’absence de maladie ou d’infirmité », mais aussi comme « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Néanmoins, pendant plus de 60 ans, l’OMS n’a ni mesuré le bien-être, ni publié de rapport à ce sujet. Au lieu de cela, elle a axé ses rapports sur la mortalité, la morbidité et les invalidités. Même si cette fonction d’observation est sans aucun doute l’une des missions essentielles de l’Organisation, l’OMS s’associe à d’autres institutions pour décrire le bien-être des populations et mesurer les progrès accomplis en matière de bien-être en Europe dans le contexte de Santé 2020.

Que signifie le bien-être ? Qu’est-ce qui fait qu’une vie est agréable ? C’est là l’un des débats moraux élémentaires communs à toutes les traditions philosophiques. Tous pays confondus, on s’accorde généralement sur « les grandes lignes » ou les ingrédients minimaux du bien-être, même si la détermination des domaines ou éléments importants reste un exercice normatif. De même, il existe une constante surprenante au sujet des choses importantes pour la vie des gens, ce qui indique que les choses que nous apprécions ne changent pas facilement. Il s’agit d’un concept multidimensionnel. Le bien-être et la santé sont des notions interactives, avec certains déterminants communs, comme le système de santé.

Un rapport direct avec Santé 2020

Les débats avec les représentants des États membres européens et les experts techniques pendant la concertation approfondie sur Santé 2020 ont livré des preuves qualitatives du fait que, dans toute la Région européenne, les gens apprécient la santé et veulent juguler au maximum la maladie. Pour ce qui est des importants déterminants de la santé et du bien-être au sens plus large, ils apprécient la cohésion et l’inclusion sociales, afin que tous aient une chance équitable d’être en bonne santé. On apprécie également la sécurité, qui a un rapport avec la santé dans le contexte du bien-être. Des valeurs communes pour toute l’Europe augmentent la possibilité de disposer d’un objectif régional pour la santé et le bien-être.

Pourquoi est-ce important pour la santé ? Dans toute l’Europe, les décideurs politiques, les spécialistes de la santé publique et les personnes vivant au sein de communautés conviennent que le bien-être englobe la santé, et que la santé est un élément essentiel – sinon indispensable – pour le bien-être. La santé, et plus précisément

plusieurs aspects de la santé, dont l'aspect physique, mental et social, est importante pour le bien-être. En outre, la recherche montre qu'il existe des relations bilatérales entre différentes sphères du bien-être : il est clair que la santé influence le bien-être général, mais le bien-être est également un indicateur de bonne ou de mauvaise santé dans l'avenir. De plus, l'examen d'études réalisées à ce jour indique que l'effet du bien-être sur la santé est considérable (quoique variable) et comparable à celui d'autres facteurs de risque plus traditionnellement ciblés par des mesures de santé publique, comme le fait d'avoir un régime sain.

Pourquoi cela est-il important pour les pouvoirs publics et les sociétés de toute l'Europe ? Ces dernières années ont vu l'apparition d'un certain nombre d'initiatives nationales et internationales promouvant l'usage, dans les politiques, d'indicateurs de bien-être qui vont au-delà de la mesure de la performance économique et, au sein du secteur de la santé, qui peuvent constituer un complément aux unités de mesure standard que sont la mortalité, les invalidités ou la maladie. Ces initiatives sont très diverses en termes de portée, de méthodes, d'objectifs et de publics clés. Un autre objectif partagé par certaines de ces initiatives est de faire participer les citoyens à la définition d'instruments de mesure du bien-être et du progrès.

Améliorer – ou, au moins, préserver – le bien-être fait partie du contrat social entre les pouvoirs publics et les personnes qu'ils représentent. Assurer une bonne vie n'est pas l'apanage d'un secteur ou d'un service en particulier, car c'est un concept multidimensionnel avec de multiples déterminants. L'amélioration du bien-être de la population peut être une plate-forme pour établir un programme commun, avec une approche pangouvernementale impliquant tous les secteurs et tous les intervenants concernés. Outre les pouvoirs publics, les principaux acteurs intéressés par le bien-être comprennent des groupes de la société civile, des groupes de patients, des experts dans ce domaine et de la promotion de la santé et les médias.

Les fondements sur lesquels nous pouvons nous appuyer

Les initiatives prévoyant de mesurer le bien-être au niveau de la population sont, dans la pratique, plus utiles que celles ciblant des sous-populations cliniques précises afin de formuler des objectifs et indicateurs qui visent à surveiller la santé et le bien-être à l'échelle de la Région européenne et à faire rapport à ce sujet. L'OMS/Europe a fait

l'examen systématique d'outils validés pour la mesure du bien-être, afin d'élargir les connaissances dans ce domaine.

Par ailleurs, le rapport intégral souligne et étudie les initiatives dirigées par ceux qui collaborent avec le Bureau régional en tant que partenaires sur ce défi commun, dont les gouvernements nationaux d'Europe, d'autres organisations internationales, l'OMS au niveau international, des sociétés privées, ainsi que les initiatives menées à la demande des Nations Unies. Toutes font de la santé un élément important du bien-être, ou un facteur qui l'influence directement ; quelques-unes exploitent les mêmes ensembles de données recueillies dans le cadre d'enquêtes internationales ; et beaucoup mesurent les mêmes éléments, ou domaines, de ce qui rend la vie agréable, quoiqu'ils utilisent quelquefois des mots différents pour un domaine donné, comme qualité de vie, bien-être subjectif ou bonheur.

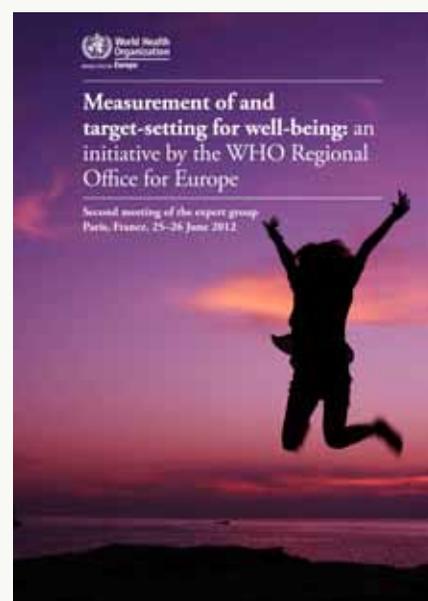
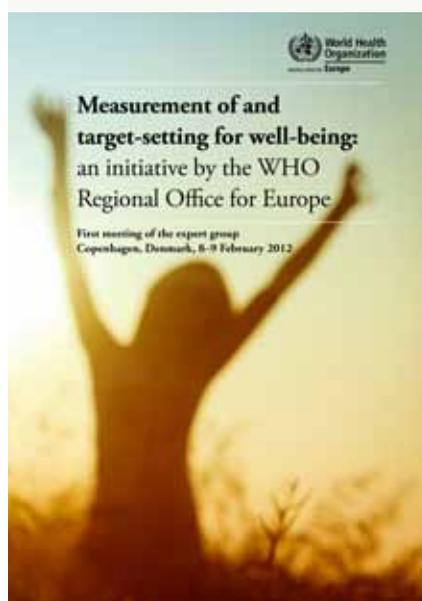
Les défis auxquels nous sommes confrontés

Malgré un consensus général sur les aspects qui rendent la vie belle, ainsi que sur les multiples outils et stratégies pour la mesure de la santé et du bien-être, les chercheurs s'accordent à dire qu'il faudrait plus de clarté et des méthodes d'évaluation plus rigoureuses lorsqu'on mesure le bien-être. Les difficultés résident notamment dans une conceptualisation étroite de la santé et du bien-être, des sources de données limitées, mais un grand nombre d'outils et d'indices, le fait que l'on se fie davantage aux mesures de la mortalité ou de la morbidité qu'à celles qui évaluent les aspects positifs de la santé, et l'absence de stratégies sensées pour communiquer et interpréter des concepts multidimensionnels.

Avec un soutien appuyé pour un grand objectif qui envisage la santé et le bien-être comme faisant partie de la nouvelle stratégie européenne de la santé, Santé 2020, l'OMS/Europe travaille avec des partenaires techniques pour fournir une clarté opérationnelle sur la manière dont la santé est mesurée dans le contexte du bien-être. En parallèle, il a entamé un processus d'intense concertation avec les États membres. Avec l'approbation des organes directeurs, le Bureau régional espère obtenir pour 2013 les résultats suivants, qui font l'objet de plus amples développements dans le rapport intégral :

- un canevas et une définition du bien-être qui soit correcte sur le plan conceptuel (autant que possible, la méthode de mesure

- opérationnelle devrait se fonder sur des modèles existants qui ont été utilisés au niveau de la population) ;
- la détermination d'un ensemble de domaines et, ensuite, d'indicateurs – par exemple, liés à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, le cadre de l'OMS permettant de mesurer la santé et l'invalidité tant au niveau de l'individu que de la population, et qui vient compléter la Classification internationale des maladies de l'OMS ;
 - des indicateurs et une méthode de mesure de ces indicateurs, définis pour jauger chaque aspect de la santé et reliés à un objectif convenu, formulé pour pouvoir observer les progrès réalisés sur la voie de Santé 2020, afin d'améliorer la santé de la population dans le contexte du bien-être ;
 - la clarté quant à la manière dont les décideurs politiques, les professionnels de santé et les autres parties intéressées, dans toute la Région européenne, peuvent exploiter ces informations dans le cadre de l'élaboration de politiques et de la programmation des interventions, réunis avec différents secteurs (pour les utiliser dans le cadre de Santé 2020, il convient d'examiner soigneusement la teneur en informations des mesures du bien-être et les points d'entrée, de même que les limites potentielles liées à l'usage d'indicateurs de bien-être) ;
 - une reconnaissance du fait qu'actuellement, un grand nombre de pays de la Région n'ont pas d'initiatives nationales (que ce soit au

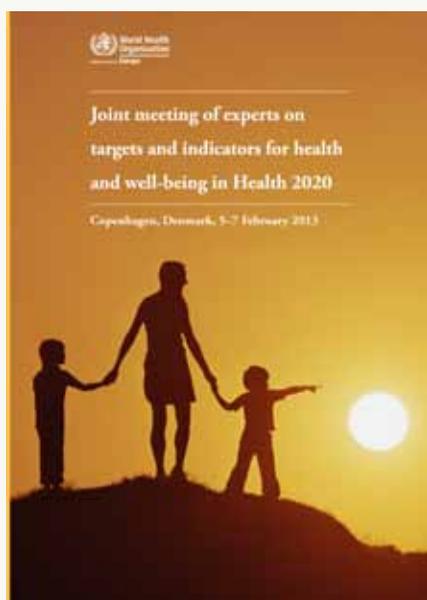


sein du ministère de la Santé, d'autres ministères ou des agences nationales de statistiques) pour conceptualiser, recueillir ou exploiter des informations sur la santé et le bien-être (toute initiative visant à améliorer le bien-être au niveau régional devrait envisager des options de soutien à un large éventail de pays, avec différentes données et différents points de départ en ce qui concerne les mesures).

L'amélioration de la santé et du bien-être est reconnue comme un élément essentiel de Santé 2020. Une multitude d'activités en cours pour mesurer le bien-être au niveau international en Europe, ainsi que de nombreuses initiatives nationales, fournissent à l'OMS/Europe des bases solides sur lesquelles développer ses travaux dans ce domaine : en particulier, pour mesurer la santé dans le contexte du bien-être et établir un programme de recherche qui améliore à la fois les méthodes d'évaluation et de communication des mesures et les processus stratégiques pour utiliser au mieux les informations qui améliorent la santé et le bien-être.

Le Bureau régional soutiendra également l'usage des mesures de la santé et du bien-être dans les politiques :

- en s'inspirant de stratégies reflétant l'avantage comparatif de la Région européenne de l'OMS dans plusieurs domaines, dont les modes de diffusion d'informations pertinentes pour les politiques, en collaboration avec les institutions européennes partenaires et les États membres ;
- en apportant des conseils quant à la manière d'interpréter les indicateurs de bien-être et de les employer en relation avec les mesures standard de la mortalité et de la morbidité et les indicateurs de performance des systèmes de santé ;
- en assumant un rôle plus innovateur, en fournissant des bases factuelles sur les mécanismes et les outils pour que le secteur de la santé améliore le bien-être dans d'autres secteurs.



04

Compte à rebours
jusqu'en 2020 : noter
les progrès réalisés



Quoique les sections précédentes montrent qu'une pléthore d'informations sanitaires sont disponibles dans la Région européenne de l'OMS, il reste de très importants défis en matière de mesure. Des données utiles pour mesurer les progrès réalisés ne sont pas disponibles pour tous les pays ; les définitions varient d'un pays à l'autre et les classifications des maladies ne sont pas appliquées de manière homogène ; il existe des variations dans les populations couvertes par l'enregistrement d'événements relevant de l'État civil, qui n'est pas encore obligatoire dans tous les pays de la Région.

S'agissant de la mise en œuvre et de l'impact de Santé 2020, l'une des principales difficultés est qu'il faut disposer de données pour suivre les progrès réalisés au niveau des pays. Les grands buts et leurs indicateurs ont été sélectionnés parce qu'ils sont importants pour réaliser Santé 2020, mais aussi parce qu'ils sont disponibles. La plupart des indicateurs proposés pour les objectifs répertoriés sont fournis par des informations recueillies systématiquement ou régulièrement dans la plupart des pays européens. Néanmoins, les différences dans les définitions, les populations concernées et la qualité des données rendent les comparaisons difficiles. L'OMS est soucieuse d'aider les États membres à améliorer leurs processus de communication des informations sanitaires et à suivre les progrès réalisés en vue de la mise en œuvre de Santé 2020.

Les principaux impératifs requis pour relever les défis auxquels l'OMS/ Europe est confrontée sont répertoriés ci-dessous. Ce sont également les domaines dans lesquels le Bureau régional pourrait apporter une valeur ajoutée avec ses partenaires :

- adapter toute la gamme de sources de données et de normes/ standards – depuis les statistiques de l'État civil jusqu'aux enquêtes sur les ménages – afin que ceux-ci comportent des moyens identiques de ventiler les données relatives à la population, et ce par couches sociales ou par d'autres types de strates, afin de permettre et de renforcer la responsabilisation en matière de suivi des inégalités sanitaires dans et entre les pays ;
- établir comment répartir les 53 pays dans des agrégats sous-européens logiques et pertinents pour les politiques, et comment faire rapport sur les tendances sous-régionales. Ceci est important, étant donné que 14 États membres ne sont pas inclus dans les trois groupes sous-régionaux (qui couvrent l'UE et la Communauté des États indépendants) actuellement employés ;

- augmenter la validité et la fiabilité des données provenant des 53 pays et communiquées à la base de données de la Santé pour tous ;
- améliorer la mesure et la notification de la charge totale de morbidité, comprenant la morbidité et d'autres états, en particulier au regard de la santé mentale, afin de livrer un tableau plus complet de la charge de morbidité régionale ;
- recueillir des données dans le secteur de la santé et les autres secteurs, établir des liens entre ces données et les rendre accessibles, afin de soutenir les stratégies relevant de la Santé pour tous ainsi que l'analyse intersectorielle, la formulation de politiques, le suivi et l'évaluation ;
- faire des progrès concernant la surveillance et l'observation des flambées épidémiques, ainsi que le respect du Règlement sanitaire international dans toute la Région européenne, et via des connexions avec d'autres régions (grâce à la gouvernance pour la santé et à la lutte contre les maladies transmissibles) ;
- élaborer une feuille de route pour tenter de résoudre ces difficultés et parvenir à des solutions, en désignant des collaborateurs, des ressources et des processus, et un programme de recherche pour soutenir une action conjointe.

Afin de relever ces défis, l'OMS soutiendra la conception, l'actualisation ou la modification d'outils et d'instruments en vue d'améliorer, au niveau des pays, la collecte, l'analyse et la transmission d'informations sanitaires. L'OMS collabore avec la Commission européenne et l'OCDE pour mettre en place un système unique intégré d'informations sanitaires pour l'Europe, couvrant les 53 États membres. Ces travaux, de même que l'élaboration d'une stratégie d'information sanitaire pour l'Europe, progressent bien.

**Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe**

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 45 33 70 00
Fax : +45 45 33 70 01
Courriel : contact@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau

régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

États membres

Albanie	Ex-République yougoslave de Macédoine	Kirghizistan	Roumanie
Allemagne	Fédération de Russie	Lettonie	Royaume-Uni
Andorre	Finlande	Lituanie	Saint-Marin
Arménie	France	Luxembourg	Serbie
Autriche	Géorgie	Malte	Slovaquie
Azerbaïdjan	Grèce	Monaco	Slovénie
Bélarus	Hongrie	Monténégro	Suède
Belgique	Irlande	Norvège	Suisse
Bosnie-Herzégovine	Islande	Ouzbékistan	Tadjikistan
Bulgarie	Israël	Pays-Bas	Turkménistan
Chypre	Italie	Pologne	Turquie
Croatie	Kazakhstan	Portugal	Ukraine
Danemark		République de Moldova	
Espagne		République tchèque	
Estonie			

