



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L' Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE
SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION

Vilnius (Lituanie), 14-17 septembre 2015



© Jonathan Smith/Getty Images

Rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn – synthèse



Document de travail



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-cinquième session

EUR/RC65/8

Vilnius (Lituanie), 14-17 septembre 2015

30 juillet 2015

150466

Point 5 j) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn – synthèse

La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », organisée à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008, a constitué une étape marquante du renforcement des systèmes de santé de la Région européenne de l'OMS. Au cours de cette conférence a été adoptée la Charte de Tallinn, ultérieurement ratifiée par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe dans la résolution EUR/RC58/R4. La Charte de Tallinn a marqué une évolution importante depuis la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé en Europe, adoptée en 1996. Elle a été suivie d'une série de réunions tenues à Oslo (Norvège), au cours desquelles les États membres ont pu échafauder des stratégies en réaction à la crise financière qui s'est déclenchée peu après sa signature.

Dans la résolution ratifiant la Charte de Tallinn, la directrice régionale de l'OMS pour l'Europe a été priée de soumettre au Comité régional, en 2015, un rapport final sur le soutien apporté par le Bureau régional et les progrès accomplis par les États membres dans le cadre du suivi de la Conférence. Le processus d'élaboration de ce rapport a été supervisé par un noyau d'États membres travaillant en étroite collaboration avec la Division des systèmes de santé et de la santé publique. Ce rapport se base sur des interviews, une étude documentaire et les réponses à un questionnaire diffusé auprès de tous les États membres.

Les réponses au questionnaire ont permis de donner corps au document EUR/RC65/13, intitulé « Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne ». Le renforcement des systèmes de santé et la santé publique sont au cœur de Santé 2020, la politique-cadre européenne de la santé adoptée par le Comité régional en 2012. Santé 2020 renforce les valeurs, principes et buts de la Charte de Tallinn et donne une impulsion politique pour que la santé fasse davantage partie des priorités des gouvernements, l'accent étant mis sur l'équité, la durabilité, la couverture sanitaire universelle, la transparence, de meilleurs résultats dans le domaine sanitaire, des soins coordonnés/intégrés centrés sur la personne et basés sur les soins de santé primaires, et les capacités en matière de santé. Santé 2020 promeut les approches pangouvernementales et pansociétales de la santé et du bien-être, en se concentrant sur la cohérence des politiques et une responsabilisation en faveur de la santé à tous les niveaux.

Le présent document présente une synthèse du rapport final sur la mise en œuvre de la Charte de Tallinn. La version intégrale de ce rapport final, actuellement sous presse et bientôt disponible sur le site Web du Bureau régional, reprend une source abondante d'exemples de pays.

Sommaire

	page
Messages clés	3
Introduction	5
La Charte de Tallinn	5
Objectifs, structure et méthodologie	7
Contexte de la mise en œuvre de la Charte de Tallinn.....	12
1 ^{er} engagement – promouvoir les valeurs partagées de solidarité, d'équité et de participation.....	14
2 ^e engagement – Investir dans les systèmes de santé et stimuler l'investissement intersectoriel.....	16
3 ^e engagement – Promouvoir la transparence et assumer la responsabilité de la performance des systèmes de santé.....	17
4 ^e engagement – Rendre les systèmes de santé plus réactifs aux individus.....	19
5 ^e engagement – Faire participer les groupes concernés à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques	21
6 ^e engagement – Favoriser l'apprentissage et la collaboration entre pays.....	22
7 ^e engagement – Veiller à ce que les systèmes de santé soient préparés aux crises et capables d'y répondre	23
Conclusions	25
Crises financières et économiques.....	25
Cinquième anniversaire de la signature de la Charte de Tallinn.....	27
La voie à suivre.....	29
Références	31

Messages clés

1. Dans la Région européenne de l’OMS, la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (1) a aidé les dirigeants de la santé – les ministères de la Santé – à placer au cœur de leur processus décisionnel un engagement en faveur de la solidarité, de l’équité et de la participation. Parmi les progrès importants, citons une meilleure compréhension de la nécessité d’investir dans la santé et dans les systèmes de santé au profit de la société, et dans des politiques qui répondent aux besoins des groupes vulnérables, avec des mesures visant à élargir la couverture et à instaurer durablement une universalité des droits. Ces progrès ont été facilités par Santé 2020, qui encourage les approches pangouvernementales et pansociétales afin de garantir la participation des systèmes de santé à l’amélioration des résultats obtenus dans le domaine de la santé.

2. La Charte de Tallinn, qui signalait une évolution notable après l’adoption, en 1996, de la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé (2), soulignait l’importance d’un suivi transparent et responsable des performances des systèmes de santé dans la Région européenne de l’OMS. Ceci vaut tout autant pour les pays à revenu élevé que pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, et se reflète dans les innovations et efforts divers qui visent à institutionnaliser les mesures et l’évaluation et peuvent être relevés çà et là dans les 53 États membres. La Division des systèmes de santé et de la santé publique du Bureau régional continue à soutenir ces travaux dans le cadre de Santé 2020.

3. Dans certaines parties de la Région, on a observé une réorientation vers les services de soins primaires et de santé publique. Cependant, pour améliorer les résultats obtenus, il faut accélérer le mouvement tout en acquérant une meilleure compréhension des besoins du patient. La Charte de Tallinn a souligné l’importance des patients en tant qu’acteurs concernés, et Santé 2020 les a encore mis davantage au centre.

4. La Charte de Tallin insiste sur l’importance des indicateurs de référence pour promouvoir une responsabilisation dans les systèmes de santé, surtout dans la prestation de services de santé. Ces mesures sont le reflet d’un changement de valeurs en faveur du patient en tant qu’intervenant important, et ont contribué à façonner l’approche de systèmes de santé centrés sur la personne dans le cadre de Santé 2020.

5. Depuis la signature de la Charte de Tallinn, l’accent a davantage été mis sur le financement des systèmes de santé, ce qui est largement dû à la crise économique et financière. Quoique certains États membres aient pris des mesures importantes pour garantir un financement adéquat des systèmes de santé et promouvoir la protection financière des ménages, des millions de personnes continuent de connaître des difficultés financières lorsqu’elles accèdent aux services de santé dont elles ont besoin. Il faut donc agir pour réduire le montant des débours du patient. Le but de Santé 2020, à savoir accélérer le progrès sanitaire et limiter les inégalités, fournit une plate-forme pour tenter de parvenir à la couverture sanitaire universelle dans la Région.

6. Beaucoup de pays ont bien avancé dans la mise en œuvre de politiques relatives aux personnels de santé. Dans certains États membres, toutefois, des efforts supplémentaires sont requis pour améliorer la consolidation des données et la planification relatives aux personnels de santé, afin d’élaborer des stratégies ciblées correspondant mieux aux besoins des patients et de la population. De même, plus de travaux sont requis pour remédier aux cloisonnements persistants et pour aligner sur les besoins du patient les compétences des

personnels de santé, la recherche et l'organisation des prestataires. Ce sont là des domaines auxquels Santé 2020 accorde une place importante.

7. Les États membres sont de plus en plus conscients de la nécessité de disposer de processus pour déterminer les priorités, afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des dépenses consacrées à des produits pharmaceutiques et technologies de santé. L'évaluation des technologies sanitaires continue à se développer dans toute la Région. Une collaboration transnationale s'organise pour avancer sur certains plans, particulièrement alors que les pays luttent pour avoir les moyens de se procurer de nouveaux médicaments à coût élevé. Santé 2020 propose une plate-forme permettant de garantir que les technologies de la santé et produits pharmaceutiques répondent aussi aux besoins des personnes et restent en phase avec les innovations dans ces domaines.

8. La Charte de Tallinn souligne l'importance d'un recours à des bases factuelles pour éclairer le processus décisionnel, notamment afin de promouvoir l'équité, de remédier au manque d'efficience et de garantir qu'un investissement dans la santé apporte une valeur ajoutée. Les États membres continuent à progresser à cet égard, mais le recueil et l'application systématiques d'informations ventilées font toujours défaut dans de nombreuses juridictions. C'est un domaine qui continue à être renforcé par Santé 2020.

9. La Charte exhorte à améliorer l'apprentissage transnational. Le Bureau régional a aidé à répondre à cette exhortation en tirant parti de son pouvoir rassembleur pour fournir des opportunités, faire participer des partenaires clés, encourager les réseaux et élaborer des processus et des outils pour la collaboration. Il a également joué un rôle important en matière d'échange des savoirs, en fournissant une assistance technique directe à un nombre croissant de pays et en soutenant les travaux de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Le rôle du Bureau régional, qui a aidé les pays à promouvoir les valeurs de la Charte pour atteindre les buts de Santé 2020, a été qualifié de crucial pour les activités de renforcement des systèmes de santé dans la Région.

10. Malgré les progrès accomplis dans de nombreux domaines du renforcement des systèmes de santé depuis l'adoption de la Charte, des travaux supplémentaires doivent être effectués en ce qui concerne une réflexion plus large sur les systèmes et les démarches en faveur d'un changement transformateur. Santé 2020 fournit les moyens de progresser grâce à ses démarches pangouvernementales et pansociétales ; elle met l'accent sur une gouvernance améliorée pour la santé.

11. Les initiatives visant à renforcer les systèmes de santé dans la Région européenne restent fidèles aux valeurs de la Charte de Tallinn. Par l'accent qu'elle met sur la solidarité, l'équité, la participation et la responsabilisation pour le bon fonctionnement des systèmes de santé, la Charte fournit un guide pertinent pour le renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne dans le contexte de Santé 2020. Grâce à la consultation des États membres, il a été reconnu que les personnels de santé, les technologies de la santé, les produits pharmaceutiques et l'information sanitaire revêtaient un caractère essentiel pour permettre deux orientations stratégiques clés en vue des futurs travaux du Bureau régional : a) transformer les services de santé pour relever les défis du XXI^e siècle ; b) évoluer vers une couverture sanitaire universelle pour une Région européenne libérée des dépenses de santé directes qui appauvrissent le patient.

Introduction

12. La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », organisée à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008, a constitué une étape marquante du renforcement des systèmes de santé de la Région européenne de l'OMS. La Conférence ministérielle, l'adoption de la Charte de Tallinn et la ratification de la Charte (résolution EUR/RC58/R4) par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 2008 ont été une réaction directe face à des signes toujours plus clairs indiquant qu'un investissement dans les systèmes de santé a non seulement une valeur intrinsèque, mais contribue aussi directement à la santé de la population et à la prospérité économique, ce qui, à son tour, contribue au bien-être et à la stabilité de la société (1). La Charte de Tallinn a été une étape importante, car non seulement elle a signalé l'importance que les États membres attachent aux systèmes de santé et à la définition de leurs objectifs, mais elle a aussi souligné la nécessité d'évaluer régulièrement le fonctionnement des systèmes de santé afin de promouvoir la transparence et la responsabilisation et d'amener des améliorations. Elle représente un engagement commun en faveur d'un programme de renforcement des systèmes de santé fondé sur des valeurs.

La Charte de Tallinn

13. La Charte de Tallinn a vu le jour comme un engagement pris à l'initiative des États membres pour parvenir à de meilleurs résultats sur le plan sanitaire et pour garantir un usage plus efficace des ressources face à la mutation des exigences et des réalités démographiques. Elle a été élaborée en ayant trois objectifs à l'esprit : mettre les systèmes de santé en bonne place dans le programme politique et contribuer à un dialogue sur les politiques dans la Région européenne de l'OMS ; fournir des conseils en vue de la détermination de priorités entre les interventions ; donner un point de mire pour le renforcement de l'aide fournie aux pays par l'OMS. La Charte expose les valeurs et principes qui sous-tendent le développement des systèmes de santé dans la Région européenne et exprime l'engagement fondamental des États membres à passer des valeurs aux actes. Ses messages clés sont les suivants :

- Les systèmes de santé ne se limitent pas aux soins de santé, puisque des systèmes de santé efficaces promeuvent à la fois la santé et la prospérité ;
- Un investissement dans la santé est un investissement dans le développement humain futur ;
- Toute société doit absolument mettre en place des systèmes de santé efficaces pour améliorer la situation sanitaire et atteindre l'équité sanitaire.

14. Les sept engagements à agir énoncés dans la Charte de Tallinn sont les suivants :

- Promouvoir les valeurs partagées de solidarité, d'équité et de participation dans les politiques de la santé, dans l'affectation des moyens et dans d'autres actions, en veillant à ce que les besoins des pauvres et d'autres groupes vulnérables reçoivent l'attention nécessaire ;
- Investir dans les systèmes de santé et stimuler les investissements multisectoriels qui influencent la santé, en se fondant sur les bases factuelles disponibles concernant les liens entre le développement économique et la santé ;

- Promouvoir la transparence et rendre des comptes quant à la performance des systèmes de santé dans la production de résultats mesurables ;
- Rendre les systèmes de santé plus réactifs aux besoins, aux préférences et aux attentes des personnes, tout en reconnaissant les droits et responsabilités de celles-ci en ce qui concerne leur propre santé ;
- Faire participer les groupes concernés à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques ;
- Favoriser l'apprentissage et la coopération entre pays en matière de conception et de mise en œuvre des réformes des systèmes de santé à l'échelle nationale et infranationale ;
- Veiller à ce que les systèmes de santé soient à même de réagir aux crises, et à ce que les pays collaborent les uns avec les autres et mettent en application le Règlement sanitaire international.

Objectifs, structure et méthodologie

15. L'objectif du rapport final est de présenter sous forme de compilation les différentes manières dont la Charte de Tallinn a été opérationnalisée en activités de renforcement des systèmes de santé dans toute la Région européenne de l'OMS, en mettant l'accent sur les activités et les axes signalés par les États membres eux-mêmes. Ce rapport a été guidé par une question globale : dans quelle mesure les engagements pris aux termes de la Charte de Tallinn ont-ils influencé le renforcement des systèmes de santé par les États membres et le Bureau régional ? Ayant reconnu qu'il ne serait pas possible d'attribuer directement des politiques ou résultats précis à la Charte de Tallinn, les objectifs du rapport final ont été les suivants :

- Compiler ce que, dans toute la Région, l'on sait et l'on a expérimenté concernant la prise en compte, pour l'élaboration de politiques, des engagements pris par la Charte de Tallinn ;
- Analyser ces connaissances et ces données afin de savoir comment les engagements des États membres en faveur de la Charte de Tallinn ont renforcé le bon fonctionnement des systèmes de santé ;
- Fournir un point de référence pour les mesures et initiatives prises par les États membres européens dans le respect de la Charte, et aider ainsi à poser les bases de la planification d'orientations futures pour le renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne.

16. Afin de rassembler les connaissances et expériences requises dans toute la Région, on a recouru à un certain nombre de sources d'information clés : les réactions à une consultation/un questionnaire en ligne pour les États membres entre août et octobre 2014 ; une étude ciblée de la littérature ; et des interviews semi-structurés avec des directeurs de programme de toutes les divisions du Bureau régional.

17. Un noyau de représentants d'États membres (l'Allemagne, la Belgique, l'Estonie, la France, le Kazakhstan, la Norvège, le Royaume-Uni et la Slovénie) a supervisé la planification, la stratégie et la rédaction du rapport final. Ce groupe s'est réuni plusieurs fois, à savoir à la soixante-septième Assemblée mondiale de la santé à Genève (Suisse) en mai 2014 ; durant la 64^e session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe à Copenhague (Danemark) en septembre 2014 ; et lors de deux événements distincts pendant la quatrième session du vingt-deuxième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CPCR), qui s'est tenue avant l'ouverture de la soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé à Genève, en mai 2015, pour approuver le rapport final à présenter au CR65 à Vilnius (Lituanie) en septembre 2015.

18. À côté des quatre réunions entre la Division des systèmes de santé et de la santé publique et le noyau de pays, le CPCR a également participé à la planification et à l'approbation du rapport final. Durant la deuxième session du vingt-deuxième Comité permanent, qui s'est tenue à Helsinki (Finlande) en décembre 2014, une équipe des Systèmes de santé et de la santé publique a présenté la stratégie et exposé les progrès accomplis dans la compilation du rapport. Lors de sa quatrième session, tenue avant la soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé à Genève en mai 2015, le CPCR a revu le rapport final avant sa présentation au CR65. Les informations recueillies pour le rapport final ont été communiquées à l'équipe qui préparait le document stratégique intitulé « Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de

l’OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne » (document EUR/RC65/13), à présenter au CR65.

19. Les informations réunies pour le rapport final sont organisées et présentées d’après les quatre fonctions fondamentales des systèmes de santé initialement définies dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (3).

20. La Charte de Tallinn définit clairement ces fonctions en harmonie avec les valeurs adoptées par les États membres (voir encadré 1). La décision d’aborder ce rapport en renvoyant aux sept engagements de Tallinn et aux quatre fonctions des systèmes de santé s’inscrit également dans la lignée des deux réunions consultatives et des quatre réunions préparatoires¹ organisées avant la Conférence de Tallinn (2008). Si ces activités sont présentées séparément par fonction, une réforme efficace requiert de tenir compte des liens existant entre elles et de leur interdépendance (4).

21. La définition de ces quatre fonctions fournit une structure solide pour évaluer les systèmes de santé en diagnostiquant les faiblesses et en indiquant des orientations futures pour le renforcement des systèmes de santé. Dès lors, il y a une cohérence entre la terminologie de tout le rapport final et celle de la Charte de Tallinn, à une petite modification près. Afin de faciliter le débat et la compréhension du domaine très varié des « ressources pour la santé » (qui, dans la Charte de Tallinn, englobe les produits pharmaceutiques, les technologies de la santé, les systèmes d’information et les ressources humaines pour la santé), cette fonction est divisée en deux sous-sections : les ressources humaines pour la santé et les technologies de la santé et produits pharmaceutiques². De plus, depuis la Conférence de Tallinn, en 2008, les priorités programmatiques et les activités des États membres ont mis en lumière la nécessité d’un équilibre entre la fonction de création des ressources et des conseils sur la manière d’utiliser ou de gérer ces ressources. Ainsi, ce rapport focalise son analyse non seulement sur les modes de création des ressources humaines pour la santé, des technologies de la santé et des produits pharmaceutiques, mais aussi sur la façon d’orienter et de gérer leur application.

22. Une grille de codage, élaborée pour traduire les sept engagements de la Charte de Tallinn en activités qui représentent des systèmes de santé au fonctionnement optimal, est reprise à la fig. 1. Cette grille pourrait également faire office de guide et de plate-forme pour des activités futures du Bureau régional et dans les États membres. L’accent placé sur la manière dont les activités rapportées par les États membres au titre de chaque engagement de la Charte de Tallinn ont ou n’ont pas renforcé les quatre fonctions des systèmes de santé marque une différence fondamentale entre le rapport final et le rapport intermédiaire (5). Cette démarche a été approuvée par le noyau de représentants d’États membres comme un moyen utile d’examiner les informations en provenance des pays et

¹ Deux réunions consultatives (Vienne (Autriche), 24 et 25 août 2006 ; Barcelone (Espagne), 30 et 31 octobre 2006) et quatre réunions préparatoires (Bruxelles (Belgique), 29 et 30 mars 2007 ; Bled (Slovénie), 19 et 20 novembre 2007 ; Rome (Italie) 3 et 4 avril 2008 ; Bruxelles (Belgique) 6 juin 2008) ont été organisées en préparation à la Conférence ministérielle européenne de l’OMS sur les systèmes de santé (2008).

² Conformément à l’approche adoptée dans le Cadre d’action de l’OMS pour le renforcement des systèmes de santé – *Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes*. Genève : World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/fr/>, consulté le 6 juillet 2015).

comme un guide pour la structure du rapport final. Étant donné que la Charte de Tallinn est propre aux systèmes de santé, cette démarche permet de comprendre plus en détail le troisième pilier de Santé 2020 (6), la nouvelle politique-cadre européenne de la santé qui a été élaborée quatre ans après la Charte de Tallinn.

Encadré n° 1. Objectifs et actions de la Charte de Tallinn

Fourniture de services de santé aux personnes et aux populations

- Dans toute la Région, les décideurs politiques apprécient que des services de qualité soient fournis et s'efforcent de permettre que ce soit possible pour tous, particulièrement pour les groupes vulnérables, en réponse à leurs besoins, et de développer la capacité des personnes d'opérer des choix de mode de vie favorables à la santé.
- Les patients veulent accéder à des soins de qualité, et être assurés que les professionnels de santé s'appuient sur les meilleures connaissances factuelles produites par la science médicale et utilisent la technologie la mieux appropriée en vue de garantir une efficacité accrue et une plus grande sécurité pour le patient.
- Les patients veulent également établir avec leurs professionnels de santé une relation basée sur le respect de la vie privée, de la dignité et de la confidentialité.
- Des services de santé de proximité (soins de santé primaires) efficaces sont essentiels pour promouvoir ces buts, en fournissant une base pour assurer l'interface des services de santé avec les communautés et les familles, ainsi que pour la coopération intersectorielle et interprofessionnelle et pour la promotion de la santé.
- Les systèmes de santé devraient intégrer les programmes portant sur une maladie spécifique aux structures et services existants, afin d'atteindre des résultats meilleurs et pérennes.
- Les systèmes de santé devraient assurer une approche holistique des services, impliquant la promotion de la santé, la prévention des maladies et des programmes intégrés de gestion des pathologies, ainsi que la coordination de prestataires de services, d'institutions et de lieux de soins multiples, que ceux-ci se situent dans le secteur public ou le secteur privé, et incluant les services de proximité, les structures de soins aigus et de longue durée, le domicile des personnes, etc.

Financement du système

- Il n'existe pas de stratégie idéale unique pour le financement de la santé. Les distinctions entre les différents modèles s'estompent au fur et à mesure que les pays élaborent de nouvelles combinaisons d'approches pour la collecte des recettes, leur mise en commun et leur utilisation en fonction de leurs besoins, de leur contexte historique, fiscal et démographique, ainsi que de leurs priorités sociales et préférences.
- Les formules de financement devraient supporter la redistribution des ressources pour répondre aux besoins de santé, réduire les obstacles financiers à l'utilisation des services nécessaires, et protéger contre le risque financier inhérent au recours aux soins, et ce d'une manière fiscalement responsable.
- Les modes de financement devraient également comporter des mesures incitatives pour l'organisation efficace et la fourniture des services de santé, lier le financement des prestataires de services à leur performance et aux besoins de la population et promouvoir la responsabilisation et la transparence dans l'utilisation des fonds.
- Dans l'affectation globale des ressources, il faudrait parvenir à un équilibre correct entre les services de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé pour répondre aux besoins en santé actuels et futurs.

Création de ressources

- Dans un monde caractérisé par une globalisation rapide, la production du savoir, des infrastructures, des technologies et, surtout, des ressources humaines disposant d'un ensemble d'aptitudes et de compétences approprié, requiert une planification et un investissement à long terme pour répondre à la mutation des besoins en matière de services de santé et aux changements dans les modèles d'organisation sanitaire.
- L'investissement dans le personnel de santé revêt, lui aussi, une importance capitale, étant donné qu'il a des implications non seulement pour le pays investisseur, mais aussi pour d'autres, en raison de la mobilité des professionnels de santé ; le recrutement international de travailleurs de la santé devrait obéir à des considérations éthiques et à la solidarité internationale, et être garanti par un code de bonne pratique^a.
- Il est pertinent pour tous les pays de promouvoir les stratégies et la recherche sur les systèmes de santé et de faire un usage éthique et efficace des innovations en matière de technologie médicale et de

produits pharmaceutiques ; l'évaluation des technologies de la santé devrait être utilisée pour contribuer à une prise de décisions plus éclairée.

Fonction de direction (« stewardship »)

- Bien que chaque État membre ait un mode de gouvernance de son système de santé qui lui est propre, ce sont les ministères de la Santé qui définissent un plan d'avenir pour le développement du système de santé et ont le mandat et la responsabilité en matière de législation, de réglementation et de mise en œuvre des politiques de la santé, ainsi que pour le recueil de bases factuelles sur la santé et ses déterminants sociaux, économiques et environnementaux.
- 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.
- Le suivi et l'évaluation de la performance des systèmes de santé et une coopération équilibrée avec les groupes concernés à tous les niveaux de gouvernance sont essentiels pour promouvoir la transparence et la responsabilisation.

^a Conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé relative à la migration internationale du personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement (WHA57.19) et à la résolution du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur les politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne (EUR/RC57/R1).

Source: reproduction du paragraphe 13 de la Charte de Tallinn (1).

Figure 1. Grille de codage : les engagements de la Charte de Tallinn et les fonctions des systèmes de santé

Engagements de Tallinn	Fourniture de services de santé	Financement de la santé	Ressources humaines pour la santé	Produits & technologies médicales	Stewardship/ gouvernance	Systèmes de santé centrés sur la personne Santé 2020	
Promouvoir les valeurs partagées de solidarité, d'équité et de participation							
Investir dans les systèmes de santé et stimuler l'investissement intersectoriel							
Promouvoir la transparence et rendre des comptes							
Rendre les systèmes de santé plus réactifs							
Faire participer les groupes concernés							
Favoriser l'apprentissage entre pays							
Veiller à ce que les systèmes de santé soient à même de réagir aux crises							

Contexte de la mise en œuvre de la Charte de Tallinn

23. Peu de temps après la Conférence de Tallinn, la crise financière et économique mondiale a secoué la Région, et il est apparu clairement que dans de nombreux pays, les engagements pris aux termes de la Charte de Tallinn seraient mis à l'épreuve. Le déclenchement de la crise financière mondiale, en 2008, a entraîné un énorme choc économique initial : en 2009, le produit intérieur brut réel par habitant a chuté de 4,5 % dans toute la Région. En conséquence, le chômage a grimpé en flèche ; rien que dans l'Union européenne (UE), il est passé d'une moyenne annuelle de 7,0 % en 2008 à 10,2 % en 2014 (7), atteignant son point culminant à 10,9 % en 2013. Certains pays ont connu des augmentations beaucoup plus fortes du chômage, surtout chez les jeunes. Les pays européens très touchés traversent la crise depuis maintenant plus de six ans, ce qui indique la nature prolongée de celle-ci. À moyen terme, le contexte budgétaire rigoureux et le haut taux de chômage devraient se maintenir.

24. Les bases factuelles glanées lors des précédents chocs économiques et de la crise économique actuelle pointent clairement vers deux observations à caractère général (8). Premièrement, la crise a influencé négativement de nombreux déterminants sociaux de la santé – notamment, le revenu, l'emploi et le niveau des dépenses publiques pour la santé et les autres secteurs sociaux. Dans plusieurs pays, la crise a eu de lourdes conséquences sociales et politiques et a contribué à un accroissement des inégalités sur le plan sanitaire entre groupes de population et dans toute la Région (9). Deuxièmement, étant donné que les besoins sanitaires augmentent quand le chômage est en hausse et le revenu des ménages en baisse, les ripostes opposées à la crise dans le domaine budgétaire et celui de la politique de santé pourraient aussi avoir affecté la santé de la population si les politiques menées n'ont pas pu maintenir des filets de sécurité sociale efficaces ou protéger l'accès à des services de bonne qualité, surtout pour les groupes de population plus vulnérables.

25. Le Bureau régional a collaboré intensivement avec les États membres pour prendre des décisions stratégiques efficaces qui améliorent la santé et font reculer les inégalités durant la période de crise. Santé 2020 est devenu le fondement de cet engagement. Cette nouvelle politique européenne de la santé a pour but d'améliorer significativement la santé et le bien-être des populations, de réduire le manque d'équité en santé et de garantir des systèmes de santé durables axés sur les individus. Santé 2020 s'adresse à l'ensemble des autorités publiques et à l'ensemble de la société. Cette politique envisage des interventions et des résultats qui vont bien au-delà des limites du secteur de la santé et des compétences du ministère de la Santé. Santé 2020 propose que les ministères de la Santé prennent contact et collaborent avec d'autres ministères, départements, secteurs, organisations, intervenants et organisations de la société civile. Elle propose aussi que les autorités publiques établissent un dialogue et œuvrent avec les citoyens, les patients et les consommateurs. Pour progresser vers tous ces buts de Santé 2020, des politiques seront nécessaires dans quatre domaines : l'investissement dans la santé par une méthode prenant en compte toutes les étapes de la vie et responsabilisant les personnes ; la lutte contre les problématiques majeures de la santé en Europe que sont les maladies transmissibles et non transmissibles ; le renforcement des systèmes de santé centrés sur les personnes et des capacités en santé publique, notamment les capacités de préparation et d'intervention en situation d'urgence ; et la création de communautés résilientes et d'environnements favorables.

26. En déterminant que les systèmes de santé sont l'un des quatre domaines d'action, Santé 2020 réaffirme le principe central de la Charte de Tallinn, à savoir investir dans les systèmes de santé et dans l'amélioration de leur fonctionnement par une meilleure santé de tous les membres de la société. Toutefois, la politique-cadre Santé 2020 va plus loin en mettant ces systèmes de santé au défi d'être plus centrés sur les personnes, de faire partie d'une approche pangouvernementale de l'amélioration de la santé, d'être alignés pour le renforcement de la santé publique et de contribuer à limiter le manque d'équité sociale tout au long de la vie.

27. À l'époque de la signature de la Charte de Tallinn, les États membres s'accordaient sur le fait que la santé publique se situait à la fois au sein et en dehors du système de santé. Santé 2020 est une main tendue aux décideurs en dehors du secteur de la santé ; cette politique-cadre a déclenché un processus de transposition des priorités de la santé dans toutes les politiques sectorielles. Ce faisant, Santé 2020 a attiré l'attention sur une importante question à laquelle doivent tenter de répondre tous les pouvoirs publics qui s'efforcent d'améliorer la santé : qui est finalement responsable de la santé publique ? Il est apparu clairement que cela reste une question à laquelle il est difficile de répondre pendant la réunion de suivi à haut niveau qui s'est tenue à Tallinn en 2013 (10), lors de laquelle les participants ont exprimé de la frustration devant l'absence de défenseurs d'une communauté unique de la santé publique qui accepterait d'assumer une responsabilité et de rendre des comptes. En effet, d'aucuns ont appelé de leurs vœux une formation consacrée plus exclusivement à la santé publique et une meilleure reconnaissance de l'importance de cette discipline comme choix de carrière.

28. Autre évolution importante depuis la signature de la Charte de Tallinn, l'importance croissante que les États membres ont accordé à un recours aux bases factuelles pour influencer le processus décisionnel, particulièrement afin de mieux cibler et, partant, de justifier des investissements pour la santé. Dans certaines parties de la Région, les capacités de recherche dans le domaine sanitaire ont été très limitées, quoique certains signes indiquent que cela est en train de changer. Avec des coûts en hausse et des pressions financières, un système de santé abordable et d'un bon rapport coût-efficacité doit prendre des décisions difficiles sur les interventions et services à assurer. Des données ventilées en fonction du niveau de revenus, de l'emplacement géographique et du sexe, entre autres, peuvent aider les décideurs à cibler des décisions stratégiques. Des processus performants, inspirés de bases factuelles et transparents aident également à éviter des décisions prises sur la base d'intérêts particuliers et à favoriser une acceptation de la part de la population.

29. Les pays qui sont parvenus à faire évoluer la culture vers une stratégie plus inspirée de bases factuelles ont adopté trois piliers fondamentaux au fil du temps. Ceux-ci sont les suivants : a) une demande systématique de bases factuelles sur la santé par les décideurs politiques ; b) un renforcement des capacités pour produire des bases factuelles de haute qualité sur la santé et c) des solutions institutionnelles durables faisant le lien entre la demande et l'offre. L'OMS a généré une demande de stratégies sanitaires inspirées de bases factuelles par un dialogue constant avec les États membres sur divers aspects du renforcement des systèmes de santé. En organisant des cours à l'échelle internationale et nationale, ainsi qu'en se livrant à des travaux analytiques collectifs et en facilitant les échanges d'expériences entre pairs, l'OMS a renforcé la capacité des pays à mener des recherches de haute qualité, des évaluations de la performance, des analyses des politiques et un suivi sectoriel. En ce qui concerne l'évolution institutionnelle, plusieurs États membres ont établi ou sont en train d'établir des unités d'analyse des politiques ou de suivi

sectoriel au sein des ministères de la Santé. Le travail de renforcement des capacités et des institutions pour une élaboration de politiques inspirées de bases factuelles a produit des synergies avec d'autres sphères du renforcement des systèmes de santé.

1^{er} engagement – promouvoir les valeurs partagées de solidarité, d'équité et de participation.

30. Ce premier engagement de la Charte de Tallinn se distingue des engagements ultérieurs en ce qu'il engage les États membres en faveur d'une série de valeurs plutôt que d'activités. Les valeurs promues dans ce premier engagement sous-tendent tous les autres engagements. Étant donné qu'elles sont intersectorielles, la concrétisation de cet engagement n'est vérifiée qu'en regardant comment les États membres ont articulé ces valeurs dans des plans et instruments stratégiques nationaux pour la santé.

31. Beaucoup de pays de la Région ont élaboré, au niveau national ou sous-national, des stratégies ou plans sanitaires, ou des documents équivalents, pour donner une orientation et une cohérence à leurs efforts en vue d'améliorer la santé de leurs populations (11). Dans la mesure où ils appliquent les principes et valeurs des systèmes de santé dans des buts, objectifs et cibles sanitaires stratégiques, ces stratégies et plans servent d'outils pour intensifier une responsabilisation dans le secteur de la santé. Parmi les autres mécanismes grâce auxquels les pays de la Région fixent des buts et objectifs sanitaires nationaux, on trouve des instruments stratégiques comme des cibles sanitaires nationales, une série de priorités ou de domaines d'intérêt particulier pour le pays, et des objectifs et cibles de réforme du système de santé, inscrits dans un programme de réforme multisectoriel plus vaste. Dans plusieurs pays, les efforts visant à améliorer et à affiner le processus de détermination des priorités lui-même restent un important aspect de l'élaboration d'une stratégie ou d'un plan national de la santé. Certains pays adoptent une approche différente, qui implique de fixer des objectifs de performance institutionnelle influençant les orientations stratégiques de leur système de santé dans les domaines où le ministère de la Santé a mandat pour planifier. Les objectifs de la santé sont parfois définis par le biais de programmes de réforme du système de santé. Les lois et règlements font partie des autres mécanismes par lesquels les buts et objectifs nationaux de la santé sont fixés. Plusieurs pays ayant récemment élaboré des stratégies de la santé ont explicitement renforcé l'importance des démarches pangouvernementales émanant de Santé 2020.

32. La Charte de Tallinn s'est révélée être un instrument puissant pour orienter des réactions stratégiques à la crise économique grâce à son engagement explicite en faveur de la solidarité. Plusieurs pays se sont servis de leurs stratégies ou plans nationaux de la santé pour positionner leur système de santé dans le contexte plus large de Santé 2020 afin de renforcer la santé publique pour lutter contre les inégalités dans le domaine sanitaire. La plupart des pays d'Europe ont des politiques d'égalité entre les sexes qui définissent des priorités intersectorielles. Les mesures qui limitent la vulnérabilité financière des groupes de population défavorisés ont reçu un large soutien. Les activités clés à cet égard ont été de donner la priorité au mouvement en faveur de la couverture sanitaire universelle en garantissant que toute la population puisse accéder à un large éventail de services de santé nécessaires, de bonne qualité, sans difficultés financières, et de se concentrer sur les services de soins primaires et de santé publique.

33. Cependant, dans de nombreuses parties de la Région européenne, les services et infrastructures de santé publique restent encore fragiles et obsolètes. Dès lors, la réorientation des services vers les soins primaires ambulatoires et la santé publique a fait partie des outils stratégiques, car ce type de services est jugé plus efficace pour son coût et plus apte à toucher de vastes proportions de la population. En réorientant de plus en plus les services vers les soins primaires, les États membres ont commencé à reconnaître à quel point il est important de renforcer ce niveau en améliorant la continuité des soins, en optimisant l'organisation des dispensateurs de soins et en augmentant la qualité des services.

34. La plupart des États membres ont rapporté un engagement à réagir aux besoins des groupes vulnérables, y compris en prenant des mesures visant à étendre la couverture et à instaurer durablement l'universalité des droits. Plusieurs pays ont évité d'opérer sans discrimination des coupes dans les dépenses publiques pour les soins de santé et la protection sociale, étant donné que celles-ci augmentent la pauvreté et nuisent à la santé de la population ; au lieu de cela, ils ont redoublé d'efforts pour promouvoir une perception redistributive des recettes en vue d'une plus grande solidarité. Certains États membres ont réussi à réduire les charges pesant sur les utilisateurs et les débours directs, tandis que d'autres ont donné davantage la priorité, dans les dotations budgétaires du gouvernement, au secteur de la santé, y compris au financement du système de sécurité sociale.

35. Beaucoup de pays d'Europe ont passé en revue leurs besoins en personnels de santé et bien progressé dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, stratégies et plans concernant les personnels de santé. Un important élément de ces politiques a impliqué un engagement à améliorer la recherche, la consolidation de données et la planification afin d'élaborer des stratégies nationales ciblées concernant les personnels de santé. Ces domaines se sont révélés particulièrement sous-développés dans plusieurs États membres. Il y a aussi eu une réorientation vers les soins primaires dans le recrutement et la formation des personnels de santé, et une reconnaissance croissante de la nécessité de politiques efficaces sur la répartition de ces personnels pour améliorer l'accès de la population aux services et sur le maintien en poste de la main d'œuvre pour améliorer l'efficacité et l'efficacités des systèmes. Le Bureau régional et les États membres européens ont joué un rôle de premier plan en élaborant et en soutenant l'adoption, en 2010, du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, qui propose un cadre au sein duquel les États membres peuvent élaborer des politiques efficaces pour la planification, le maintien en poste et la migration des personnels de santé, en vue de contribuer à une durabilité des personnels de santé.

36. La plupart des pays ayant fait rapport ont également indiqué des efforts visant à garantir une égalité d'accès à des médicaments et à des technologies de santé de qualité. Quoique certains pays d'Europe ne se soient pas, traditionnellement, livrés activement à une détermination de priorités pour l'accès aux produits pharmaceutiques et aux technologies de la santé, de telles politiques sont de plus en plus considérées comme essentielles pour améliorer l'efficacité des dépenses tout en maintenant un équilibre entre l'accès et la rentabilité. Il est clair que ces pays qui ont des politiques sur les technologies de la santé et les produits pharmaceutiques travaillent pour donner la priorité à des coûts moindres, à l'accès et à l'équité, ainsi qu'à la qualité et à l'innovation. Dans toute la Région, les réformes portant sur les produits pharmaceutiques ont été particulièrement répandues. Elles ont notamment porté sur des réductions de prix, le recours à des ristournes, des remises, des recouvrements, la renégociation de la rémunération des

services de distribution, des changements dans les taux de taxe sur la valeur ajoutée, et des procédures de remboursement.

2^e engagement – Investir dans les systèmes de santé et stimuler l'investissement intersectoriel

37. De nombreux rapports ont porté sur cet engagement. Comme on l'a noté plus haut, la plupart des pays ont signalé qu'ils avaient fait appel à différents secteurs (le plus souvent, le secteur social) lorsqu'ils ont fixé des buts pour le secteur de la santé, et que des politiques intersectorielles de promotion de la santé (pour la lutte contre le tabagisme et le mésusage de l'alcool, la prévention des violences et des traumatismes, la sécurité routière, etc.) étaient en train d'être mises en œuvre. Dans ce contexte, des cadres internationaux tels que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ont été particulièrement utiles. Cette collaboration intersectorielle a été profitable pour la fonction de direction, surtout parce qu'elle a permis d'obtenir un maximum de retombées positives pour la santé et d'alléger au maximum la charge des maladies.

38. Les pays sont en train d'affiner les mécanismes par lesquels les ministères de la Santé peuvent communiquer et collaborer avec d'autres secteurs. Des tables rondes ministérielles ont été organisées, des agents ont été engagés pour assurer la liaison entre les ministères et des protocoles spécifiques sont en place. Certains pays ont signalé que le secteur de la santé fournissait une assistance et des conseils techniques aux autres secteurs pour gérer les déterminants sociaux de la santé dans le cadre d'autres programmes du gouvernement. L'assistance technique a souvent pris la forme d'évaluations de l'impact sur la santé ou sur l'équité en santé. Plusieurs pays ont indiqué l'existence de mécanismes pour optimiser l'échange d'informations entre le ministère de la Santé et les autres secteurs.

39. La réalité est que l'état de santé d'un individu est essentiellement maintenu au sein du foyer et de la communauté, tandis que les établissements cliniques et les cliniciens prennent en charge et gèrent les besoins sanitaires uniquement à certains stades de la vie ou pour une minorité de la population. Des États membres de toute la Région rapportent de plus en plus souvent qu'ils fournissent des services de santé dans des cadres non traditionnels (écoles, lieux de travail, initiatives en matière de logement, services à la collectivité, etc.). Le secteur de la santé a collaboré de manière particulièrement active avec d'autres secteurs afin de gérer la santé de l'enfant et les services pour personnes âgées dans des cadres non traditionnels. Dans plusieurs cas, les ministères de la Santé ont sensiblement amélioré l'accès à ces services, les rendant nettement plus adéquats et efficaces.

40. La collaboration intersectorielle a servi de moyen d'aligner les flux financiers dans le contexte de la planification des investissements avec les flux liés aux objectifs statutaires. Les domaines de la santé mentale et des soins de longue durée ont vu un niveau particulièrement élevé d'alignement financier entre les responsables des soins de santé et les responsables de la sécurité sociale. Grâce au financement conjoint, l'engagement des partenaires est renforcé, ce qui permet plus de certitude quant aux moyens financiers disponibles. Les accords relatifs au service public, associés à des examens des dépenses, forment une structure dans laquelle les ministères, les autorités locales et d'autres

organisations locales peuvent convenir de cibles pour l'orientation et la coordination de l'action publique.

41. Il y a une collaboration intersectorielle de plus en plus importante afin de relever les défis posés par les personnels de santé aux niveaux mondial, régional, sous-régional et national, surtout parce que l'offre et la demande de personnels de santé sont très influencées par une série de facteurs extérieurs au système de santé. Une majorité de ces efforts intersectoriels ont impliqué une collaboration étroite entre les ministères de la Santé, des Finances, du Travail et de l'Éducation pour aligner la formation des personnels de santé sur des besoins en mutation rapide. Dans certains pays, la collaboration intersectorielle a également entraîné une amélioration du cadre de travail des personnels de santé.

42. La plupart des États membres ont intensifié la collaboration entre le ministère de la Santé et le secteur du commerce afin d'optimiser l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des technologies de la santé et des produits pharmaceutiques, quoique ceci ait été moins vrai pour certains produits médicaux plus récents. Néanmoins, plusieurs pays soutiennent activement le transfert de savoirs entre les institutions de recherche et l'industrie. Les 53 États membres de la Région européenne investissent de manière très variable dans les efforts intersectoriels pour élargir l'accès aux produits médicaux essentiels. Certains pays ont pris des mesures pour proposer des incitants à la recherche et au développement publics afin de répondre aux besoins du secteur de la santé ou de promouvoir des collaborations entre le public et le privé pour des priorités de santé publique.

3^e engagement – Promouvoir la transparence et assumer la responsabilité de la performance des systèmes de santé

43. Dans toute la Région, les systèmes de santé sont de plus en plus responsabilisés par la fixation systématique de buts et d'objectifs nationaux, par exemple, des stratégies, politiques et plans nationaux de la santé pour mesurer et évaluer les performances. Cette responsabilisation accrue a également été reconnue comme essentielle pour la défense des budgets de la santé. Les responsables des systèmes de santé ont un rôle important à jouer s'agissant de rechercher les moyens d'influencer les motivations et comportements d'acteurs multiples et leurs divers objectifs, finances et structures organisationnelles, en mettant en place des accords cohérents pour la responsabilisation des systèmes de santé (12).

44. Pour concevoir des mécanismes de mesure des performances des systèmes de santé, il faut notamment définir quels indicateurs et cibles doivent être compilés et garantir que ce soient les informations adéquates qui soient recueillies et regroupées. Au moins 31 pays de la Région européenne ont des répertoires nationaux ou des plates-formes pour les informations sur la performance des systèmes de santé, avec une série d'indicateurs mesurés à intervalles réguliers. Une autre dimension concerne la question de savoir dans quelle mesure le degré de centralisation du système de santé influence l'ensemble des indicateurs employés pour le suivi dans chaque pays. À cet égard, l'expérience de la Région européenne est variée.

45. Le contrôle des performances des systèmes de santé doit être systématique et continuellement influencer la détermination des priorités. Plusieurs États membres se sont engagés dans cette voie en effectuant des évaluations de leurs stratégies, politiques et plans nationaux de la santé avant leur mise en œuvre, tandis que d'autres procèdent à des évaluations des performances des systèmes de santé après la mise en œuvre (13, 14)³. Ce dernier type d'évaluation est un outil que beaucoup attribuent à la Charte de Tallinn, comme moyen d'augmenter la transparence dans la gestion du système de santé (13).

46. Le domaine de la fourniture de services de santé, en particulier, a vu un développement substantiel d'indicateurs pour la reddition de comptes par les fournisseurs de services et les établissements de soins. Ces indicateurs ont surtout été axés sur la qualité des soins, la sécurité des patients, l'accès aux services de santé, le recours aux services et les listes d'attente pour ceux-ci, et les comparaisons entre hôpitaux. La majorité des pays ont signalé l'existence de mécanismes permanents de suivi et d'amélioration des performances au niveau des fournisseurs de services. On a recouru à ce type de suivi pour évaluer non seulement l'utilisation des services mais aussi, dans certains cas, la satisfaction des utilisateurs. Les pays se servent de réglementations et de politiques pour garantir des standards de qualité des soins (par exemple, l'accréditation d'établissements et de fournisseurs, la sécurité, etc.) dans les établissements, ainsi qu'une main d'œuvre compétente. Les pratiques recommandées, les protocoles cliniques, les algorithmes de traitement et les normes médicales sont considérés comme d'importantes exigences de la médecine fondée sur des bases factuelles. Un nombre croissant de pays mettent en place des systèmes pour la notification et le suivi des effets indésirables.

47. La Charte de Tallinn a également joué un rôle déterminant s'agissant d'appliquer des mécanismes de transparence et de responsabilisation à la santé publique. Les pays indiquent toujours plus souvent qu'ils font publiquement rapport sur les résultats obtenus dans le domaine sanitaire au niveau de la population, et que ces résultats sont publiés régulièrement sur des portails en ligne. La notification publique est de plus en plus employée dans toute la Région pour responsabiliser les établissements et les fournisseurs de services. La rédaction et la publication de rapports annuels par les caisses d'assurance maladie et les agences acheteuses contribuent aussi à accroître la transparence et la responsabilisation.

48. Notant l'impact de la crise économique et financière sur les niveaux de financement de la santé, en particulier les dépenses publiques pour la santé en tant que part des dépenses totales du gouvernement et les paiements directs en tant que pourcentage des dépenses totales pour la santé, les États membres qui font preuve d'une transparence et d'une responsabilisation accrues pour le financement des systèmes de santé mettent de plus en plus en œuvre les moyens d'évaluer ce financement. Des informations sur le prélèvement et la mise en commun des recettes et sur les processus d'achat sont rendues publiques. *A System of Health Accounts, 2011 Edition* (Un système de comptes pour la santé, édition 2011), élaboré conjointement par Eurostat, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'OMS, permet un suivi plus précis des

³ Le Bureau régional de l'OMS a collaboré directement avec plusieurs États membres pour élaborer des évaluations des performances des systèmes de santé. Ces pays sont notamment les suivants : l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Belgique, l'Estonie, la Géorgie, la Hongrie, l'Italie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, Malte, le Portugal, la République de Moldova et la Turquie.

moyens dégagés et dépensés pour la santé. Tous les pays de l'UE et de l'OCDE ont adopté ce nouveau système pour l'établissement de rapports, et un nombre croissant de pays de la Région européenne hors UE et OCDE élaborent leurs systèmes d'établissement de rapports conformément aux nouveaux principes directeurs. Les pays rendent également publiques des informations sur les droits à des prestations et les dépenses à charge des utilisateurs.

49. Les rapports des autorités nationales compétentes des États membres de la Région sur la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ont montré l'engagement des pays en faveur de la transparence et de la responsabilisation. Des rapports nationaux ont couvert la question des droits des travailleurs de la santé migrants, du recrutement international et de la mobilité. On accorde plus d'attention au processus de réglementation des cabinets de soins, notamment à l'enregistrement, l'octroi de licences, la certification et l'accréditation. Pour certains pays, cet accent mis sur l'agrément s'est également traduit par la divulgation d'informations relatives aux praticiens, de sorte que les consommateurs peuvent opérer des choix éclairés sur les soins qui leur sont prodigués.

50. Les pays font aussi preuve d'un engagement en faveur de la transparence et de la responsabilisation en adoptant un processus décisionnel inspiré de bases factuelles pour la sélection de produits médicaux. Le recours à l'évaluation des technologies de la santé est également plus répandu dans toute la Région comme outil pour la prise de décisions sur les remboursements. On recourt de plus en plus à des politiques de fixation des prix et de remboursement, ainsi qu'à des mécanismes visant à garantir le bon rapport coût-efficacité des dépenses pour des produits pharmaceutiques. Plusieurs États membres ont également commencé à élaborer pour les personnels de santé des programmes de cours mettant l'accent sur la pharmacovigilance et sur une responsabilisation en matière d'utilisation adéquate des produits médicaux, et à diffuser auprès des professionnels de la santé des politiques et des recommandations sur les pratiques en matière de prescription. Les technologies de la cybersanté sont appliquées dans toute la Région pour assurer le suivi des performances des systèmes de santé, renforcer la responsabilisation et procurer de meilleurs soins aux patients.

4^e engagement – Rendre les systèmes de santé plus réactifs aux individus

51. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* a lancé l'idée que la réactivité face aux attentes des citoyens devrait être un but fondamental de tous les systèmes de santé. Plusieurs États membres ont montré leur engagement à rendre leur système de santé plus réactif en investissant dans des processus (électroniques ou autres) de retour d'information pour saisir les besoins de la population. Certains pays rapportent aussi l'existence de mécanismes pour l'évaluation des attentes de la population et des expériences vécues par les patients et/ou de leur satisfaction par rapport aux services. Des politiques et des instruments légaux ou réglementaires ont été mis en place pour définir et promouvoir la conscience des droits du patient, droits que l'on fait de plus en plus souvent appliquer grâce à des médiateurs. D'autres pays se sont engagés sur une voie moins legaliste, instaurant un environnement qui aide les personnes à opérer des choix sains et les autonomise par rapport à leur santé.

52. Concernant cet engagement, l'évolution la plus significative dans la Région en matière de fourniture de services de santé a été la réorganisation des services hospitaliers pour améliorer l'accès des citoyens à des services de qualité. On a accordé une attention spéciale aux listes d'attente, aux services d'urgence, à la durée des déplacements vers les services et aux réseaux de fournisseurs de services. Dans de nombreux cas, ces améliorations ont notamment porté sur la gestion des capacités excessives dans les hôpitaux et sur les efforts consentis pour garantir un équilibre adéquat entre services hospitaliers et ambulatoires. Les États membres se sont aussi attachés à améliorer les services d'orientation vers des spécialistes afin de renforcer le rôle des services de soins primaires. Les systèmes de santé ont commencé à promouvoir la gestion proactive de la santé. Étant donné que de plus en plus de problèmes de santé sont gérés et résolus efficacement dans des milieux de soins personnels, plusieurs États membres ont élargi leurs services pour inclure les pharmacies des communautés, les unités responsables en cas d'accident ou d'urgence et les soins prodigués en dehors des heures ouvrables, et ce grâce à la cybersanté et aux technologies de l'information. L'efficacité de ces modèles est maximale lorsqu'ils sont soutenus par de meilleures capacités de diagnostic et mettent l'accent sur la continuité et la gestion multidisciplinaire à long terme des maladies chroniques, de la morbidité multiple et des soins de fin de vie dans un milieu de soins primaires, au sein de la communauté et dans les foyers des patients. Les projets qui obtiennent de bons résultats tirent parti de flux d'information améliorés grâce à des partenariats opérationnels et à des réseaux de prestataires de soins. Ils impliquent souvent de nouveaux modèles de fourniture de services, pour améliorer l'organisation de ces services et promouvoir la continuité de soins efficaces et de haute qualité, le travail de nouvelles équipes multidisciplinaires et des formations complémentaires du personnel pour le développement de nouvelles compétences. Les États membres adaptent de plus en plus leurs services à la diversité de la population et aux besoins individuels, car ceux-ci varient selon le sexe, la culture, la langue et le statut sur le plan politique et économique.

53. Les États membres affectent les moyens davantage en fonction des besoins des personnes. Plusieurs États membres recourent à des incitants financiers ciblant les prestataires de services, pour réduire les temps d'attente, et des systèmes transparents de gestion de ces temps d'attente par chaque prestataire sont mis en place. Des enquêtes régulières sur les expériences des patients quant à l'accès aux services de santé et à l'utilisation de ces services ont également été d'importants moyens pour permettre aux systèmes de santé d'orienter et d'évaluer la réponse apportée aux besoins de la population. Enfin, on a fait état de divers services de cybersanté. Dans la plupart des cas, ceux-ci ne sont pas conçus spécifiquement pour améliorer la réactivité des systèmes de santé, mais plutôt comme des outils visant à réduire le volume des ressources financières et autres requises pour fournir des services, ce qui a amélioré l'accès des patients à ces services.

54. L'évolution de la répartition des tâches et des pathologies accentue l'importance d'une mise en correspondance de la formation (tant initiale que continue) des professionnels de la santé et des besoins des patients. La Région connaît un besoin croissant d'aligner la formation des professionnels de la santé avec les réformes des systèmes de santé et les besoins de la population. Cela a impliqué non seulement une réorientation vers les soins primaires, mais aussi une tendance, dans la Région européenne, à rendre la formation initiale plus interprofessionnelle, ce qui est un moyen d'améliorer la capacité des personnels de santé à mieux tenir compte des besoins des patients. Les États membres accordent plus d'attention à la formation professionnelle continue et à l'apprentissage tout au long de la vie pour garantir la sécurité du patient. Si plusieurs États

membres ont reconnu que la formation des professionnels de la santé était une priorité importante, il faut malgré tout un engagement plus décidé et un investissement accru dans les systèmes de formation transformationnels. Plusieurs pays interviennent pour améliorer le bien-être des professionnels de la santé afin de mieux les maintenir en poste et de leur permettre d'être à l'écoute des besoins.

55. Afin de renforcer leurs services pharmaceutiques, les États membres ont réexaminé le rôle du pharmacien et de la pharmacie pour les rendre plus à l'écoute des besoins de la population. L'innovation ne s'est pas limitée aux personnels de santé, mais est particulièrement importante pour les technologies de la santé et les produits pharmaceutiques. Les technologies et outils de cybersanté et de prescriptions électroniques sont employés dans toute la Région pour améliorer la réactivité et l'utilisation des services. On fait également appel aux technologies pour fournir des soins aux populations difficiles à atteindre. Alors que la cybersanté se répand, la sécurité des archives électroniques devient toujours plus importante.

5^e engagement – Faire participer les groupes concernés à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques

56. Tandis que le deuxième engagement se concentrait sur la collaboration avec d'autres secteurs, l'accent est mis ici sur les intervenants concernés, que ce soit dans le système de santé au sens plus large ou en dehors des pouvoirs publics.

57. Presque tous les pays ont rapporté que des mécanismes étaient en place pour l'envoi de commentaires et suggestions, afin de favoriser le dialogue entre des intervenants multiples et les décideurs politiques. La majorité des pays signalent l'existence de mécanismes bien définis pour encourager la participation de la société civile à la formulation de politiques sanitaires, afin d'aider les dirigeants des systèmes de santé à « tenir la barre » plutôt « qu'à ramer », comme il en a été question durant la Conférence de l'OMS sur la réforme des soins de santé en Europe, en 1996 (15). Les ministères ont souvent mobilisé les acteurs concernés en se servant de plates-formes en ligne pour recueillir un feed-back sur certaines législations, décisions, stratégies et politiques. On a, en particulier, cherché à obtenir les commentaires et suggestions des patients, ce qui a entraîné la nomination de médiateurs et la création d'organismes représentant les patients, même au sein des ministères de la Santé.

58. Les États membres font toujours plus souvent participer des groupements de professionnels et des groupes de population vulnérables au processus décisionnel, pour la détermination de priorités dans le cadre de stratégies nationales de la santé.

59. La décentralisation politique et administrative est un outil important pour la mobilisation d'une participation plus intense des acteurs concernés à la planification et à la mise en œuvre de la fourniture de services de santé. Certains pays ont aussi signalé qu'ils soutenaient la mise en place de partenariats opérationnels et de réseaux parmi les prestataires de soins. Plusieurs pays ont rapporté que des directives étaient en place pour promouvoir la participation de la population aux plans sanitaires et plans de soins de santé qui la concernent.

60. Dans le domaine du financement des systèmes de santé, on a observé dans certains pays une amélioration du dialogue avec les ministères des Finances et de la participation de ces derniers, notamment grâce aux efforts consentis conjointement par l'OCDE et l'OMS pour organiser des réunions entre responsables de la santé et des finances.

61. Les contacts avec d'autres acteurs concernés ont également été un outil essentiel pour le renforcement de la gestion des personnels de santé dans la Région. Il s'agit d'un domaine qui a aussi vu une participation massive d'organisations de la société civile. Des fédérations efficaces de professionnels de la santé prennent de l'importance dans toute la Région et offrent une possibilité capitale de faire intervenir davantage des spécialistes dans l'élaboration des politiques. Cependant, la plus grosse difficulté reste le cloisonnement entre les professions.

62. La création d'une vaste structure de politiques relatives aux médicaments est un processus progressif qui doit être incorporé dans les réformes globales de l'élaboration de politiques de santé. À cette fin, plusieurs États membres ont fait participer des intervenants concernés à l'élaboration de politiques nationales relatives aux médicaments et à des stratégies propres à un secteur particulier. Concernant les décisions prises au sujet des technologies dans la Région, davantage de responsabilités ont été déléguées par les autorités centrales aux autorités régionales.

6^e engagement – Favoriser l'apprentissage et la collaboration entre pays

63. Il y a un vaste échange d'informations sur l'élaboration de plans et de stratégies pour le renforcement des systèmes de santé, ainsi que sur l'intensification de l'apprentissage et de la recherche de solutions en matière de fourniture de services de santé. Presque tous les pays ont signalé des mesures dans ce domaine. Cependant, il semblerait que l'échange d'informations et l'apprentissage transfrontalier soient moins répandus dans le domaine de l'équilibre des dépenses entre les soins de santé, la prévention des maladies, la promotion de la santé et les besoins futurs.

64. La participation à des événements pour le dialogue multipays sur les politiques a suscité beaucoup d'intérêt chez les États membres de toute la Région. Le Bureau régional a joué un rôle s'agissant d'organiser les États membres autour de divers réseaux pour qu'ils fassent part de leurs expériences et de leurs pratiques de renforcement des systèmes de santé. Quelques exemples : le Réseau Régions-santé (16), le Réseau Santé de l'Europe du Sud-Est (17), le Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles (18) et le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS (19).

65. Par ailleurs, un certain nombre de pays, surtout ceux qui sont membres de l'UE, participent ensemble à des programmes de recherche et à des activités sur la fourniture de services de santé. Au total, 42 États membres ont signalé assister à des formations de l'OMS sur le financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle et le renforcement des systèmes de santé.

66. Il y a eu dans la Région des progrès significatifs et une collaboration internationale qui se poursuit en vue de l'amélioration et de l'harmonisation des définitions pour le recueil de données sur l'emploi et la formation des personnels de santé pour la base de

données commune OCDE/Eurostat/Bureau régional de l’OMS pour l’Europe. Les conclusions du projet PROMeTHEUS, sur la mobilité des professionnels de la santé dans et vers l’UE, fournissent aux décideurs politiques des bases factuelles sur l’impact de la mobilité au sein de l’UE, sur les motivations des travailleurs de la santé qui sont mobiles et sur l’efficacité des politiques pour la gestion des migrations. Le projet MoHProf, sur la mobilité des professionnels de la santé, a généré des bases factuelles sur la migration internationale des travailleurs de la santé dans 25 pays, l’accent étant mis sur la migration dans l’UE, vers l’UE et à partir de l’UE. La EU Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting [Action commune de l’UE sur la planification et les projections relatives aux personnels de santé] constitue une précieuse plate-forme pour la collaboration et l’échange entre États membres. Le processus de Bologne, qui a mis en place une sphère européenne de l’enseignement supérieur dans 47 pays, a également contribué à harmoniser les structures éducatives, de sorte que les professionnels de la santé sont assurés d’être employables dans toute la Région.

67. Les efforts visant à instaurer une synergie entre pays pour l’évaluation des technologies sanitaires représentent un important domaine de collaboration en matière de technologies de la santé et de produits pharmaceutiques. Dans ce domaine, les États membres de l’UE participent activement au réseau européen pour l’évaluation des technologies de la santé EUnet HTA, tandis que les pays d’Europe centrale et des Balkans sont membres d’Advancing and strengthening the methodological tools and policies relating to the application and implementation of Health Technology Assessment [Perfectionner et renforcer les outils méthodologiques et les politiques en rapport avec l’application et la mise en œuvre de l’évaluation des technologies de la santé], un partenariat de 13 membres d’un groupement dont l’objectif est de normaliser la méthodologie d’évaluation des produits médicaux et médicaments. Dans le domaine des technologies de la santé et des produits pharmaceutiques, les États membres coordonnent activement la surveillance, l’endigement et la prévention de l’apparition et de la propagation de la résistance aux antibiotiques dans la Région européenne. L’un des exemples est le réseau CAESAR (pour *Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance*, surveillance de la résistance aux antimicrobiens en Asie centrale et en Europe de l’Est), qui a réuni la European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (société européenne pour la microbiologie clinique et les maladies infectieuses), l’Institut national néerlandais pour la santé publique et l’environnement et le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe. L’objectif de CAESAR est de mettre sur pied un réseau de systèmes nationaux de surveillance de la résistance aux antimicrobiens dans tous les pays de la Région qui ne font pas partie du European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, le réseau de surveillance de la Commission européenne pour la résistance aux antimicrobiens. Ceci permettrait, à l’avenir, d’établir des rapports conjoints sur la résistance aux antimicrobiens pour les 53 pays de la Région, sur la base des mêmes normes et méthodologies.

7^e engagement – Veiller à ce que les systèmes de santé soient préparés aux crises et capables d’y répondre

68. Entre 1990 et 2015, quelque 50 millions d’habitants de la Région européenne de l’OMS ont été directement touchés par des catastrophes naturelles. Des systèmes de santé renforcés, bien préparés et bien gérés, peuvent contribuer efficacement à empêcher que des événements en rapport avec la santé ne déclenchent une crise de la sécurité. L’encadrement

solide assuré dans le cadre d'une bonne gestion est le fondement de systèmes de santé bien préparés et résilients. Les dirigeants des systèmes de santé sont de mieux en mieux préparés et épaulés pour superviser la planification de la préparation des systèmes de santé et la gestion des crises sanitaires, de sorte que le secteur de la santé puisse être prêt à assumer un rôle essentiel et une fonction de coordination, ainsi qu'à guider sur le plan technique d'autres secteurs confrontés à une crise sanitaire. Toutefois, étant donné la complexité croissante des problématiques de sécurité sanitaire, une réaction efficace requiert la collaboration étroite des gouvernements, des organisations internationales, de la société civile, du secteur privé et d'autres partenaires. Une préparation et une réaction efficaces aux crises sont régies par un certain nombre de principes (stratégiques) transsectoriels que l'OMS encourage les États membres à adopter.

69. L'OMS réforme actuellement son système d'interventions en cas d'urgence grâce à l'actualisation du cadre mondial d'action d'urgence de l'OMS, un document stratégique qui régit les interventions de l'OMS dans les situations d'urgence ayant des conséquences pour la santé publique. En outre, l'OMS possède un mandat international spécifique conféré par ses États membres : promouvoir et encadrer le Règlement sanitaire international (2005) (RSI). Les États parties au RSI sont tenus d'évaluer tout événement susceptible de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, quelle que soit sa cause (biologique, chimique ou radionucléaire) et son origine (accidentelle ou délibérée), et de notifier l'OMS à ce sujet. Pour une mise en œuvre efficace, les États parties ont été requis d'élaborer, avec le soutien de l'OMS, un plan national de mise en œuvre du RSI pour juin 2009 et de se doter des principales capacités nationales requises pour juin 2012. Dans la Région européenne de l'OMS, presque tous les pays ont mis en place ces capacités minimales requises ; seuls quelques-uns ont demandé une prolongation jusqu'en juin 2016. Désormais, l'accent est mis sur l'application du RSI au quotidien, de façon opérationnelle avec les capacités disponibles, sur la formation et sur la mesure des performances des points focaux nationaux pour le RSI. La majorité des États membres où le RSI a été mis en œuvre ont également rapporté l'existence de systèmes d'information et de voies de communication bien établies.

70. Le niveau d'activité signalé pour cet engagement est le plus élevé qui soit, à une exception près. La Région a connu une augmentation des capacités, notamment dans le domaine de la responsabilisation en matière de préparation aux urgences. Presque tous les pays, en plus de faire rapport sur la mise en œuvre du RSI, ont aussi signalé l'existence de plans d'urgence du secteur sanitaire, avec des mécanismes clairs de direction et de coordination pour garantir que des services sanitaires soient en place durant les situations d'urgence et les crises. La majorité des plans de préparation sont également intersectoriels, avec une unité d'administration publique chargée de coordonner la réaction aux situations d'urgence sanitaire.

71. Par ailleurs, plus de la moitié des pays ont rapporté l'existence d'un mécanisme visant à assurer le suivi et l'identification des risques environnementaux d'origine biologique, chimique et physique. Un certain nombre de pays ont explicitement indiqué que des mécanismes sont en place pour diffuser des informations et des avertissements à la population sur les risques environnementaux et autres risques sanitaires. Environ un quart des pays ont signalé que les plans d'urgence existants comprennent des dispositions pour le maintien de normes de sécurité sanitaire lors des voyages et dans les transports.

72. En outre, une attention et des investissements considérables ont été consacrés à l'amélioration de l'accès aux services d'urgence dans toute la Région et à la mise en place de services de triage efficaces afin de réagir à une brusque augmentation des demandes.

73. Il est essentiel, pour la préparation aux urgences et la gestion de celles-ci, de disposer de moyens financiers non seulement dans le budget du ministère de la Santé, mais aussi au niveau intersectoriel.

74. L'expérience clinique reste au centre de la formation des professionnels de la santé mais, en plus, la technologie est exploitée pour soutenir des objectifs de formation. Des démarches telles que les exercices de simulation et l'apprentissage à distance sont de plus en plus souvent adoptées dans la Région. Cependant, en l'absence de rapports sur des indicateurs ou d'audits officiels des personnels de santé, il est difficile de cerner les lacunes existantes dans les connaissances, aptitudes et capacités. Dans un certain nombre de pays, on développe des compétences de santé publique en matière de préparation, de planification et de prévention des situations d'urgence. L'*Association of Schools of Public Health in the European Region* (Fédération des écoles de santé publique de la Région européenne) a contribué à définir ces compétences de santé publique.

75. La capacité à réagir efficacement aux situations d'urgence repose sur une préparation précoce des produits médicaux, vaccins et technologies, afin de faciliter leur usage efficace en vue de l'admission et du traitement des victimes et des patients. En fonction de leur emplacement dans la Région européenne de l'OMS, certains pays ont signalé être confrontés à des obstacles et à des complications pour se procurer suffisamment de médicaments. Seule une poignée d'États membres ont mentionné des services de laboratoire sûrs. Les experts se sont dit préoccupés du fait que ce point est souvent une pierre d'achoppement pour la réaction aux situations d'urgence biologique/médicale. Plusieurs États membres ont investi dans des systèmes d'information pour aider à surveiller et à prévenir les situations d'urgence, ainsi qu'à assurer une coordination dans ces cas.

Conclusions

76. S'il est difficile d'attribuer directement à la Charte de Tallinn des activités, politiques ou interventions, les États membres ont néanmoins fait état, au cours des sept dernières années, d'une série d'activités de renforcement des systèmes de santé dans le contexte de cette Charte, et ce pour les quatre fonctions des systèmes de santé et conformément aux sept engagements pris dans le cadre de la Charte (comme représenté dans le tableau « fonction-engagement » décrit aux paragraphes 20 à 22 ci-dessus).

Crises financières et économiques

77. La Charte a été mise à l'épreuve par la crise financière et économique mondiale qui l'a suivie. Ce que les pays ont fait en réaction à la crise concernant leurs systèmes de santé donne une indication de la force des engagements dans la pratique, surtout dans des domaines clés comme par exemple promouvoir la solidarité, favoriser les partenariats et l'investissement intersectoriels et améliorer la capacité de réaction des systèmes de santé. À cet égard, alors que Santé 2020 s'impose petit à petit comme la politique-cadre

fondamentale pour la Région, cela ne peut que renforcer encore les activités visant à garantir des systèmes de santé plus durables et résistants dans la Région.

78. La crise financière et économique a eu un impact, grave dans certains cas, sur beaucoup de systèmes de santé de la Région. Grâce à des mesures fiscales prises avant la crise (par exemple, accumuler des réserves financières, mettre en place des formules contracycliques pour les transferts budgétaires des pouvoirs publics et assurer un système de santé adéquatement financé), ainsi qu'à des efforts consentis avant la crise pour limiter au maximum les lacunes de la couverture sanitaire et les paiements directs, certains pays étaient mieux préparés que d'autres à gérer une régression économique. Néanmoins, tous les pays touchés par la crise ont été confrontés à des difficultés similaires.

- Les systèmes de santé ont besoin de sources de revenus stables, prévisibles. L'interruption brusque des flux de recettes publiques peut rendre difficile le maintien des niveaux requis dans les soins de santé.
- Les réductions des dépenses publiques de santé à la suite d'un choc économique sont généralement effectuées à un moment où les systèmes de santé exigent plus, et pas moins, de ressources – par exemple, pour contrer les effets néfastes du chômage sur la santé et gérer une dépendance accrue à un accès à des services de santé financés par le secteur public.
- Des réductions arbitraires au niveau des services essentiels peuvent déstabiliser davantage le système de santé si elles provoquent un affaiblissement de la protection financière ainsi qu'une limitation de l'accès équitable aux soins et de la qualité même des soins dispensés, pour finalement entraîner une hausse des coûts à plus long terme. En plus d'être la source de nouvelles inefficacités, des réductions dans tous les domaines sont peu susceptibles de pallier les défaillances existantes, ce qui peut aggraver les contraintes budgétaires.

79. En réaction à la crise, la plupart des pays ont introduit des changements positifs (8). Beaucoup ont fait preuve d'ingéniosité s'agissant de mobiliser des recettes publiques pour le secteur de la santé, parfois d'une manière qui a amené des avantages supplémentaires : par exemple, en introduisant des taxes ayant des retombées positives pour la santé publique ou des mesures visant à rendre le financement de la santé plus équitable. La crise a suscité des interventions visant à améliorer la protection financière, notamment en étendant la couverture sanitaire à de nouveaux groupes de la population et en réduisant ou en supprimant les dépenses à charge de l'utilisateur. Confrontés à des pressions budgétaires croissantes, les pays ont également pris des mesures pour tirer davantage parti des ressources disponibles. En particulier, on a souvent fait des efforts pour renforcer la politique pharmaceutique. Cependant, les pays n'ont pas toujours pris les mesures nécessaires, n'ont pas toujours été capables d'atteindre les résultats souhaités et ont parfois introduit des changements susceptibles de nuire aux performances. En conséquence, un petit nombre de pays ont connu une réduction nette et durable des dépenses publiques de santé, et certaines bases factuelles indiquent qu'il y a eu augmentation des problèmes de santé mentale, de l'incidence de paiements directs catastrophiques et de besoins insatisfaits. Les preuves de ces effets négatifs pourraient s'accumuler si la crise persiste (notamment dans les pays où le chômage reste élevé) et si les conséquences à plus long terme d'importantes réductions des dépenses et de restrictions à la couverture sanitaire commencent à devenir apparentes.

80. Remédier au manque d'efficacité, tant à celle des systèmes qu'à celle des services de santé est, depuis quelques années, une importante priorité pour la plupart des États membres européens, et pas seulement à cause de la crise. Lorsque la situation à court terme contraint les autorités à réduire les dépenses publiques de santé, la Charte de Tallin met clairement l'accent sur la nécessité d'opérer des restrictions judicieuses pour limiter autant que possible les effets négatifs sur le bon fonctionnement du système de santé, tout en générant de la valeur et en facilitant la mise en place de réformes améliorant l'efficacité à plus long terme. Les systèmes de santé dirigés d'une main ferme, avec des dispositions efficaces pour la gouvernance, se sont révélés plus performants en général, et durant une crise en particulier. Étant donné la forte intensité de travail propre au secteur de la santé, la mise en œuvre de politiques de soutien aux personnels de santé est un aspect essentiel de ce processus. Avec le coût souvent élevé des produits médicaux, et en particulier celui de nombreux médicaments nouveaux, les pays se fient de plus en plus à un meilleur usage des bases factuelles et à l'élaboration de principes directeurs pour guider et justifier la sélection de médicaments rendus disponibles et remboursés. Dans toute la Région, on signale donc que le recours à l'évaluation des technologies sanitaires et à un investissement dans les technologies de la cybersanté sont des mécanismes utiles pour orienter les pays qui introduisent et utilisent de nouveaux produits, afin de donner des indications quant au remboursement tout en contribuant à la performance du système de santé et à une responsabilisation accrue.

81. Les États membres qui ont pris des décisions stratégiques, transparentes, intersectorielles et d'une portée considérable, avec un engagement décidé en faveur de l'équité, de la solidarité et de la protection financière, ont été mieux à même d'éviter de nuire à un bon fonctionnement.

82. La Charte de Tallinn a donc efficacement promu le cycle vertueux santé – systèmes de santé – prospérité. Lorsqu'ils sont associés à chacune des fonctions des systèmes de santé, les engagements de la Charte fournissent une structure valable grâce à laquelle peuvent être établies des priorités et peuvent être développées, pour le renforcement des systèmes de santé, des informations et des capacités requises pour protéger les budgets de la santé et améliorer la contribution de la santé et des systèmes de santé à la promotion de la prospérité et du bien-être de la société.

Cinquième anniversaire de la signature de la Charte de Tallinn

83. Afin de marquer les cinq années écoulées depuis la signature de la Charte de Tallinn et d'examiner à la fois les progrès réalisés et les voies à suivre potentielles, une réunion à haut niveau s'est tenue à Tallinn en octobre 2013 (10). Cette réunion a confirmé un enthousiasme considérable à mettre en œuvre les engagements de la Charte et à les relier au troisième pilier de Santé 2020 afin de contribuer à déterminer les priorités et les orientations pour le renforcement des systèmes de santé dans la Région.

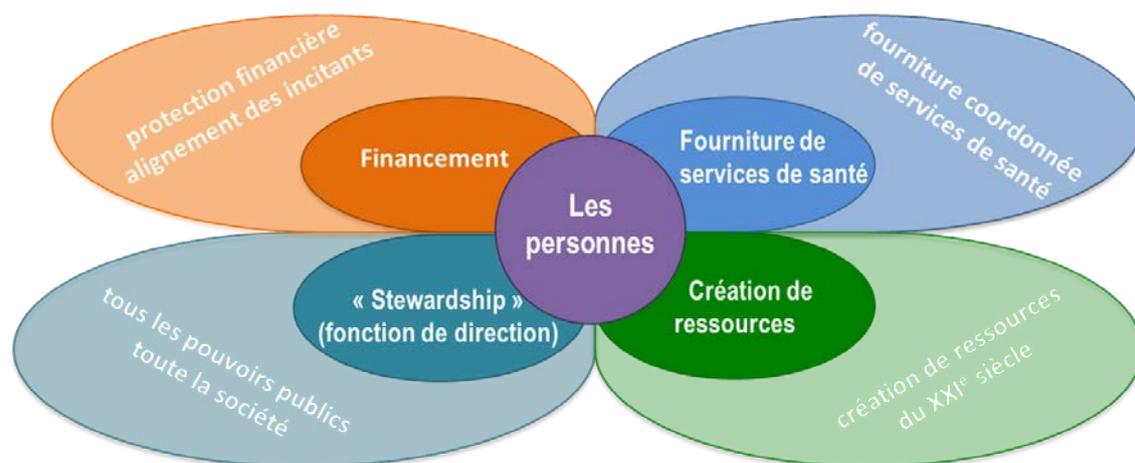
84. Malgré les progrès réalisés dans de nombreux domaines du renforcement des systèmes de santé depuis l'adoption de la Charte de Tallinn, plusieurs problèmes subsistent. La réorientation vers les soins primaires et la santé publique ne peut être accélérée pour obtenir de meilleurs résultats de santé qu'en tandem avec l'acquisition d'une meilleure compréhension des besoins du patient. Des millions de personnes continuent à éprouver des difficultés financières lorsqu'elles accèdent aux services de santé dont elles ont besoin. En matière de personnels de santé, il faut en faire plus pour élaborer

des stratégies ciblées correspondant mieux aux besoins du patient et de la population. Les cloisonnements persistants et le manque de mise en correspondance entre les aptitudes et l'organisation des prestataires, d'une part, et les besoins du patient, d'autre part, restent des points à améliorer. Les technologies de la santé et les produits pharmaceutiques devront aussi continuer à se tenir au diapason des exigences de la population et des innovations. Il convient également de disposer de plus d'informations ventilées, ce qui est essentiel pour cibler les déterminants sociaux de la santé et les inégalités dans le domaine sanitaire.

85. Dès lors, il a été convenu que, tandis que la Charte de Tallinn apporterait une réflexion sur les systèmes, Santé 2020 fournirait une politique-cadre cohérente pour des objectifs stratégiques et des priorités qui font le lien entre les bonnes politiques et la réflexion sur les systèmes. Ce contexte permet de poursuivre l'élaboration des fonctions d'une manière plus globale (voir fig. 2).

86. Conformément à la fig. 2 et sur la base des expériences nationales rapportées, les États membres ont proposé plusieurs domaines stratégiques prioritaires s'agissant de savoir comment orienter les activités de renforcement des systèmes de santé dans les prochaines années. Ils ont déterminé requérir plus d'aide pour la mise en œuvre de Santé 2020 et le renforcement des services de santé publique, ainsi que pour le renforcement des capacités des autorités locales de la santé publique, afin de mettre en œuvre les 10 opérations essentielles de santé publique énoncées dans le Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique (20). L'intégration et la coordination des services de soins primaires avec les services hospitaliers et les services de santé publique font partie des plus grandes difficultés relevées par les États membres, et des conseils ont également été requis sur la manière de renforcer la gestion des dispositions prises en ce sens et d'améliorer la formation et le déploiement des personnels de santé, notamment ceux des infirmières et d'autres personnels responsables des soins primaires, de manière à ce que ces personnels soient dotés des aptitudes nécessaires pour promouvoir ces modèles de fourniture de soins. Plusieurs États membres ont également demandé une aide pour l'évaluation des technologies de santé et le suivi des performances des systèmes de santé.

Figure 2. Les systèmes de santé dans le contexte de Santé 2020



87. Les États membres ont cerné plusieurs atouts de l’OMS, dont sa crédibilité, son impartialité, son pouvoir rassembleur et sa capacité à organiser des examens par les pairs, ainsi que la politique-cadre visionnaire Santé 2020 et la Charte de Tallinn. Pour le Bureau régional, quatre méthodes de travail essentielles étaient considérées comme particulièrement efficaces : a) générer et diffuser des bases factuelles ; b) responsabiliser les pays envers leurs populations ; c) renforcer les capacités au niveau régional et national ; d) fournir une aide technique taillée sur mesure pour chaque pays.

La voie à suivre

88. Les principes et engagements affirmés dans la Charte de Tallinn sont mis en œuvre dans des environnements stratégiques nationaux caractérisés par de la complexité, de l’incertitude, des enjeux élevés et, parfois, des valeurs antagonistes. En tant qu’ensemble d’engagements pour toute la Région européenne, axé sur une responsabilisation pour le bon fonctionnement des systèmes de santé, la Charte de Tallinn représente un exercice important, et des enseignements précieux ont été tirés de l’expérience acquise par les États membres et le Bureau régional lors de sa mise en œuvre.

89. Depuis, Santé 2020 a positionné la personne au centre des systèmes de santé. Ceci représente un changement radical, qui fait des patients des acteurs de première ligne dans le système de santé. Il est difficile de mettre en œuvre le changement transformateur requis pour penser davantage en termes de systèmes, pour des systèmes de santé plus centrés sur la personne. Cela demande d’accorder plus d’attention au rôle capital de gestion et de commandement exercé par les dirigeants du système de santé.

90. Dès lors, en tenant compte de toutes les considérations précédentes, le Bureau régional a élaboré un document stratégique de haut niveau sur les priorités pour le renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l’OMS 2015–2020 (document EUR/RC65/13), qui sera présenté au CR65. Grâce à la consultation des États membres, deux orientations stratégiques clés pour le travail ultérieur de renforcement de systèmes de santé centrés sur la personne ont été dégagées : a) transformer les services de santé pour relever les défis du XXI^e siècle ; b) évoluer vers une couverture sanitaire universelle pour une Europe libérée des dépenses de santé directes qui appauvrissent le patient.

91. Afin de transformer les services de santé pour relever les défis du XXI^e siècle, le Bureau régional aidera les États membres à :

- renforcer les capacités pour restructurer les services de santé publique ;
- garantir la continuité globale des services ;
- se départir des modalités traditionnelles de fourniture de services ;
- supprimer tous les cloisonnements entre niveaux et milieux de soins ;
- gérer les processus pour de meilleurs résultats.

92. Afin d’évoluer vers une couverture sanitaire universelle pour une Europe libérée des dépenses de santé directes qui appauvrissent le patient, le Bureau régional aidera les États membres à :

- promouvoir des politiques visant à limiter les paiements directs ;

- assurer un financement public adéquat pour les systèmes de santé ;
- lutter contre la fragmentation des canaux de financement des systèmes de santé ;
- adopter des mécanismes d'achats stratégiques ;
- prendre des décisions efficaces et équitables quant à la couverture.

93. Par conséquent, la mission du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe reste de soutenir les États membres en vue du renforcement de leur système de santé, afin d'accélérer les bienfaits pour la santé, de lutter contre les inégalités dans le domaine sanitaire, de garantir la protection financière et de veiller à l'usage efficient des ressources de la société par des démarches pangouvernementales et pansociétales. Cela implique de répondre aux divers besoins de l'ensemble de la population, en accordant une attention particulière aux valeurs de la solidarité et de l'équité. En d'autres termes, personne ne devrait être confronté à des difficultés financières en accédant aux services de santé dont il ou elle a besoin. L'accent doit être mis sur l'efficacité afin de ne pas gaspiller de précieuses ressources. Cela exige également une plus grande transparence et un engagement renouvelé envers l'évaluation de la performance pour garantir une responsabilisation. Tout ceci se reflète dans l'esprit et le texte de la Charte de Tallin de 2008.

94. Cette Charte continue d'inspirer et d'agir comme un étendard pour le renforcement des systèmes de santé dans la Région et au-delà. Tel était le message fort envoyé par les États membres dans leurs réponses au questionnaire de consultation. Ainsi, la Charte de Tallinn représente un point focal solide dans le troisième pilier de la politique-cadre Santé 2020, qui inscrira les engagements dans un programme plus vaste, plus complet pour la santé en Europe.

Références

- (1) La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88604/E91439.pdf?ua=1, consulté le 17 juillet 2015).
- (2) La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 1996 (EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 Rev.1 ; <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>, consulté le 20 juillet 2015).
- (3) Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/fr/>, consulté le 20 juillet 2015).
- (4) Figueras J, McKee M, eds. Systèmes de santé, santé et prospérité : évaluation des arguments en faveur d’un investissement dans les systèmes de santé. Maidenhead: Open University Press; 2012 (European Observatory on Health Systems and Policies Series; <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications2/2011/health-systems,-health,-wealth-and-societal-well-being.-assessing-the-case-for-investing-in-health-systems>, consulté le 17 juillet 2015).
- (5) Interim report on implementation of the Tallinn Charter and the way forward. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (EUR/RC61/Inf.Doc./2, <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/information-documents/inf-doc-2-interim-report-on-implementation-of-the-tallinn-charter-and-the-way-forward>, accessed 8 June 2015).
- (6) Santé 2020 : un cadre politique européen à l’appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, consulté le 17 juillet 2015).
- (7) Eurostat : votre clé d’accès à la Statistique européenne In : Commission européenne/Eurostat/Données/Base de données Bruxelles : Commission européenne ; (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, consulté le 17 juillet 2015).
- (8) Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies; 2014 (Policy Summary 12; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/economic-crisis,-health-systems-and-health-in-europe-impact-and-implications-for-policy>, accessed 8 June 2015).

- (9) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Regional: final report. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; 2013, updated reprint 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>, accessed 8 June 2015).
- (10) Health systems for health and wealth in the context of Health 2020: follow-up meeting on the 2008 Tallinn Charter. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2014 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/10/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020/documentation/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020follow-up-meeting-on-the-2008-tallinn-charter>, accessed 8 June 2015).
- (11) Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf, accessed 8 June 2015).
- (12) Tello J et Baez-Camargo C, éditeurs. Mieux responsabiliser les systèmes de santé : une étude multipays de la Région européenne de l’OMS. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2015 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/strengthening-health-system-accountability-a-who-european-region-multi-country-study>, consulté le 20 juillet 2015)
- (13) Health systems performance assessment: a tool for health governance in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>, accessed 8 June 2015).
- (14) Case studies on health system performance assessment: a long-standing development in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>, accessed 8 June 2015).
- (15) WHO Conference on European Health Care Reforms, Ljubljana, Slovenia, June 1996: proceedings of the conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>, accessed 8 June 2015).
- (16) The Regions for Health Network: accelerating the delivery of improved population health. In: WHO/Europe/About us/Networks/Regions for Health Network/About RHN [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn/about-rhn>, accessed 8 June 2015).
- (17) South-eastern Europe Health Network (SEEHN). In: WHO/Europe/About us/Networks [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015

(<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>, accessed 8 June 2015).

- (18) Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet) Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet) In: WHO/Europe/Données et bases factuelles/Élaboration de politiques inspirées de bases factuelles/Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles (EVIPNet) Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2015 (<http://www.euro.who.int/fr/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/evidence-informed-policy-network-evipnet>, consulté le 20 juillet 2015).
- (19) WHO European Healthy Cities Network. In: WHO/Europe/Health topics/Environment and health/Urban health/Healthy cities [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>, accessed 8 June 2015).
- (20) Plan d’action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Copenhague : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ; 2012 (EUR/RC62/12 Rev.1 ; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>, consulté le 20 juillet 2015).

= = =