



LA
POLITIQUE-CADRE
DE LA
SANTÉ POUR TOUS
DANS LA
RÉGION EUROPÉENNE
DE L'OMS

**VERSION
ACTUALISÉE
DE 2005**

La politique-cadre
de la **Santé pour tous**
de la Région européenne de l'OMS

Version actualisée de 2005

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies qui est chargée de diriger et de coordonner les activités internationales relatives aux questions sanitaires et de santé publique. Conformément à sa constitution, l'OMS doit diffuser des informations et des conseils objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine. Elle s'acquitte de cette tâche notamment par le biais de ses publications, qui visent à aider les pays à élaborer des politiques favorables à la santé publique et de nature à remédier aux problèmes les plus préoccupants qui se posent dans ce domaine.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'Organisation. Chacun d'entre eux a son programme distinct, qui est adapté aux problèmes de santé propres aux pays qu'il dessert. La Région européenne, peuplée d'environ 880 millions d'habitants, s'étend de l'océan Arctique au nord à la Méditerranée au sud et de l'Atlantique à l'ouest au Pacifique à l'est. Le programme européen de l'OMS aide tous les pays de la Région à optimiser leurs politiques, systèmes et programmes de santé ; à prévenir et à surmonter les menaces d'ordre sanitaire ; à se préparer aux problèmes de santé futurs ; et à préconiser et à mettre en œuvre des actions de santé publique.

Pour que des informations et des recommandations dignes de foi sur des questions sanitaires soient disponibles aussi largement que possible, l'OMS a mis en place un réseau international étendu pour la diffusion de ses publications et encourage la traduction et l'adaptation de celles-ci. Les ouvrages de l'OMS contribuent à promouvoir et protéger la santé et à prévenir et combattre la maladie, favorisant ainsi l'accomplissement de progrès vers l'objectif principal de l'Organisation : la jouissance par tous du meilleur état de santé possible.



La politique-cadre
de la **Santé pour tous**
de la Région européenne de l'OMS

Version actualisée de 2005

Série européenne de la Santé pour tous n° 7

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS
Politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS :
version actualisée de 2005

(Série européenne de la Santé pour tous n° 7)

1. Santé pour tous 2. Politique sanitaire 3. Priorités en santé 4. Planification régionale santé
5. Planification stratégique 6. Europe I. Série

ISBN 92-890-2383-X
ISSN 1012-7364

(Classification NLM : WA 540)

ISBN 92-890-2383-X

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

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

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

© Organisation mondiale de la santé 2005

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

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux, désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes ou exactes, et ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable de dommages qui pourraient découler de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs ou rédacteurs ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou sa politique.

Imprimé au Danemark

Table des matières

<i>Avant-propos</i>	vii
1. Contexte et raison d'être de l'actualisation	1
Raison d'être	1
Nature de la présente version actualisée :	
ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas	4
Continuité par rapport aux initiatives connexes.	6
2. L'historique de la Santé pour tous	9
Le mouvement mondial de la Santé pour tous	9
La Santé pour tous dans la Région européenne	10
3. Principales caractéristiques d'une politique de la Santé pour tous.	13
Inspirée par des valeurs	13
La Santé pour tous repose sur une conception large de la santé.	14
Les systèmes de santé considérés comme le cadre de la Santé pour tous.	17
La santé dans l'ensemble des politiques.	19
4. La Santé pour tous dans les pays de la Région européenne de l'OMS ...	21
Les politiques de la Santé pour tous dans les États membres	22
Comment la politique européenne de la Santé pour tous a-t-elle influencé l'élaboration des politiques de santé nationales ?	27
La planification du financement, de l'infrastructure et de la surveillance d'une politique.	31
Les politiques nationales de la Santé pour tous ont-elles influé sur la mise en œuvre des initiatives de santé ?	32

5. La gouvernance éthique et les valeurs de la Santé pour tous	35
Introduction	35
La santé dans le cadre juridique des droits de l’homme	39
La santé dans le cadre éthique commun :	
les valeurs de la Santé pour tous	42
Gouvernance éthique reposant sur des valeurs	51
6. Une panoplie de la Santé pour tous : des moyens concrets	
de mettre en œuvre les valeurs de la Santé pour tous	55
Comment les responsables de la politique de santé peuvent-ils	
mettre en place un cadre de gouvernance éthique ?	56
Comment les responsables politiques peuvent-ils	
incorporer des données à jour dans leur politique de santé ?	63
Comment les responsables de l’élaboration de la politique de santé	
peuvent-ils évaluer la mise en œuvre de valeurs inspirant la politique ? .	68
Comment les responsables politiques peuvent-ils	
rationaliser davantage les politiques et les actions de santé ?	71
7. Vers la Santé pour tous : points à vérifier par les décideurs	77
La politique soutient-elle les valeurs fondamentales de la	
Santé pour tous ?	77
La politique reflète-t-elle une vision large de la santé ?	79
Dans quelle mesure le système de santé témoigne-t-il	
d’une adhésion à la Santé pour tous ?	80
Comment d’autres facteurs influencent-ils l’adoption	
et la mise en œuvre d’une politique de la Santé pour tous ?	82
8. Conclusion	85
Références	87
Annexe 1. Comité régional de l’Europe – principaux documents	
d’orientation pertinents dans le cadre du processus de la Santé pour tous . .	93

Avant-propos

Cet ouvrage présente la version actualisée (2005) de la politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS, adoptée lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, en septembre 2005. Il ne s'agit pas d'une nouvelle politique, mais bien de la troisième version actualisée de la stratégie de la Santé pour tous initialement approuvée par la Région en 1980. La précédente actualisation, réalisée en 1998 et connue sous le nom de SANTÉ21, a été analysée et réaffirmée, et les connaissances et expériences accumulées depuis ont été incorporées. Elle reflète également les résultats d'une grande consultation menée auprès des États membres au début de 2005.

La version actualisée de 2005 a été conçue comme un cadre de référence, pas comme un mode d'emploi, proposant aux décideurs nationaux une architecture possible pour la politique de santé – une architecture basée sur des valeurs. Elle reflète également un large consensus – le fait que la définition d'objectifs au niveau régional ne tient pas compte de l'énorme diversité des différents pays de la Région sur le plan social, économique et sanitaire. Dès lors, si la version actualisée de 2005 ne comprend pas d'objectifs régionaux, elle souligne malgré tout fortement l'utilité d'objectifs aux niveaux national et sous-national. Enfin, cet ouvrage s'efforce de démontrer que les valeurs de la Santé pour tous ne sont pas que des aspirations abstraites, mais qu'elles peuvent être mises en pratique. Il présente, pour les décideurs, des outils pragmatiques pouvant leur permettre d'éprouver et de contrôler que leurs politiques, programmes et systèmes nationaux de santé correspondent aux valeurs partagées par la société.

Un processus continu de la Santé pour tous est proposé comme forum d'échange d'informations et d'expériences généré aux niveaux national et sous-national. Lors de la consultation et des débats qui ont eu lieu au Comité régional, en septembre 2005, un certain nombre d'idées intéressantes ont déjà été formulées. Les pays se sont montrés particulièrement intéressés par de nouvelles recherches, une plus grande attention pour la dimension financière des politiques de la Santé pour tous,

une analyse approfondie permettant de vérifier si les systèmes de santé fonctionnent conformément à une gouvernance éthique basée sur des valeurs et l'élaboration d'une série d'éléments de référence pour la mise en œuvre progressive de la Santé pour tous, ainsi que d'indicateurs concrets pour l'analyse comparative entre les pays.

Dr Marc Danzon
Directeur régional
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

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

Raison d'être

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

Une obligation et une occasion à saisir

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

Consultation et orientation

Le dixième Comité permanent du Comité régional a constamment été associé au réexamen de la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne. Il a orienté la conception, le processus et la méthode de l'actualisation. Il a suggéré que l'éthique du système de santé doit être au cœur de cette actualisation et a approuvé les valeurs fondamentales qui sous-tendent la Santé pour tous et la SANTÉ21 : la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS, version actualisée de 1998 (2). Le Comité permanent a également demandé que l'actualisation tienne compte de la situation politique et économique actuelle et de la nécessité de plus en plus marquée de traduire les

valeurs en principes directeurs et en outils pratiques, malgré la grande complexité d'une telle entreprise. Enfin, il a instamment demandé la mise au point du concept de gouvernance éthique, conçu comme un moyen novateur d'établir des liens entre les valeurs et la mise en pratique (3).

Le Comité régional a évoqué cette mise à jour lors de deux sessions, avant et pendant sa préparation. À la cinquante-troisième session, les États membres sont convenus que l'actualisation devrait assurer la continuité avec la SANTÉ21, tout en tenant compte des connaissances nouvelles et des évolutions récentes, et que l'actualisation devrait fondamentalement mettre l'accent sur des politiques de santé publique axées sur le savoir et sur l'éthique des systèmes de santé (4,5). Le Comité régional a également approuvé la méthode et la démarche adoptée par le Bureau régional pour l'élaboration de l'actualisation. Ensuite, un rapport d'avancement a été présenté aux États membres lors de la cinquante-quatrième session du Comité régional (6).

Démarche et méthode

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

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

L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a répondu à cette question en procédant à une analyse très complète de la politique de la Santé pour tous telle qu'elle a été mise en application dans la Région européenne. Pour ce faire, l'Observatoire a entrepris deux études en 2003. La première donne une vue d'ensemble de l'adoption effective et de l'utilisation des concepts de la Santé pour tous dans les États membres. La seconde étude, qui est toujours en cours au moment de la publication de la présente version actualisée, évalue les expériences des pays en ce qui concerne des programmes axés sur des buts sanitaires et décrit la conception et la mise en œuvre des buts sanitaires nationaux. Certaines des conclusions de ces études sont présentées à la partie 4.

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

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

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

Leurs conclusions sont présentées à la partie 5.

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

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

Enfin, la partie 7 permet aux décideurs de déterminer dans quelle mesure leur politique sanitaire nationale favorise la Santé pour tous.

Nature de la présente version actualisée : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas

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

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

Il importe de souligner que le présent document n'est qu'une version actualisée de la politique-cadre européenne de la Santé pour tous et non une nouvelle politique. Sept années seulement se sont écoulées depuis l'adoption de la SANTÉ21. Vu que cet intervalle de temps est relativement court, le Comité permanent du Comité régional a estimé qu'il était prématuré d'élaborer et de proposer une politique entièrement nouvelle pour la Région (3).

Dans le cadre de la formulation de la politique de la Santé pour tous pour la Région européenne, il est coutume de **fixer des objectifs**. Ces derniers temps, cependant, il s'est dégagé un consensus selon lequel l'adoption de buts com-

muns pour tous les pays de la Région peut souvent être artificielle, inéquitable ou simplement peu mobilisatrice. En effet, cela ne tient pas compte d'importantes différences entre les États membres sur le plan de la santé publique et du développement économique. Néanmoins, la fixation de buts peut être utile au niveau national et parfois sous-national. Des buts nationaux peuvent constituer un excellent outil de mise en œuvre et d'orientation, ainsi qu'un moyen qui permet à un pays de définir son degré d'ambition. En outre, lorsque toutes les parties prenantes sont associées au processus, la définition de buts sanitaires nationaux peut contribuer à assurer leur adhésion à la politique de santé.

Les recommandations qui figurent dans cette version actualisée ne sont pas exhaustives et ne portent pas non plus sur tous les domaines de la santé publique. Au lieu de ça, elles mettent l'accent sur des aspects et méthodes qui sont nouveaux ou ont évolué de façon importante depuis 2000. Bien que la SANTÉ21 ait été adoptée assez récemment, les systèmes de santé des États membres ont beaucoup évolué dans l'intervalle. L'expérience et les connaissances acquises sont partiellement présentées ici.

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

nationaux et sous-nationaux et établir un lien entre ces derniers et les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies.

La plupart des ces idées ont été avancées par des pays au cours de la consultation relative à la présente actualisation. Elles ne représentent que quelques-unes des nombreuses possibilités d'activités et de changements au niveau national qui pourraient contribuer à conférer au processus européen de la Santé pour tous une nouvelle dynamique sur une période indéterminée. Le processus pourrait fonctionner comme un forum d'échange d'informations, de données d'expérience et d'idées nouvelles. À leur tour, les versions actualisées nationales et sous-nationales pourraient apporter des enrichissements et des idées nouvelles pour contribuer à l'évolution constante de la politique de la Santé pour tous de la Région, selon un processus permanent de renouvellement et d'amélioration. Cela constituerait le meilleur témoignage de la pertinence et de l'utilité de ce document. Par ailleurs, il est à espérer que la présente actualisation constituera un précieux outil de promotion de l'éthique dans les nouvelles politiques de santé.

Continuité par rapport aux initiatives connexes

Continuité par rapport à la SANTÉ21

Le mouvement de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS se caractérise par sa continuité, et la présente actualisation constitue l'étape la plus récente d'une évolution constante. Depuis son adoption en 1998, la SANTÉ21 a reçu un accueil très favorable dans toute la Région. Ce document-cadre présente une vision large de la santé publique, reposant sur les valeurs fondamentales du mouvement mondial de la Santé pour tous, et décrit la démarche et l'orientation générales que les différents pays pourraient adopter. Il reste valable, et la présente version actualisée réaffirme que la SANTÉ21 est la politique-cadre large qui guide les activités que le Bureau régional mène pour aider les États membres.

La version actualisée de 2005 soutient et renforce les valeurs, les principes fondamentaux, le champ d'application et la philosophie de la SANTÉ21. Plus précisément, elle réitère les principes de base suivants, qui étayaient sa structure.

- Le but ultime de la politique de santé est de réaliser pleinement le potentiel de santé de chacun.
- Il est essentiel de combler l'écart de santé entre pays et dans les pays, pour la santé publique dans la Région (en d'autres termes, la solidarité).

- La participation de chacun est cruciale pour le développement sanitaire.
- Le développement sanitaire passe uniquement par des stratégies multisectorielles et des investissements intersectoriels qui portent sur les déterminants de la santé.
- Chaque secteur de la société est responsable des incidences sanitaires de ses activités.

En particulier, la version actualisée répond à la demande énoncée dans la SANTÉ21 de « fournir des outils mis à jour et reposant sur des données probantes qui pourront être utilisées par les pays pour traduire les politiques axées sur la Santé pour tous dans les faits ». Enfin, elle réaffirme l'importance des 21 buts de la SANTÉ21 parce qu'ils « offrent un cadre d'action pour la Région tout entière et peuvent servir de source d'inspiration pour la fixation de buts aux niveaux national et local ». La SANTÉ21 décrit son propre ensemble de buts en indiquant qu'ils ne sont pas prescriptifs mais que, pris ensemble, ils constituent l'essence de la politique régionale (7). La présente version actualisée conserve cette conception souple.

En bref, le présent document amplifie la fonction de la SANTÉ21, qui est « fondamentalement une charte pour la justice sociale, qui offre un guide reposant sur des données scientifiques et montrant la voie vers un meilleur développement sanitaire et qui décrit un processus permettant une amélioration progressive de la santé des individus ».

Cohérence avec d'autres stratégies importantes concernant la politique de santé

De plus, cette version actualisée de la Santé pour tous est en harmonie avec d'autres grandes déclarations sur la politique de santé. Par exemple, elle a été établie en parallèle avec le **onzième Programme général de travail de l'OMS**, qui est toujours en cours d'élaboration et qui, lorsqu'il sera adopté en 2006, indiquera les principales orientations des activités de l'OMS jusqu'en 2015. Ces deux documents ont en commun un ensemble de caractéristiques fondamentales, notamment le fait qu'ils se fondent tous deux sur les valeurs essentielles de l'OMS et de la Santé pour tous, qu'ils réaffirment que ces valeurs guident l'action de l'OMS, qu'ils mettent l'accent sur les droits et besoins des populations vulnérables et qu'ils autorisent de la souplesse dans la mise en œuvre de la politique suivant les divers contextes nationaux.

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

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

2. L'historique de la Santé pour tous

Le mouvement mondial de la Santé pour tous

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

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

Depuis lors, il a été demandé instamment aux États membres de tenir compte du concept de Santé pour tous lorsqu'ils élaborent des politiques et des plans d'action. On estimait qu'en interprétant la Santé pour tous dans un contexte

national social, politique et de développement, chaque pays serait en mesure de contribuer au but mondial de la Santé pour tous à l'horizon 2000.

L'appel en faveur de la Santé pour tous était et reste fondamentalement un appel pour la justice sociale, l'équité et la solidarité, et une action sociétale dont l'objet est l'unité dans la diversité. Il ne s'agit pas d'atteindre un but unique limité mais d'engager un processus grâce auquel les pays améliorent progressivement la santé de tous leurs citoyens. Dans le monde entier, l'OMS est restée fidèle à son propre engagement en faveur de la Santé pour tous :

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

La Santé pour tous dans la Région européenne

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

Après le lancement initial de la politique européenne de la Santé pour tous, le Comité régional a demandé l'élaboration de buts régionaux précis pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie régionale. De tels buts étaient jugés nécessaires pour motiver les États membres et les engager activement vis-à-vis de la Santé pour tous. La première version de la politique et des buts de la Santé pour tous à l'appui de la stratégie régionale a été adoptée en 1984 (19). Ils offraient une conception large mais précise du développement sanitaire dans la Région. Ils présentaient également un cadre éthique clair pour l'élaboration d'une poli-

tique, au lieu de se focaliser uniquement sur les ressources destinées aux services de santé (ce qui est caractéristique d'un secteur de santé replié sur lui-même et axé sur l'hôpital) ; ils mettaient également l'accent sur les résultats, en encourageant une réorientation vers un secteur de santé tourné vers l'extérieur et privilégiant les soins de santé primaires. En outre, 65 indicateurs liés aux 38 buts régionaux ont été établis, de façon à mesurer les progrès accomplis.

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

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

En 1998, une politique-cadre européenne révisée de la Santé pour tous, intitulée SANTÉ21, a été adoptée (1). Elle tenait compte des bouleversements qui s'étaient produits dans la Région depuis l'adoption de la précédente politique régionale, y compris l'apparition de 20 nouvelles sociétés pluralistes et de leurs points de vue nouveaux, ainsi que, malgré de nombreuses évolutions positives, de graves récessions économiques qui avaient engendré de sérieuses crises dans le secteur de la santé. La SANTÉ21 énonce deux buts principaux, trois valeurs fondamentales et quatre grandes stratégies. Ses 21 buts constituaient également des points de repère pour mesurer les progrès accomplis dans l'amélioration et la protection de la santé et dans la réduction des risques sanitaires.

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

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

Inspirée par des valeurs

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

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

La Santé pour tous incorpore également la valeur de solidarité (étroitement liée à la précédente), que l'on interprète généralement comme la responsabilité collective de la société. Dans le contexte de la Santé pour tous, la solidarité signifie que chacun(e) contribue au système de santé en fonction de ses moyens. La solidarité peut être considérée comme un moyen d'assurer l'équité. Une politique

de santé qui défend la solidarité contrebalance plus efficacement l'impact inégal des déterminants de la santé sur l'accès aux services et l'issue des problèmes de santé. En revanche, une politique de santé qui n'accorde pas d'importance à la solidarité favorise généralement ceux qui sont riches, instruits et prompts à tirer parti des possibilités d'obtenir des soins de santé.

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

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

La Santé pour tous repose sur une conception large de la santé

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

Une conception large au sein du secteur de santé

Aux termes de la politique-cadre de la Santé pour tous, une politique de santé ne doit pas porter uniquement sur les soins aux patients. Aujourd'hui, cette conception semble être largement répandue, en particulier dans les pays qui ont

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

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

- Les **soins aux patients** constituent un élément essentiel, mais non unique d'une démarche axée sur la Santé pour tous.
- La **prévention** comprend des activités telles que la vaccination, la surveillance sanitaire et les programmes de détection précoce, qui tendent tous à être bien intégrées dans les soins de santé courants.
- La **promotion de modes de vie sains** concerne des questions telles que la nutrition, l'exercice physique et la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues. La nécessité de favoriser des modes de vie sains est largement reconnue, mais souvent seulement de façon abstraite. Lorsqu'il s'agit de promouvoir la santé dans le cadre d'une politique et de financer cette démarche, les progrès peuvent être très lents.
- Les **mesures à l'égard des déterminants de la santé** sont étroitement liées à

la promotion de la santé, mais vont au-delà du comportement individuel pour aborder certains aspects de l'environnement physique, social et économique qui ont des effets sur la santé, en particulier la pauvreté. Les mesures concernant les déterminants de la santé comprennent des dispositions législatives, l'élaboration de politiques et une action de sensibilisation intersectorielle (voir encadré n° 1).

ENCADRÉ N° 1. MESURES À L'ÉGARD DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

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

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

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

Une conception large qui dépasse le secteur sanitaire

Dans la philosophie de la Santé pour tous, le secteur sanitaire ne supporte pas à lui seul la responsabilité de l'amélioration de la santé. Il existe beaucoup trop d'exemples de cas où les politiques menées dans d'autres secteurs aggravent des problèmes de santé que le secteur sanitaire doit ensuite prendre en charge. Ces problèmes peuvent être évités en associant d'autres secteurs au processus d'amélioration de la santé. Le tabac, l'alcool et la nutrition sont trois exemples parmi d'autres de domaines dans lesquels il est avantageux que le secteur sanitaire coopère avec d'autres secteurs tels que l'environnement, l'éducation, l'agri-

culture et l'industrie. Une coopération intersectorielle accroît l'efficacité et multiplie les possibilités d'interventions sanitaires. Par exemple, le développement des systèmes de santé devrait figurer en bonne place à l'ordre du jour du développement local, régional et national, plutôt que d'être confiné au secteur de la santé sous la forme d'un poste des dépenses publiques.

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

Les professionnels extérieurs au secteur de la santé, comme les enseignants ou les économistes, peuvent aussi jouer un rôle important dans le domaine sanitaire. Or, il ne faut pas oublier que ces personnes ne sont souvent que les éléments les plus visibles d'autres secteurs exerçant un impact sur la santé. Il convient par conséquent d'établir des liens entre des valeurs telles que l'équité en matière de santé à l'entière structure de chacun de ces secteurs.

Les systèmes de santé considérés comme le cadre de la Santé pour tous

Les systèmes de santé sont des institutions sociales et, dès lors, leur développement doit aussi s'inspirer de valeurs. Pour qu'un système national de santé soit en harmonie avec la conception et les valeurs de la Santé pour tous, il doit présenter plusieurs caractéristiques importantes (21).

- **Disponibilité universelle.** Il doit exister un nombre suffisant d'établissements, de biens et de services de santé et de santé publique pour répondre aux besoins de tous les habitants du pays. Les capacités des programmes doivent également être suffisantes. Ce qui est nécessaire dépend du contexte et du niveau de développement du pays considéré.
- **Accessibilité universelle.** La nécessité de l'accessibilité existe pour tous les éléments du secteur sanitaire, mais revêt une importance particulière dans le cadre des soins primaires. L'accessibilité a une dimension économique (accessibilité financière), une dimension géographique (accessibilité physique), une dimension éthique et relative aux droits de l'homme (accessibilité pour tous les groupes de la population de façon égale et sans

discrimination) et une dimension de communication (accessibilité de l'information).

- **Acceptabilité universelle.** L'ensemble des établissements, des biens et des services de santé, y compris la communication et l'information, doivent être culturellement appropriés et respectueux des différences et des traditions culturelles.
- **Amélioration de la qualité.** Les mécanismes assurant l'amélioration constante des services de santé ont pris de plus en plus d'importance dans le cadre des politiques de la Santé pour tous. Les avantages résultant d'une telle amélioration doivent être répartis équitablement entre tous les groupes sociaux et ne pas être réservés à ceux qui peuvent payer. Les efforts d'amélioration de la qualité doivent porter sur la mesure dans laquelle certains changements peuvent améliorer la santé. Par exemple, l'adoption de méthodes qui garantissent la sécurité du patient est une façon efficace d'améliorer la qualité. Les avantages résultant de l'amélioration de la qualité sont une meilleure santé, une amélioration des relations entre le grand public et les professionnels de santé et une diminution des échecs coûteux de traitement.

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

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

La santé dans l'ensemble des politiques

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

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

législation communautaire renforce la cause de la santé dans toutes les politiques ayant des effets sur le développement social et économique des États membres de l'UE.

Un ensemble de valeurs partagées facilite l'instauration et le maintien de partenariats internationaux pour la santé. À l'heure actuelle, un grand nombre de politiques techniques de la Région européenne sont imprégnées du concept et des valeurs de la Santé pour tous, qui caractérisent aussi les engagements pris par les États membres devant le Comité régional (voir annexe 1). Si les principaux acteurs de la santé publique inscrivaient dans la politique le concept de la gouvernance éthique fondée sur des valeurs, ce serait un grand pas en avant pour la Région (voir partie 6).

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

La présente section rend compte des conclusions d'une étude exploratoire réalisée par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé en 2003-2004. Celui-ci a analysé l'influence de la Santé pour tous sur les politiques de santé nationales des 52 États membres de la Région européenne de l'OMS. (Il a été tenu compte séparément des positions sous-nationales des États membres eu égard à la décentralisation actuellement en cours dans certains pays.) Aux fins de cette étude, une politique de santé nationale a été considérée comme une politique de la Santé pour tous si elle répondait à quatre critères :

- elle indique dans un document la volonté de s'inspirer de la Santé pour tous;
- elle adopte une optique multisectorielle ;
- elle est explicitement axée sur des valeurs ;
- elle énonce des buts sanitaires.

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

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

- Un important écart demeure entre l'élaboration d'une politique de la Santé pour tous et sa mise en œuvre effective.

Les politiques de la Santé pour tous dans les États membres

Les politiques nationales et sous-nationales

Parmi les 52 documents énonçant une politique de santé qui ont été analysés, 40 répondent aux quatre critères de la Santé pour tous énumérés plus haut. Neuf de ces documents ne sont que des projets de politique de santé, quoique certains États membres qui élaborent actuellement une telle politique avaient déjà précédemment mis en œuvre une politique de la Santé pour tous. En ce qui concerne les 12 autres États membres, deux ont établi des documents de politique de santé sectorielle qui répondent à tous les critères sauf celui du caractère multisectoriel. La Fédération de Russie représente un cas à part : elle a publié un certain nombre de documents énonçant une politique de la Santé pour tous axée sur des secteurs déterminés (notamment la prestation de soins de santé).

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

Calendriers

Un calendrier d'une politique de la Santé pour tous va de sa date de début à sa date de fin, qui correspond au moment où les buts sanitaires sont censés avoir été atteints. Trente-six des documents énonçant une politique de la Santé pour tous ont une date de début comprise entre 1994 et 2003. La plupart des calendriers portent sur sept à dix ans. Le plus court dure trois ans, tandis que certains durent 20 ans. Dans trois cas, le calendrier ne comporte pas de date finale. Dans 11 documents énonçant une politique, les buts sanitaires comportent plusieurs dates d'achèvement.

Continuité et discontinuité de la politique

De nombreux États membres ont témoigné d'un intérêt durable pour l'élaboration d'une politique de la Santé pour tous. Vingt-sept États membres avaient établi une politique de la Santé pour tous avant leurs efforts les plus récents. La

forme que prend cet engagement durable peut ou non changer au fil du temps, comme les exemples présentés dans les encadrés n° 2 à 4 l'illustrent.

ENCADRÉ N° 2. FINLANDE : CONTINUITÉ DANS L'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE ET DE L'ORIENTATION STRATÉGIQUE

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

ENCADRÉ N° 3. ROYAUME-UNI : CONTINUITÉ DANS L'ÉLABORATION DE LA POLITIQUE ET CHANGEMENT DE L'ORIENTATION STRATÉGIQUE

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

ENCADRÉ N° 4. ALLEMAGNE : DES LACUNES DANS LA FORMULATION DE LA POLITIQUE

L'adoption par les États membres de la première politique européenne de la Santé pour tous a incité la République fédérale d'Allemagne à concevoir sa propre politique de la Santé pour tous. Le ministre de la Santé a lancé le slogan « La maîtrise des dépenses ne suffit pas » et a demandé l'établissement d'un rapport sur les problèmes de santé prioritaires. Ce rapport a été publié en 1987 et réédité en 1990, après la réunification, pour incorporer des textes relatifs à la partie orientale du pays (l'ex-République démocratique allemande) (28,29). Malgré son intérêt et sa qualité indiscutable, ce rapport a été critiqué pour son approche politique. Il a été soutenu que l'approche axée sur la Santé pour tous ne convenait pas aux pays industrialisés et qu'une politique de la Santé pour tous comprenant des buts ressemblait à un plan économique socialiste. Près de dix ans se sont écoulés avant le lancement par le ministère fédéral de la Santé d'une nouvelle initiative concernant une politique prévoyant des buts, avec le concours de 70 établissements et de plus de 200 experts des soins de santé et de la santé publique. Finalement, en 2003, la politique de santé a été adoptée en tant que document allemand énonçant des buts de santé (30).

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

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

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

État d'avancement	Type de document		Total
	Documents officiels	Rapports non officiels	
En vigueur	28	3	31
Projet	7	2	9
Total	35	5	40

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

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

Certains pays ont adopté leur politique par décret pour souligner son importance. En 2003, le Parlement suédois a adopté une politique nationale de la Santé pour tous afin de gérer les principaux déterminants de la santé. Cela a donné une meilleure place à la santé publique dans le programme politique, et un ministre spécialement chargé de la Santé publique a été nommé. En outre, l'Institut national suédois de la Santé publique a été investi, par un projet de loi d'initiative ministérielle, d'un rôle spécial dans la mise en œuvre de la politique de santé publique du pays. En 1998, la grande assemblée nationale turque a adopté officiellement la politique-cadre de la Santé pour tous, exprimant claire-

ment son engagement vis-à-vis de celle-ci par un programme national comprenant un plan d'action jusqu'en 2020. Au départ de ce programme, dix objectifs spécifiques de santé publique nationale ont été énoncés.

Pour certains États membres, un document officiel serait une manière assez inhabituelle de formuler une politique. L'instrument qui se rapproche le plus d'un tel document est le livre blanc, utilisé par les gouvernements au Royaume-Uni et ailleurs pour énoncer une politique ou un projet de politique. Habituellement, la publication d'un livre blanc signifie que le gouvernement a clairement l'intention de donner force de loi à cette politique. D'autres méthodes peuvent également être utilisées pour indiquer l'intention poursuivie, notamment des programmes de parti et des plates-formes électorales. Cependant, quelle que soit la forme adoptée, ces intentions s'évanouissent souvent lorsque la situation politique évolue.

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

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

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

Les valeurs

La SANTÉ21 énonce trois valeurs fondamentales : la santé en tant que droit fondamental de la personne humaine ; l'équité dans la santé et la solidarité dans

l'action ; et la participation et la responsabilité. Sur les 40 politiques de la Santé pour tous recensées dans l'étude de l'Observatoire, 20 mentionnent expressément ces trois valeurs, 12 en mentionnent deux, 6 une seule et 2 aucune. Pour envisager les choses sous un angle différent, 25 des politiques indiquent expressément que la santé est un droit de l'homme, 34 mentionnent l'équité et la solidarité, et 31 se réfèrent à la participation et à la responsabilité.

Les données disponibles indiquent clairement que les valeurs présentées dans la SANTÉ21 se retrouvent dans les documents nationaux énonçant une politique de santé élaborée avant la rédaction de la SANTÉ21. Cela semble indiquer que ces valeurs n'ont pas été conçues par la SANTÉ21 mais que cette dernière reprend l'orientation éthique générale de la Région européenne.

Buts sanitaires

La Région européenne a proposé 38 buts dans sa première politique de la Santé pour tous en 1984 et dans la version actualisée de 1991. En revanche, la politique-cadre de 1998, la SANTÉ21, propose 21 buts. Dans les 40 politiques de la Santé pour tous analysées, le nombre de buts va de 4 à 100. Huit politiques comportent plus que les 38 buts proposés dans la Santé pour tous européenne de 1984. Seize politiques comportent plus que les 21 buts de la SANTÉ21. Quatre États membres ont adopté mot pour mot tous les buts de la SANTÉ21.

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

Les États membres ont généralement retenu les buts de la SANTÉ21 qui correspondent à l'orientation technique de leur politique. L'analyse des buts des 40 politiques nationales de la Santé pour tous met en évidence quelques aspects intéressants.

- Trois buts apparaissent dans les trois quarts des politiques : « Améliorer la santé mentale », « Adopter des modes de vie plus sains » et « Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme ».

- Trois buts apparaissent dans moins d'un quart des politiques : « Solidarité en faveur de la santé dans la Région européenne », « Recruter des partenaires pour la santé » et « Politiques et stratégies de la Santé pour tous ».
- Les États membres ont adapté de nombreux buts de la SANTE21 en fonction de leurs besoins et situations propres.
- Certaines politiques nationales ajoutent également des buts sanitaires qui ne figurent pas encore dans la Santé pour tous, et ce en fonction des priorités nationales et sous-nationales.

Comment la politique européenne de la Santé pour tous a-t-elle influencé l'élaboration des politiques de santé nationales ?

Influence signalée par les pays

L'indicateur le plus évident de l'influence globale de la politique européenne de la Santé pour tous sur les politiques de santé nationales est l'effet signalé dans les documents d'orientation eux-mêmes. Sur les 40 politiques de la Santé pour tous analysées, 32 mentionnent explicitement la politique européenne de la Santé pour tous comme cadre de référence ou source d'inspiration ; 14 de ces documents mentionnent la version de 1991 ou une version antérieure, 14 mentionnent la SANTE21 (1998) et 4 les deux ; 6 mentionnent la participation d'experts de l'OMS au processus de rédaction.

Dans huit pays, les documents nationaux de la Santé pour tous ne présentent aucun lien explicite avec la politique européenne de la Santé pour tous : le Bélarus, le Danemark, l'Estonie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la France, l'Irlande, l'Italie et les Pays-Bas.

Traduction de la politique-cadre européenne dans le contexte national

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

- **Transfert.** Un pays ou une entité sous-nationale adopte délibérément une politique de santé initialement élaborée ailleurs. Ce transfert peut inclure des structures institutionnelles, des idéologies, des attitudes et des idées. Les transferts de politique peuvent prendre la forme d'une copie pure et simple et de l'adoption de dispositions législatives, mais la présence d'éléments de la Santé pour tous ne signifie pas nécessairement que c'est la politique de la Santé pour tous de l'OMS qui a servi de modèle (voir encadré n° 5, par exemple).

ENCADRÉ N° 5. TRANSPPOSITION DE LA POLITIQUE AU KAZAKHSTAN – UNE FILIATION DIRECTE

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

- **Diffusion.** Une politique de santé peut résulter principalement de la diffusion de pratiques novatrices, plutôt que de l'adoption intentionnelle et de l'adaptation d'autres politiques. Il s'agit d'un processus complexe par lequel une stratégie telle que la gestion par objectifs, la gestion axée sur les résultats ou une nouvelle gestion publique imprègne le secteur public et engendre à terme l'élaboration d'une nouvelle politique de santé (voir encadré n° 6, par exemple).
- **Convergence.** Les États membres peuvent aussi élaborer des politiques de santé en toute indépendance par rapport à l'OMS et à ses politiques-cadres. Cette voie est généralement suivie par les pays qui ont une tradition durable leur permettant de réagir indépendamment à des problèmes communs (voir encadré n° 7, par exemple).

ENCADRÉ N° 6. DIFFUSION DE LA POLITIQUE EN ALLEMAGNE – UNE FILIATION INDIRECTE

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

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

ENCADRÉ N° 7. CONVERGENCE DE POLITIQUES EN FRANCE : ABSENCE DE LIEN

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

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

La politique européenne de la Santé pour tous a joué plusieurs rôles différents dans les efforts entrepris par les États membres pour élaborer des politiques de santé (voir encadrés n° 8 à 11, par exemple). Dans certains cas, elle a été un incitant déterminant qui a enclenché le processus d'élaboration d'une politique de santé nationale. Dans d'autres cas, elle a facilité le débat au cours du processus d'élaboration. Enfin, elle a également été utilisée pour légitimer une politique qui était déjà planifiée.

ENCADRÉ N° 8. LETTONIE : LANCEMENT DU PROCESSUS D'ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ

À la fin des années 90, un projet de document intitulé « SANTÉ21 » a été traduit et distribué à toutes les parties intéressées nationales dans le secteur de la santé. Après des consultations publiques, le Conseil des ministres a discuté, lors d'une réunion extraordinaire, la nécessité d'une stratégie lettone de la Santé pour tous. Le gouvernement a pris des engagements et un projet stratégique a été élaboré en matière de santé publique. Il ne s'agissait cependant pas de la première mesure prise, étant donné que la politique intitulée « Mieux vivre dans une Lettonie en progrès », également inspirée par la Santé pour tous, avait déjà été élaborée.

ENCADRÉ N° 9. RÉPUBLIQUE TCHÈQUE : LANCEMENT D'UN DÉBAT ET AIDE À L'ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE

En République tchèque, la politique-cadre de la Santé pour tous a suscité un débat sur l'élaboration d'une politique de santé et, pendant près de 20 ans, elle a continué de guider le processus. Dans les années 80, le pays a résolument entrepris d'appliquer la politique de la Santé pour tous, et les 38 buts européens ont été traduits en tchèque. D'un bout à l'autre des années 90, il y a eu plusieurs ébauches de politiques élaborées conformément aux principes de la Santé pour tous, en particulier la Proposition de réforme des soins de santé (qui incorporait une démarche multisectorielle à l'égard de la promotion de la santé) et le Programme national de rétablissement et de promotion de la santé. En 2002, le gouvernement a approuvé une stratégie à long terme visant à améliorer l'état de santé de la population, intitulée SANTÉ21 : la Santé pour tous au XXI^e siècle. Ce document décrit les principaux objectifs du développement sanitaire national, et mentionne des buts et les moyens de les atteindre.

ENCADRÉ N° 10. FINLANDE : LÉGITIMATION DE L'ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ

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

ENCADRÉ N° 11. POLOGNE : INFLUENCE SUR LA STRATÉGIE SANITAIRE NATIONALE

Ayant élaboré une politique de santé dans le cadre de la Santé pour tous dès les années 80, la Pologne vient de parvenir au terme de son programme national décennal de santé. Ce programme couvrait les années 1996 à 2005 et prévoyait le suivi des progrès réalisés dans 18 domaines. L'évaluation du programme montre que la Pologne est parvenue à une amélioration de l'état de santé de la population malgré les contraintes dues à une transition économique difficile. La mise en œuvre dépendait fortement des administrations locales, qui ont lancé plus de 400 programmes sanitaires locaux. Le nouveau programme national de santé pour 2006–2015 tient compte de l'expérience acquise.

Influence au niveau sous-national

La propagation de politiques de la Santé pour tous au niveau sous-national n'est pas surprenante, étant donné que les entités sous-nationales détiennent une autorité politique, des compétences administratives et une responsabilité financière pour des fonctions essentielles de santé publique dans de nombreux États membres européens. Malgré certaines similitudes, cependant, l'élaboration de politiques sous-nationales de la Santé pour tous dépend dans une large mesure de la situation locale, et l'adoption de politiques de la Santé pour tous au niveau sous-national a pris différentes formes (voir encadré n° 12).

ENCADRÉ N° 12. POLITIQUES DE SANTÉ SOUS-NATIONALES

Au Royaume-Uni, la décentralisation de 1998 a créé des organes législatifs distincts en Écosse, au pays de Galles et en Irlande du Nord. Les pouvoirs accordés aux divers organes législatifs varient quelque peu, mais la santé fait partie des compétences décentralisées dans les trois régions. En Espagne, la décentralisation a également eu un effet sur l'élaboration de la politique de santé. Quoique les activités varient considérablement d'une région à l'autre, la législation nationale oblige chaque région autonome à formuler une politique de santé. En Italie également, les politiques de santé régionales sont étroitement liées à la politique de santé nationale. En Allemagne, la moitié des Länder ont élaboré ou rédigé des politiques de santé ou des buts sanitaires. Les Länder ont demandé au gouvernement fédéral d'élaborer sa politique de santé et ses buts sanitaires propres afin de compléter les compétences des Länder dans les domaines liés à la santé

La planification du financement, de l'infrastructure et de la surveillance d'une politique

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

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

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

Peu ou pas d'influence directe

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

Nombreux cas d'influence indirecte sur la mise en œuvre

Le concept de la Santé pour tous n'influence pas que les documents qui énoncent la politique de santé. Dans certains États membres, la politique nationale de la Santé pour tous n'est pas le seul document qui présente une politique de santé et, dans certains cas, des documents multiples renvoient les uns aux autres et s'enrichissent mutuellement. Bien que les réformes, les programmes et les projets relatifs à la santé puissent ne pas découler directement de la Santé pour tous, il se peut que celle-ci contribue à la cohérence de ces activités et du contexte dans lequel elles se déroulent (voir encadré n° 13).

ENCADRÉ N° 13. NORVÈGE : DOCUMENTS, PROGRAMMES ET PROJETS HARMONISÉS AVEC LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTÉ POUR TOUS (35)

- Cafés, restaurants, etc. non-fumeurs (depuis le 1^{er} juin 2004).
- Plan d'action pour prévenir les grossesses non désirées et les avortements (2004-2008).
- « Ensemble pour la santé mentale en Norvège », plan stratégique du gouvernement pour la santé mentale des enfants et des jeunes.
- Plan visant à donner une importance accrue à la santé mentale.
- Réforme visant à donner aux patients le choix de leur généraliste traitant.
- Services municipaux de soins.
- Réforme hospitalière.
- Programme instituant le droit de choisir l'hôpital.
- Nouvelle loi sur le traitement alternatif des maladies.

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

- **Changer les perceptions nationales** concernant certaines questions. Cet effet a été signalé en Finlande, bien que celle-ci élabore et mette en œuvre depuis longtemps une politique de santé et qu'elle soit le premier pays européen à avoir élaboré une politique de la Santé pour tous. Le changement des perceptions peut constituer une importante première étape dans la perspective d'une influence sur la prise de décision et la mise en œuvre de nouveaux programmes et projets.
- **Influencer le processus de décision.** En Finlande à nouveau, les défenseurs de la santé publique ont constaté qu'il était efficace de renvoyer à la politique-cadre européenne, étant donné que celle-ci avait été conçue par une organisation internationale respectée et approuvée par ses États membres.
- **Fixer une orientation commune pour les militants de la santé publique, les professionnels de la santé et les universitaires spécialisés en santé publique.** Cette influence indirecte, mais importante, a été précieuse au Royaume-Uni lorsque les questions d'équité en santé ne figuraient pas parmi les préoccupations politiques nationales. La politique nationale de la Santé pour tous a constitué un cadre d'élaboration et de mise en œuvre de politiques de santé locales en Angleterre. La Suède a recours à une initiative nationale envisageant l'ensemble des déterminants principaux de la santé publique pour recentrer correctement la politique de santé et les modes de travail intersectoriel.
- **Contribuer à la justification d'améliorations de l'infrastructure du système de santé.** Au Kazakhstan, la politique nationale a joué un rôle important dans la création de l'École de santé publique du Kazakhstan.

Mise en œuvre indépendante de certains éléments

Lorsqu'une politique de la Santé pour tous est en place, certains de ses concepts peuvent être mis en œuvre avec succès bien que la politique elle-même n'ait pas influencé leur mise en pratique. Cela peut sembler paradoxal, mais plusieurs cas

illustrent ce phénomène. Par exemple, il arrive qu'un programme, un projet ou une loi soient appliqués avant l'élaboration de la politique correspondante.

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

Introduction

Valeurs communes

Dans l'ensemble de la Région européenne, certaines valeurs communes jouent un rôle essentiel pour la prise de décision en matière sanitaire. Il est vrai qu'il existe d'importantes variations entre les sociétés européennes et à l'intérieur de celles-ci, et que le secteur sanitaire et social de l'État providence européen moderne évolue constamment. Néanmoins, ces valeurs fondamentales communes vont au-delà de la santé et imprègnent tous les secteurs de la société. Ensemble, elles forment un consensus social, c'est-à-dire la conscience d'un but social collectif et un attachement à l'équité, qui pose les bases solides d'une gestion respectueuse de l'éthique et socialement responsable. L'engagement en faveur du bien pour la société, la solidarité, une participation universelle et une foi dans la nécessité d'une réglementation stricte (36,37) font partie de ces valeurs.

Il n'y a pour ainsi dire aucun pays dans la Région européenne où il serait acceptable ou commode qu'une autorité sanitaire nationale déclare qu'elle n'est pas en faveur de la justice, de l'équité, de la solidarité ou d'une large participation, ou prenne des mesures qui mettraient en péril ces valeurs. De même, aucune société européenne ne conçoit la santé et les services de soins de santé comme des marchandises ordinaires soumises aux règles du marché qu'il serait possible de privatiser à des fins lucratives (voir encadré n° 14). Ces convictions très répandues de ce qui est acceptable ou non ont structuré le débat national relatif au secteur de la santé et ont favorisé des liens internationaux forts dans la Région. Bien entendu, chaque pays choisit comme il l'entend la façon de traduire ces valeurs en actes. En général, même les prestataires de soins qui réalisent des bénéfices sont sensibles au contexte éthique national. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne le fonctionnement des systèmes de santé, étant donné la tendance de plus en plus marquée à gommer parfois les lignes de démarcation entre le public et le privé dans le secteur sanitaire, par exemple en faisant participer le secteur privé aux activités de la santé publique.

ENCADRÉ N° 14. DES SOINS DE SANTÉ À VENDRE ?

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

L'un des grands défis, lorsque l'on veut mettre en pratique ces valeurs communes, est de veiller à un financement sûr des systèmes de santé pour que ceux-ci puissent fonctionner dans le respect de la Santé pour tous. Dans de nombreux pays, les décideurs sont confrontés à la nécessité de mettre en commun les ressources d'une manière socialement équitable par rapport à la richesse, de sorte que les plus nantis apportent leur aide à ceux qui ont moins.

Les valeurs dans leur contexte politique

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

Il peut être difficile de comprendre de la même façon certaines notions éthiques générales, surtout dans une Europe en évolution rapide. Les valeurs font l'objet d'interprétations et il n'existe pas de définition commune que les États membres et les parties prenantes dans le secteur de la santé reconnaîtraient tous comme universelle et précise. Dans l'ensemble de la Région européenne, il existe de nombreux exemples de mots (« équité » et « solidarité », notamment) qui ont plusieurs significations. Cette situation cause des difficultés lorsque des valeurs doivent être appliquées dans des cadres particuliers. Une façon de faire face à cette difficulté consiste à analyser les valeurs dans le cadre des droits de l'homme, ce qui peut aider les responsables politiques à mettre en place des valeurs de base qui bénéficient d'une large adhésion et soient fondamentales et immuables.

Parfois, le respect de valeurs peut provoquer des tiraillements chez les responsables politiques. La gouvernance éthique nécessite d'être en permanence aux prises avec des compromis nécessaires – par exemple, entre l'équité et un bon

rapport coût-efficacité. Les responsables politiques doivent faire des choix difficiles concernant les valeurs qu'il faut défendre et auxquelles ils doivent accorder la priorité, et sur les compromis qui sont acceptables, étant donné que les valeurs ne constituent que l'un des nombreux facteurs qui influent sur l'élaboration des politiques.

Les valeurs restent parfois périphériques, parce qu'il est difficile de déterminer la mesure dans laquelle elles influent sur la mise en œuvre effective des politiques. Des déclarations sur l'importance des valeurs figurent souvent dans les préambules des documents nationaux énonçant une politique de santé, mais de là à traduire les mots en actes, il y a un pas. Les valeurs sont certes intéressantes, mais elles peuvent également paraître abstraites et dépourvues d'utilité pratique, et il est difficile de vérifier, de surveiller et de mesurer leur mise en œuvre.

L'avenir

Il faut espérer que le réexamen des valeurs de la Santé pour tous qui figure dans la présente version actualisée les rendra plus utiles et plus pertinentes, et encouragera ainsi leur mise en œuvre dans la pratique. Il semble qu'elles ont été bien accueillies par les États membres de la Région et, comme cela a été indiqué à la partie 4, un grand nombre de gouvernements les ont mentionnées expressément lorsqu'ils ont élaboré leur politique de santé nationale. Cependant, il ne découle pas de l'importance de ces valeurs qu'elles déterminent nécessairement le fonctionnement du système de santé et il convient d'aborder encore plusieurs questions importantes.

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

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

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

Au lieu de favoriser un cadre plutôt que l'autre, il existe plusieurs bonnes raisons de les combiner. Les deux cadres sont complémentaires et ne s'excluent pas mutuellement ; tous deux peuvent faire l'objet d'une réalisation, d'une négociation, d'une interprétation et d'une adaptation progressives ; aucun des deux n'est plus large, plus important ou plus influent que l'autre dans les sociétés modernes.

L'examen des valeurs dans ces deux cadres simultanément peut aider les responsables politiques à mettre en place une gouvernance éthique reposant sur des valeurs. Cette façon de procéder repose sur le principe selon lequel un système de santé peut être évalué à tous les niveaux par rapport non seulement à des normes éthiques adoptées d'un commun accord et à des normes relatives aux droits de l'homme qui ont un caractère juridiquement contraignant. Il est donc possible d'utiliser les valeurs pour mettre à l'épreuve, évaluer et améliorer les performances du système de santé, tout comme il est possible de les utiliser pour évaluer la gouvernance en général. Une telle évaluation est particulièrement utile si elle est réalisée par le pays concerné. Tout en tenant compte du consensus social de la Région, un pays peut également souhaiter réaffirmer son engagement à l'égard de valeurs communes. L'adhésion à de telles valeurs fondamentales communes revêt une utilité particulière de nos jours, à l'heure où

des avis contraires parviennent souvent aux décideurs nationaux quant à la manière la plus efficace de renforcer leur système de santé.

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

La santé dans le cadre juridique des droits de l'homme

Le droit à la santé

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

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

Le contexte large des droits de l'homme

Bien que le droit à la santé puisse être considéré comme le droit majeur dans le cadre de l'élaboration de la politique de santé, l'approche de la santé fondée sur les droits de l'homme a également recours à d'autres droits, normes et principes relatifs à la personne humaine. La plupart d'entre eux sont décrits dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui est le document fondateur du mouvement des droits de l'homme et a été adopté presque universellement. L'application de l'approche fondée sur les droits de l'homme au monde concret des systèmes de santé est relativement nouvelle tant dans le secteur de la santé que dans celui des droits de l'homme, et elle suppose la reconnaissance de certains droits généraux qui ne se rapportent pas expressément à la santé :

- le droit à l'égalité de traitement et à l'absence de discrimination ;
- le droit à une participation libre, significative et efficace ;
- le droit de rechercher et d'obtenir des informations ;
- le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications ;
- le droit à un environnement physique et social sain ;
- l'accès à une eau pure, à des aliments sains et à un logement adéquat ;
- le droit à la vie privée.

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

La santé et les droits de l'homme sont étroitement interdépendants. La santé est touchée par de nombreux facteurs sociaux, économiques, environnementaux, culturels et politiques, et comme cela est indiqué plus haut, le respect du droit à la santé nécessite le respect d'autres droits de la personne humaine. On peut dire que cette interdépendance est de trois ordres.

Premièrement, les violations directes des droits de l'homme peuvent avoir des effets manifestes et souvent graves sur la santé des personnes touchées. Deuxièmement, la façon dont certains programmes et politiques de santé publique sont conçus ou mis en œuvre peut entraîner des violations indirectes des droits de l'homme. Troisièmement, la santé est, directement ou indirecte-

ment, une condition préliminaire pour la plupart des autres droits de l'homme qui ont été reconnus dans les traités internationaux. Lorsque la santé est atteinte, il peut être difficile aux individus d'exercer leur droit d'agir en tant que membre à part entière de leur communauté.

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

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

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

- Ces obligations internationales consolident les valeurs relatives à l'élaboration de la politique de santé au moyen de droits juridiques et de normes internationales.
- Les responsables de l'élaboration de la politique de santé sont mieux aptes que quiconque à aider les autres secteurs des pouvoirs publics à comprendre la nature des liens entre les engagements internationaux du pays et la santé.
- Lorsque les pays ratifient des traités internationaux, il est fréquent qu'ils conçoivent et adoptent des points de référence nationaux relatifs aux droits de l'homme par rapport auxquels les progrès doivent être mesurés. Les responsables de l'élaboration de la politique de santé peuvent adopter et utiliser ces points de référence.

- Les valeurs et droits fondamentaux consacrés par des instruments internationaux et la législation nationale donnent des orientations importantes concernant la structuration et l'amélioration du système de santé et les mesures à prendre pour lui permettre d'adopter une attitude respectueuse à l'égard des citoyens.
- L'approche fondée sur les droits de l'homme peut aider les gouvernements à éviter des discriminations, en particulier contre les membres de groupes vulnérables et marginalisés, en raison de politiques et de programmes de santé mal ciblés.
- Comme d'autres droits de l'homme, le droit à la santé n'appartient à aucun groupe particulier. Plus précisément, il appartient non seulement aux patients mais à la population dans son ensemble.

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

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

Conformément au concept de la Santé pour tous exposé dans la présente version actualisée et aux meilleurs réflexions récentes découlant des études consacrées à

la politique de santé, trois valeurs fondamentales sont considérées comme essentielles à la Santé pour tous : l'équité, la solidarité et la participation. Les décideurs nationaux ont de multiples possibilités de choisir la façon précise de traduire ces valeurs dans la pratique. Chaque politique de santé nationale correspond à un projet national relatif à la façon dont cette politique répond aux besoins sanitaires et aux réalités politiques et économiques, mais s'il s'agit d'une véritable politique de la Santé pour tous, elle ne peut ignorer ces trois valeurs fondamentales.

L'équité

Dans le contexte de la Santé pour tous, l'équité implique que chacun ait une possibilité équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé et que personne ne soit empêché de réaliser ce potentiel dans la mesure des possibilités. Sur la base de cette définition, une politique de santé reposant sur l'équité vise à éliminer ou à réduire autant que possible les différences évitables de résultats au niveau de l'état de santé : elle promeut une égalité des chances pour que chaque individu puisse réaliser pleinement son potentiel de santé. Elle fait en sorte qu'un traitement soit accessible à tous, indépendamment de facteurs tels que le sexe, l'âge, la condition sociale, les ressources financières, l'appartenance ethnique, les convictions religieuses, l'orientation sexuelle, le pays d'origine, le niveau d'instruction, la localisation géographique, les opinions politiques et la citoyenneté des patients. Les préoccupations relatives à l'équité portent également sur de nombreux aspects de la prestation et de la répartition des services de santé, des gains et des ressources de santé, et de l'information sanitaire. Comme cela a été mentionné plus haut, ces services n'englobent pas uniquement les soins de santé, mais également la prévention, la promotion de la santé et l'action en matière de santé publique.

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

- **Équité dans les moyens** : les pouvoirs publics font en sorte que tous aient une possibilité égale d'avoir accès à des services de santé adaptés à leurs besoins propres, indépendamment de leurs aptitudes à contribuer au système.
- **Équité dans les résultats** : les pouvoirs publics ont tout mis en œuvre pour porter le potentiel de santé des membres des groupes défavorisés au niveau

du reste de la population. L'équité sur le plan des résultats peut être augmentée, par exemple, par la mise en place de mécanismes compensatoires spécifiques destinés aux groupes sociaux défavorisés en raison de diverses vulnérabilités, pour autant que de tels mécanismes soient acceptables pour ces groupes.

L'équité doit impérativement être interprétée et traduite concrètement dans le contexte des systèmes de santé. Lorsque l'on poursuit l'objectif fondamental d'une amélioration de la santé, l'équité suppose de gommer les différences injustes dans l'état de santé des divers individus, groupes sociaux, régions, etc.

L'équité et les droits de l'homme

L'équité est liée étroitement aux droits de l'homme. Lorsque l'on considère l'équité dans le contexte juridique des droits de l'homme, il devient manifeste qu'il faut donner à tous des chances égales sur le plan de la santé. Le manque d'équité relative à l'état de santé désigne des différences qui sont non seulement systématiques et quantifiables, mais également évitables. Le manque d'équité désigne donc des différences injustes et évitables. L'équité est une valeur éthique normative qui suppose une forte répartition des ressources et un accès équitable pour les divers groupes de la population et chacun de leurs membres.

Dans le domaine de la santé, les efforts d'équité comprennent la réduction de toute discrimination dans l'accès aux avantages découlant des initiatives de santé. Un programme d'ensemble visant à promouvoir l'équité nécessite de trouver un juste équilibre entre deux aspects : la prise en compte des déterminants fondamentaux de la santé et celle des besoins sanitaires. Du point de vue des déterminants de la santé, un programme visant l'équité doit tendre à adoucir les effets de tous les déterminants de la santé qui sont sources d'inégalités entre personnes ayant des besoins similaires. C'est ce que l'on appelle l'équité horizontale. Du point de vue des besoins sanitaires, un programme visant l'équité doit s'articuler autour des individus ayant les plus grands besoins sur le plan médical – l'équité verticale (40,41). Ainsi, aux termes de l'article 2 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (42), l'équité renforce le droit de chaque personne à la jouissance des droits et des libertés de l'homme « sans distinction aucune ».

Parfois, la recherche de l'équité entraîne l'application de normes différentes à des groupes différents pour compenser des inégalités existantes. (Cette pratique

est parfois appelée « discrimination positive », expression qui doit être utilisée avec prudence en raison de ses connotations finalement négatives. À cet égard, la recherche de l'équité peut être considérée comme un mécanisme compensatoire qui permet de réduire certaines disparités de santé entre populations plus ou moins avantagées, entre pays et au sein d'un pays.

L'équité dans la politique de santé

Pour évaluer dans quelle mesure l'équité en santé a été réalisée, les responsables politiques doivent examiner un ensemble de facteurs socioéconomiques, culturels et environnementaux. Comme cela a été indiqué plus haut, cela nécessite l'examen du contexte plus large de tous les déterminants de la santé potentiels qui peuvent placer les individus à différents niveaux sociaux, et donc défavoriser certains groupes. La pauvreté, dans ses diverses manifestations (approvisionnement alimentaire incertain, exclusion et discrimination sociales, logement inadapté, mauvaise protection du développement aux premiers stades de l'enfance et absence de sécurité au travail, sans parler de services sanitaires de qualité médiocre) constitue un excellent exemple de déterminant de la santé à prendre en considération. La pauvreté est la plus grande responsable du fardeau global de morbidité et de décès, et de la majeure partie des inégalités sanitaires entre les pays et au sein d'un même pays. Ces effets découlent de déterminants sociaux ; la meilleure façon de les combattre est d'appliquer des stratégies spécifiques de lutte contre la pauvreté et des politiques sanitaires qui s'attaquent à la pauvreté en tant que cause d'un mauvais état de santé.

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

Dans le secteur de la santé, l'équité doit être un souci non seulement en matière de soins de santé, mais également dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé publique. Il s'agit d'un aspect essentiel du choix visant à déterminer les services de santé qui doivent être financés par des fonds publics et la façon d'affecter l'ensemble des crédits budgétaires consacrés aux services de santé. À cette fin, une politique qui favorise l'équité ne doit pas s'arrêter à la prise en compte du style de vie de chacun ou des besoins de groupes

marginalisés et vulnérables. La majeure partie de la population subit les effets négatifs d'au moins un déterminant de la santé, et les inégalités existantes en matière de santé exigent que les politiques sanitaires envisagent l'ensemble des déterminants sociaux et économiques de la santé.

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

La solidarité

La solidarité est généralement définie comme le sentiment de responsabilité collective de la société. Dans le secteur sanitaire, la solidarité signifie que chacun contribue au système de santé en fonction de ses capacités financières et non de son utilisation des services sanitaires. La solidarité est donc une question de répartition des ressources : qui paye combien, pour quoi et quand. La distribution des gains de santé reste inégale, même dans les pays les plus riches, et la solidarité garantit une répartition juste et équitable de la charge de financement. Dans ce contexte, la solidarité suppose une réduction du rapport direct entre ce qu'une personne paie et les services qu'elle reçoit. Dans un système de la Santé pour tous, l'attachement à la solidarité est essentiel, car il signifie que le système met les services de santé à la disposition de chacun, même des citoyens disposant de ressources financières limitées. La solidarité est la valeur qui garantit une distribution juste et équitable de la charge du financement. La nécessité de processus équitables est de plus en plus reconnue pour diverses institutions à différents niveaux décisionnels (43).

La solidarité et la responsabilité individuelle

De nombreuses sociétés européennes reconnaissent que les individus sont partiellement responsables de leur propre santé. Comme il y a des limites à la santé qui peut être obtenue, il y a également des limites à la solidarité. Un exemple ca-

ractéristique est fourni par le débat concernant l'opportunité de prise en charge par des fonds publics d'intervention « de confort » ou « supplémentaires ». Les réponses varient d'un pays à l'autre et, même dans les pays résolument attachés à la solidarité, cette couverture varie considérablement. En effet, les décisions concernant le contenu essentiel des services de soins de santé fondés sur la solidarité sont avant tout des décisions politiques, qui tiennent généralement compte non seulement d'évaluations des besoins, mais aussi de la disponibilité de ressources. Parfois, un pays attaché à la solidarité exclut de sa liste de services courants des traitements et des mesures préventives qui peuvent être rentables dans un cas ou dans un cadre déterminés, mais pas à grande échelle. Ainsi, le processus de définition des avantages octroyés est profondément ancré dans les normes éthiques de la société dans son ensemble. Cela n'affecte en rien le rôle central des individus dans la protection de leur propre santé par un mode de vie sain, le respect des avis médicaux, etc. (voir encadré n° 15).

ENCADRÉ N° 15. DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN SLOVÉNIE

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

Un projet pilote visant à s'attaquer à ce problème a été créé en 1998. Grâce à un lien avec le Registre central de la population de Slovénie, les dépistages du cancer du col de l'utérus ont été suivis et des invitations personnelles ont été envoyées à toutes les femmes du groupe d'âge cible (de 20 à 64 ans). Cela s'est traduit par une participation de près de 50 % parmi les femmes qui n'avaient pas fait l'objet d'un dépistage régulier auparavant. En 2003, le Programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été lancé. Il préconise une prévention active à l'échelle de l'ensemble de la population féminine sur la base de méthodes scientifiques et de procédures de contrôle de la qualité. En faisant intervenir le fonds d'assurance maladie obligatoire slovène, le système de santé a garanti un accès universel au programme, ce qui a démontré l'attachement du système à l'équité et à la solidarité.

Le lien entre la solidarité et l'équité

Dans les systèmes de santé, la distinction entre la solidarité et l'équité est parfois artificielle. La solidarité est l'un des moyens de parvenir à l'équité. L'équité implique que l'État a mis en place des mécanismes compensatoires pour que tous les groupes de la population bénéficient de services en fonction de leurs besoins.

Les mesures adoptées pour accroître la solidarité peuvent engendrer des résultats semblables. Ces deux valeurs fondamentales peuvent également être évaluées en examinant le degré d'impartialité du système (en déterminant si la société dans son ensemble juge que les politiques, les décisions et les actions des pouvoirs publics en matière de santé sont équitables).

Dans ce contexte, la justice suppose que les pauvres ne paient pas un pourcentage plus élevé de leurs revenus disponibles que les riches : les gens contribuent à un système basé sur la solidarité en fonction de leur capacité financière. Cette équité sur le plan de la contribution financière est l'un des objectifs fondamentaux des systèmes de la Santé pour tous, et fournit un nouvel exemple de l'influence fondamentale des valeurs sur le fonctionnement des systèmes de santé. Ce concept est particulièrement pertinent dans les pays en transition économique qui mettent en œuvre de grandes réformes sanitaires. Le cas échéant, il est toujours tentant de sacrifier l'équité et la solidarité à la perspective immédiate d'obtenir le meilleur rapport coût-efficacité et de récolter un maximum d'avantages sanitaires à partir de ressources financières très limitées – une tentation qui pose l'un des plus grands défis à la gouvernance éthique basée sur des valeurs. Dans les systèmes qui comptent de multiples entités d'assurance maladie, le maintien de la solidarité en matière de soins de santé exige une réglementation stricte et des principes directeurs explicites pour empêcher les organismes d'assurance maladie de violer le principe d'équité en se faisant concurrence pour tenter d'attirer les groupes en meilleure santé qui présentent des risques moindres.

La solidarité en tant qu'élément moteur de la participation

Une société qui pratique la solidarité requiert la participation de chacun. Lorsque la solidarité est consacrée par la loi, cela indique souvent l'engagement de personnes qui ont cherché à élever leur sens de la justice sociale au rang de loi. Dans ce contexte, la responsabilité vis-à-vis de la population est un élément capital – dans une société respectueuse de la solidarité, les autorités sanitaires doivent rendre des comptes quant à sa mise en œuvre et prouver que la solidarité produit les avantages souhaités pour la société, en montrant de quelle manière elle le fait.

La participation

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

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

Une autre forme de participation collective du public s'effectue par le biais de groupes de patients et de défenseurs des consommateurs. Les pays européens constatent un développement marqué de ces groupes, qui semblent contribuer de façon positive et efficace au débat sur la politique des pouvoirs publics dans les sociétés pluralistes. Dans certains cas, cependant, un groupe défend les intérêts d'usagers particuliers ou de certains groupes de maladies qui ne correspondent pas aux besoins sanitaires et aux intérêts de la société dans son ensemble (voir encadré n° 16).

ENCADRÉ N° 16. LA PARTICIPATION EN LETTONIE

Un exemple négatif

En Lettonie, de nombreux groupes s'efforcent d'organiser, de soutenir et d'éduquer les patients et d'influencer la prise de décisions relative aux soins de santé. Il est fréquent que des médecins participent aux activités de telles organisations et les dirigent. Cependant, les entreprises pharmaceutiques sont souvent les principaux organismes de parrainage de ces associations, parfois pour des raisons qui n'ont rien de philanthropique. Par exemple, une association lettone de la ménopause a fait activement la promotion de la thérapie hormonale substitutive, sans révéler que cette thérapie n'est plus largement acceptée par les chercheurs au niveau international. Il apparaît donc que cette association défend les intérêts d'une société pharmaceutique et non ceux des patients qu'elle prétend représenter.

Un exemple positif

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

Intensification de la participation des patients aux décisions relatives aux soins

Les patients participent de plus en plus aux décisions concernant les traitements, mais cette tendance a un caractère complexe. Il est essentiel de trouver un équilibre approprié entre la participation du patient et l'opinion médicale professionnelle. D'une part, l'information des patients sur leur cas et leur participation aux

décisions cliniques s'est avérée bénéfique, en particulier lorsqu'il existe une certaine incertitude dans le diagnostic ou le pronostic, ou que les différents traitements présentent des avantages et des inconvénients. Dans ces cas, les valeurs, les attentes et les priorités du patient doivent jouer un rôle essentiel dans la décision. D'autre part, les professionnels de la santé continuent à assumer la responsabilité du choix du meilleur traitement et l'avis des professionnels doit avoir un poids particulier. Néanmoins, l'attribution de cette responsabilité aux professionnels ne doit pas exclure la participation du patient ou être considérée comme une subordination du profane par rapport aux professionnels. Un avis professionnel clairement présenté facilite en fait la participation du patient. Par ailleurs, l'expression du point de vue et de l'expérience du patient est utile non seulement pour les soins cliniques, mais également pour l'élaboration de la politique de santé.

Choix plus large pour le consommateur : avantages et risques

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

La tâche difficile des responsables politiques

Parfois, même les mécanismes participatifs découlant d'intentions louables ne tiennent pas compte des besoins de groupes vulnérables, tels que les handicapés mentaux, les migrants, les personnes âgées et seules, ou les patients séropositifs. Il est crucial que les décideurs politiques en matière de santé prennent en considération les intérêts de tels groupes et ne réagissent pas aux préoccupations concernant les effets négatifs des mécanismes de participation en affaiblissant ces derniers (par exemple en réduisant le choix). Les responsables politiques doivent plutôt s'employer à élargir l'accès à l'information. En particulier, ils doivent soutenir activement la participation des groupes les plus défavorisés et

les plus vulnérables, dont les membres n'ont généralement pas l'expérience et la confiance nécessaires pour faire entendre leur voix. À cette fin, il est possible d'incorporer la promotion de la participation et des droits des patients dans les politiques et les instruments juridiques. Une autre opportunité du même type réside dans les politiques régionales déjà adoptées par certains États membres : par exemple, les citoyens ont droit à une participation du public et à une information sur l'état de leur environnement.

Lorsque les responsables de la santé sont tenus de rendre des comptes, cela indique que la participation du public devient véritablement efficace. Les mécanismes qui assurent et concrétisent l'obligation de rendre des comptes sont notamment les suivants :

- représentation officielle des consommateurs au conseil de gestion d'entités telles que les assureurs, les autorités sanitaires et les prestataires de services hospitaliers ;
- énumération des droits et des responsabilités des prestataires des soins de santé et des habitants ;
- institution de procédures de réclamation ;
- participation accrue du personnel de santé à l'évaluation des avantages sanitaires effectifs des politiques et surveillance de leurs effets sur l'accès, l'acceptabilité et la qualité des soins, en particulier pour les membres des groupes défavorisés et vulnérables.

Gouvernance éthique reposant sur des valeurs

Dans les États providence d'Europe, on considère traditionnellement qu'il incombe aux pouvoirs publics de veiller à ce que les systèmes de santé soient développés et gérés de façon éthique. La présente version actualisée interprète cette tradition comme un appel aux responsables politiques pour qu'ils fassent en sorte que :

- les droits de l'homme fondamentaux soient respectés dans leur pays ;
- les valeurs d'équité, de solidarité et de participation soient mises en évidence, soutenues et appliquées.

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

Bien entendu, la pratique de la gouvernance varie considérablement d'un pays à l'autre. En outre, la mesure dans laquelle la gouvernance est éthique est souvent influencée par des facteurs extérieurs au système de santé, tels que la paix et la stabilité sociale et politique, ainsi que la présence (et la nature) de groupes ayant des intérêts directs dans le système, les ressources financières et les dirigeants. La situation est encore compliquée par le fait que de nombreux systèmes de santé européens ont récemment subi des transformations radicales.

La gouvernance éthique dans les secteurs sanitaires de la Région européenne est le prolongement naturel du mouvement européen de la Santé pour tous. Cela peut se manifester de plusieurs façons : prise de décisions sur la base de données probantes, primauté des soins de santé primaires, coopération multisectorielle et octroi d'une attention particulière aux groupes de la population défavorisés. L'obligation de rendre des comptes et la transparence devraient, en tout cas, être indispensables, car la gouvernance éthique devrait établir des mécanismes pour renforcer ces valeurs à tous les niveaux. L'obligation de rendre des comptes et la transparence facilitent également la vérification de la conformité des politiques, programmes et initiatives nationaux sanitaires avec les valeurs nationales.

La valeur des valeurs

Des fondements éthiques solides peuvent s'avérer extrêmement précieux lorsque l'on tente d'améliorer les performances d'un système, et les expériences acquises dans plusieurs États membres de la Région indiquent que, pendant les périodes de réforme des systèmes de santé, la loyauté par rapport aux valeurs fondamentales de la Santé pour tous peut être un but utile à retenir. Dans certains États membres, la performance éthique est désormais considérée comme un élément essentiel des performances globales du système de santé, au même titre que les performances cliniques et financières. Cela représente une évolution vers la reconnaissance de valeurs conçues comme des éléments de plus en plus importants de la mise en œuvre concrète d'une politique de santé, car l'amélioration des performances d'un système requiert d'allier la clairvoyance aux connaissances techniques et à une capacité à gérer le changement. En d'autres termes, une gouvernance éthique fondée sur des valeurs peut favoriser la clairvoyance et l'instauration des fondements nécessaires pour des changements qui amélioreront les performances du système de santé.

Pour assurer la gouvernance éthique en matière de santé, il faut que tant le cadre

juridique des droits de l'homme que le cadre éthique commun soient des éléments primordiaux de la prise de décision et servent à élaborer et à évaluer des politiques, des programmes et des initiatives de santé. Pour le faire de façon efficace, les responsables nationaux de la politique de santé souhaiteront peut-être disposer d'instruments qui les aideraient à évaluer dans quelle mesure les décisions qu'ils prennent sont conformes aux valeurs fondamentales de la Santé pour tous (voir partie 6).

Enfin, comme une approche éthique revêt une importance particulière pour l'orientation et la gouvernance efficace des systèmes de santé, elle devrait inspirer toute politique ou action pouvant avoir un effet sur la santé de la population, quel que soit le secteur dans lequel elle s'inscrit. Le secteur sanitaire d'un pays doit coopérer avec les autres secteurs publics, et cette coordination a une dimension éthique. En Europe, les responsables de l'élaboration de la politique d'autres secteurs ne mettent pas en doute l'importance de la solidarité et de l'équité de toute initiative sanitaire. Il faut leur demander instamment d'évaluer toute décision relevant de leur domaine de compétence pour déterminer ses effets potentiels non seulement sur la santé, mais également sur la manière dont elle renforce les valeurs de la Santé pour tous.

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

La présente partie décrit divers instruments, actions, méthodes et techniques. Certains sont bien connus ; d'autres, toujours à l'étude. Les ministères de la Santé peuvent utiliser ces outils pratiques pour élaborer et mettre en œuvre des politiques qui favorisent la Santé pour tous. Ces moyens peuvent aider les responsables politiques à envisager d'un point de vue nouveau les aspects traditionnels de la santé publique, à recenser les valeurs qu'ils souhaitent retenir comme fondement de leurs politiques et à traduire ces valeurs dans la pratique. Cette panoplie d'instruments comprend des documents d'orientation, des traités, des organismes, des réseaux, des pratiques et des notions, des méthodes, des bases de données et des initiatives.

Aucun des instruments et méthodes décrits ci-après n'a été conçu spécialement pour la mise en œuvre des valeurs de la Santé pour tous. La plupart d'entre eux ont déjà fait la preuve de leur utilité au niveau des pays et sont désormais employés par des responsables politiques. En fonction des circonstances, il est possible de les utiliser tels quels, de les adapter à des situations et à des besoins particuliers ou de s'en inspirer pour concevoir des démarches supplémentaires.

Au lieu d'essayer de donner une liste exhaustive de tous ces instruments, la présente partie en décrit dix qui montrent l'éventail des outils à la disposition des responsables politiques désireux de concrétiser l'objectif de la Santé pour tous.

Pour la commodité de l'exposé, ces dix exemples ont été répartis en quatre groupes, qui correspondent aux quatre questions fondamentales suivantes concernant la façon de procéder.

- Comment les responsables de la politique de santé peuvent-ils mettre en place un cadre de gouvernance éthique ?
- Comment les responsables politiques peuvent-ils incorporer des données à jour dans leur politique de santé ?
- Comment les responsables de l'élaboration de la politique de santé peuvent-ils évaluer la mise en œuvre de valeurs inspirant la politique ?
- Comment les responsables politiques peuvent-ils rationaliser davantage les politiques et les actions de santé ?

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

INSTRUMENT N° 1 – Mettre à profit des obligations : les instruments internationaux sur les droits de l'homme

Les traités et conventions internationaux énoncent des obligations juridiquement contraignantes pour les gouvernements des pays signataires – un outil précieux entre les mains des ministères de la Santé. Un pays est tenu de modifier, si nécessaire, sa législation nationale pour s'acquitter de ces obligations, et les fonctionnaires du secteur de la santé qui les connaissent peuvent prendre les devants en la matière. Il leur est loisible de se servir de ces instruments internationaux pour évaluer les politiques existantes, proposer des changements et faire participer d'autres acteurs du secteur à un débat animé. Les décideurs, les législateurs et les ONG peuvent également les utiliser pour apporter des changements concernant la santé dans les domaines de la finance, de la justice et de l'enseignement.

Niveau mondial : les traités des Nations Unies

La Déclaration universelle des droits de l'homme est le cadre de l'ensemble de la législation internationale sur les droits de l'homme. En vertu de son article 25, « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». Cet article constitue la base de l'ensemble de la structure du droit à la santé. Ce dernier est encore précisé dans sept importantes conventions des Nations Unies qui ont également force contraignante (voir encadré n° 17). Chaque accord contient au moins un article qui concerne directement le droit à la santé, ainsi que d'autres articles qui portent indirectement sur la santé et les conditions favorables à celle-ci.

ENCADRÉ N° 17. TRAITÉS DES NATIONS UNIES SUR LES DROITS DE L'HOMME

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

L'application de ces traités fondamentaux sur les droits de l'homme est surveillée par des comités d'experts indépendants (« organes de surveillance de l'application des traités ») créés sous les auspices des Nations Unies et soutenus par elles. Les États qui sont parties à un traité doivent présenter régulièrement des rapports sur la façon dont ils s'acquittent de leurs obligations en vertu de ce traité. Aux termes de certaines des conventions, les particuliers et les organisations peuvent également introduire des plaintes motivées par la violation de droits.

Parmi les autres importants instruments des Nations Unies concernant les droits de l'homme, on trouve le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention sur toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention sur les droits des enfants (CRC), la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille.

Le niveau européen

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

Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, également appelée Convention européenne sur les droits de l'homme ou CEDH (44). Un important postulat de cette convention est que le droit à la santé découle du droit à la vie. Cette convention porte également sur un certain nombre de droits connexes : le droit à la dignité humaine, le droit à la protection de la vie privée et des données personnelles, et le droit à la vie privée et familiale. Les parties à la CEDH s'engagent à garantir la jouissance de l'ensemble de ces

droits et libertés à toute personne présente dans leur juridiction. La CEDH a également établi des mécanismes internationaux de mise en œuvre.

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

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

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

Système de l'UE

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

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

Cour de justice des Communautés européennes. La Cour peut avoir à connaître des affaires liées à la santé pour des raisons diverses et elle rend des arrêts renvoyant aux instruments internationaux ou européens que les États membres de l'UE ont adoptés. Les arrêts de la Cour se fondent sur les principes énoncés dans la CEDH. Parmi les autres accords importants auxquels la Cour se réfère, on peut citer les conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT), la Charte sociale européenne et le PIDCP.

L'efficacité et les limites des conventions internationales

La faiblesse des conventions internationales qui est le plus couramment reconnue est l'absence de mécanisme de sanction. Dans le cadre du système de surveillance des traités des Nations Unies, il existe un système d'élaboration de rapports par pays qui offre de larges possibilités de faire connaître les droits fondamentaux de la personne humaine et d'en débattre. Les rapports de pays destinés aux Nations Unies peuvent constituer d'importants catalyseurs de tels débats. Cependant, en dernière analyse, les organes de surveillance ne peuvent influencer sur un pays qui semble passif ou hésite à mettre en œuvre des changements nécessaires, et ne peuvent l'obliger à diffuser des rapports auprès du grand public. En ce qui concerne les décisions de la Cour de justice, il est avéré qu'elles ont des effets significatifs à long terme, quoique ceux-ci soient un peu lents à se manifester. Après un certain temps, elles sont le plus souvent incorporées dans les législations nationales.

Il existe aussi, dans certains domaines techniques comme la lutte contre le tabac et l'environnement, d'autres instruments juridiques internationaux utilisables de manière similaire.

INSTRUMENT N° 2 – Fixation de buts internationaux : les objectifs du Millénaire pour le développement (les OMD)

En 2000, les représentants de 189 pays ont adopté la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Celle-ci stipule que certains principes et valeurs sont fondamentaux pour les relations internationales au XXI^e siècle et énonce huit objectifs de développement que chaque pays doit s'efforcer d'atteindre pour 2015. Les objectifs 4, 5 et 6 sont en lien direct avec la santé : ils traitent respectivement de la mortalité infantile, de la santé maternelle et du sida et d'autres maladies. Après l'adoption de cette Déclaration, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds monétaire international (FMI) et l'OCDE

ont contribué à élaborer 18 buts précis et 48 indicateurs d'évaluation quantifiés pour les huit objectifs.

Les progrès accomplis en ce qui concerne les OMD sont surveillés à l'aide de rapports de pays qui analysent l'évolution des indicateurs. Les indicateurs visent à établir, objectif par objectif, l'amélioration ou la dégradation de la santé de chaque population et constituent ainsi un mécanisme qui assure une équité et une solidarité accrues, et permet de comparer les succès enregistrés par les divers États et régions dans la réalisation de leurs objectifs. Sur le plan technique, cependant, les indicateurs eux-mêmes sont encore imparfaits et les responsables politiques doivent être conscients de deux de leurs principales limites :

- la qualité de l'information varie d'un pays à l'autre ;
- les indicateurs ne sont que des moyennes nationales et ne donnent pas d'information sur les groupes défavorisés ni sur d'autres sous-populations auxquelles les objectifs se rapportent plus particulièrement.

Dans la Région européenne, il est de notoriété générale que les indicateurs OMD ne fournissent que des chiffres approximatifs et peuvent masquer certaines inégalités. De même, les données réunies à l'échelle nationale sont souvent inappropriées, notamment pour les objectifs ciblant la pauvreté, la mortalité infantile et la santé maternelle.

Le lien avec les valeurs de la Santé pour tous

La philosophie de la Santé pour tous trouve son écho dans le fait que les OMD mettent l'accent sur l'équité, notamment par la lutte contre la pauvreté aux niveaux mondial et régional. Les efforts récents de l'UE pour lutter contre la pauvreté par une remise de la dette, de nouveaux mécanismes de financement et une augmentation de l'aide au développement constituent un bon exemple des efforts redoublés de la communauté internationale pour parvenir aux OMD.

D'autres OMD encore sont en lien direct avec les efforts menés pour la Santé pour tous à l'échelle nationale. Parmi ceux-ci, l'objectif n° 7 (« Assurer un environnement durable », étant donné que l'approvisionnement en eau, ainsi que sa qualité et son assainissement, restent un déterminant problématique de la santé pour certains pays et sous-populations), et l'objectif n° 8 (« Mettre en place un partenariat mondial pour le développement », étant donné qu'il exhorte à aborder le travail de développement de façon globale et durable), correspondent à

l'invitation de la Santé pour tous d'envisager au sens large des partenariats pour la santé dépassant le secteur de la santé.

Un examen complet des liens entre la santé et le développement requiert d'étudier de manière plus approfondie les liens entre l'équité et le développement (voir encadré n° 18), et l'OMS a l'intention d'étudier cette interdépendance dans son Rapport sur la santé dans le monde 2006.

ENCADRÉ N° 18. BUREAU EUROPÉEN DE L'INVESTISSEMENT POUR LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT

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

INSTRUMENT N° 3 – Assurer la participation du public

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

Il incombe à chaque État membre de la Région européenne de concevoir des politiques appropriées pour encourager la participation (voir encadrés n° 19 et 20). Ayant reconnu progressivement la nécessité d'une telle participation,

plusieurs pays d'Europe occidentale ont expérimenté diverses façons de la mettre en œuvre, en particulier grâce à des débats publics. Un facteur essentiel du succès de ces efforts est constitué par la diffusion de connaissances dans l'ensemble de la société. À cette fin, il est devenu indispensable de s'assurer la participation des ONG et de travailler en étroite collaboration avec les médias.

ENCADRÉ N° 19. CONFÉRENCES DE CONSENSUS

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

ENCADRÉ N° 20. FORUMS NATIONAUX DE LA SANTÉ

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

Pour encourager la participation de la population, les responsables politiques peuvent envisager :

- de qualifier les divers participants de représentants, de façon à les dissuader de laisser les intérêts de la lutte contre la concurrence, du privé, des professionnels ou des entreprises entraver leur travail ;

- de faire en sorte que les groupes de la population les plus vulnérables et les plus défavorisés soient représentés proportionnellement et équitablement au cours du processus de consultation ;
- de veiller à ce que l'information et sa présentation soient objectives et transparentes ;
- d'indiquer clairement dès le début du processus la mesure dans laquelle une politique publique peut incorporer de façon réaliste les opinions des participants ;
- d'informer la population sur les résultats du processus de consultation et la façon dont il a été utilisé.

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

La gouvernance éthique dans le secteur sanitaire implique la collecte et la surveillance constantes de données sur la santé de la population, les risques pour la santé et les déterminants de la santé, qui permettent aux autorités sanitaires de prendre des décisions reposant sur les données et les connaissances les plus récentes. Sans être une nouveauté, la collecte de données en tant qu'outil pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques gagne en efficacité au fur et à mesure qu'elle est affinée par les experts. L'une des améliorations obtenues est la collecte de données désagrégées qui permettent aux responsables politiques d'évaluer comment les évolutions positives sur le plan sanitaire se répartissent entre les différents groupes de population – c'est-à-dire de réaliser une analyse du caractère équitable des politiques.

INSTRUMENT N° 4 – Rassembler des données sanitaires et constituer une base de données sur la santé

Pour qu'une politique de santé soit à la fois réalisable (efficace et financièrement réaliste) et éthique (réactive et fondée sur des valeurs), il est essentiel de suivre de près l'état de santé de la population. Cela nécessite l'interprétation et l'observation constantes d'un large ensemble d'indicateurs de santé (voir encadrés n° 21 à 23).

Lorsqu'ils mettent en place un système permanent d'indicateurs de santé, les responsables politiques devraient veiller à ce que celui-ci respecte des normes éthiques, y compris le droit de l'individu à la vie privée et au choix du mode de vie. En matière de collecte et de suivi de données, cela signifie que les données

ENCADRÉ N° 21. RECUEILS DE DONNÉES CRÉÉS PAR LE BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'EUROPE

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

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

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

ENCADRÉ N° 22. RECUEILS DE DONNÉES CRÉÉS PAR D'AUTRES ORGANISATIONS

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

« Données clés sur la santé » rassemble des données provenant de nombreuses sources scientifiques. On y trouve des données sur la situation sanitaire et les maladies, les dangers liés à l'environnement et à la circulation routière, et les facteurs relatifs aux modes de vie, ainsi que sur le système de soins de santé lui-même. Ce rapport, compilé par Eurostat (l'office statistique des Communautés européennes), a été conçu comme un outil destiné aux responsables de l'élaboration de la politique de santé de l'UE, aux spécialistes médicaux, aux économistes de la santé, aux chercheurs en santé, aux médias et au grand public.

D'autres organes de l'UE s'occupent de traitement de données sur la santé, comme par exemple le Programme communautaire de santé publique, qui œuvre activement à l'élaboration d'indicateurs sanitaires dans le cadre du volet « Information sur la santé », et le sous-groupe « Indicateurs » du Comité de la protection sociale, qui travaille également avec des indicateurs sanitaires pour fournir de meilleures informations en vue d'initiatives en matière de services sanitaires.

ENCADRÉ N° 23. PROTOCOLE SUR L'EAU ET LA SANTÉ

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

individuelles doivent être anonymes et que la confidentialité doit être strictement garantie.

INSTRUMENT N° 5 – Mettre en place et gérer des systèmes de surveillance des crises sanitaires

Les systèmes de surveillance et d'alerte concernant les crises sanitaires constituent un instrument essentiel pour prévoir des situations d'urgences sanitaires catastrophiques chaque fois que cela est possible et, dans le cas contraire, pour faire face aux catastrophes dès que celles-ci se produisent. Les systèmes d'alerte sanitaire surveillent avant tout les maladies infectieuses, mais ils ont également commencé à suivre de plus en plus les risques majeurs en matière d'hygiène de l'environnement. Ces systèmes sont devenus un élément indispensable de la préparation aux catastrophes dans un contexte de plus en plus mondialisé, dans lequel les maladies se propagent avec une facilité et une rapidité croissantes.

Les systèmes de surveillance des crises sanitaires peuvent être utiles étant donné qu'ils peuvent :

- détecter d'importantes menaces et urgences sanitaires ;
- rassembler et évaluer de façon critique les connaissances actuelles concernant les risques sanitaires ;
- évaluer et analyser les situations d'urgence ;
- avertir les autorités au sujet d'importantes menaces potentielles ;
- constituer la base de recommandations ad hoc et générales ;
- renforcer les activités de surveillance des crises menées par les professionnels de santé.

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

L'efficacité d'un système de surveillance des crises sanitaires dépend de sa souplesse, de son aptitude à détecter les risques imprévus, du degré de coordination

intersectorielle, du financement, de l'indépendance par rapport aux autorités et programmes politiques, et de la qualité de la communication.

Le lien avec les valeurs de la Santé pour tous

Souvent, en cas de crise, seule une action collective permet de prendre des mesures essentielles de protection des plus pauvres et des plus faibles (et donc de la communauté tout entière). Lorsque des épidémies se produisent, une protection efficace de la santé publique est assurée avant tout par des mesures destinées à l'ensemble de la population, prises aussi rapidement que possible et, si nécessaire, de façon autoritaire. La mise en œuvre de ces mesures doit néanmoins respecter les principes d'équité et de solidarité. De même, le respect de ces valeurs doit transparaître des réactions internationales aux urgences sanitaires (voir encadré n° 24).

ENCADRÉ N° 24. LES EFFORTS DE L'OMS

Le Règlement sanitaire international (RSI) a été révisé et adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2005. Il représente un énorme progrès pour la protection de la santé mondiale contre les risques de maladie, quelle que soient leur origine.

Le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) rassemble des experts, des établissements de santé et des autorités de santé publique. Il s'agit d'un réseau électronique comprenant de nombreux éléments, dont :

- le réseau mondial d'information sur la santé publique : il s'agit d'une base de données mondiale qui comporte un moteur de recherche portant sur l'ensemble du système ; il est possible d'entrer des mots clés dans sept langues pour identifier les indicateurs d'une flambée épidémique ;
- le réseau de laboratoires de l'OMS : il comprend actuellement 110 laboratoires dans 84 pays.

Le GOARN permet à l'OMS de réagir sans délai à des crises, en diffusant des avertissements sanitaires rapidement dans le monde entier, en envoyant des bulletins d'information, en conseillant des particuliers, en élaborant des stratégies de crise et en fournissant une aide aux gouvernements. Sa capacité a été démontrée au cours de la crise provoquée par le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

INSTRUMENT N° 6 – Surveillance des déterminants de la santé

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

La bonne compréhension des principaux déterminants de la santé permet un maximum d'efficacité dans la prise de décisions et la mise en œuvre de mesures dans le domaine sanitaire. Le suivi des déterminants de la santé requiert une coordination tant dans le secteur de la santé qu'en dehors. Il est important d'observer les inégalités existantes en matière de déterminants de la santé et de les présenter à la fois en chiffres absolus et après pondération. Cette approche est nécessaire parce que les interventions destinées à lutter contre la maladie et à sauver des vies ne peuvent réussir que si les déterminants sociaux de la santé sont correctement pris en compte. Les projets et études nationaux et internationaux ont permis d'en apprendre beaucoup sur ces déterminants, mais les connaissances rassemblées sont encore quelque peu lacunaires. Afin de pouvoir être exploitées au maximum, elles doivent être approfondies et largement diffusées.

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

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

Le lien avec la gouvernance éthique

L'un des moyens les plus efficaces de s'attaquer à des écarts grandissants dans l'état de santé d'une population est de cibler les déterminants sociaux de la santé, notamment la pauvreté. De telles actions ont un objectif plus large, à savoir d'améliorer les conditions de vie et de travail de la population, ce qui revêt

une importance cruciale pour améliorer la santé et lutter contre les inégalités en la matière. Comme les principaux déterminants de la santé sont eux-mêmes déterminés, du moins en partie, par les conditions sociales, il convient de les aborder au niveau social (voir encadré n° 25). Dès lors, il appartient aux organes décisionnels publics chargés de la politique et de l'action sociales de superviser la mise en place des remèdes.

ENCADRÉ N° 25. LA COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET DE LA SANTÉ

Instaurée en 2005, cette commission est la dernière initiative planétaire de l'OMS pour lutter contre le problème des déterminants sociaux de la santé. Une antenne du Bureau régional pour l'Europe – à savoir le Bureau européen d'investissement pour la santé et le développement (Venise) – cherche à rassembler les concepts, les bases factuelles scientifiques, la technologie et les actes politiques nécessaires pour s'attaquer aux déterminants sociaux et économiques de la santé d'une population. En collaboration avec la nouvelle Commission, le Bureau de Venise travaille en relation étroite avec les pays européens pour développer les activités dans ce domaine.

Les stratégies qui portent sur les déterminants fondamentaux de la santé n'ont pas seulement des effets positifs sur celle-ci ; en général, elles favorisent également un développement durable et réduisent les manques d'équité. Cependant, pour agir sur les déterminants de la santé, la politique de santé doit souvent influencer sur les comportements tant individuels que collectifs. Il convient que les pouvoirs publics, lors de l'élaboration de stratégies sanitaires à cet effet, en examinent les fondements éthiques et veillent à ce que ces stratégies respectent les droits et les libertés des individus, notamment quand il est question de déterminants qui dépendent du comportement de l'individu. Il peut être difficile de décider de la meilleure approche à adopter. Parfois, on parvient mieux à modifier des comportements malsains par l'éducation que par une interdiction légale. Cependant, il arrive qu'une interdiction soit efficace aussi. En France, par exemple, une stratégie d'interdictions et de sanctions a permis d'obtenir une réduction spectaculaire des accidents de la circulation en 2002-2004, bien que la pérennité à long terme de cette politique n'ait pas encore été démontrée.

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

INSTRUMENT N° 7 – Évaluer les performances du système de santé

C'est pour comprendre les importantes inégalités en matière de gains de santé dans le monde que l'OMS a commencé à évaluer et à analyser les performances

des systèmes de santé. Des informations abondantes avaient montré que des pays comparables qui procédaient à des investissements similaires obtenaient parfois des résultats très différents en matière d'amélioration de la santé et qu'inversement, différents niveaux d'investissement produisaient parfois des résultats analogues. Cette situation a soulevé des questions concernant l'efficacité des systèmes de santé, c'est-à-dire leur aptitude à obtenir, pour un investissement donné, non seulement les meilleurs résultats de santé, mais aussi le meilleur degré de rentabilité et d'équité dans le financement.

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

- **Le cercle vicieux de la pauvreté.** Les conséquences des dysfonctionnements des systèmes de santé sont inversement proportionnelles au revenu et sont beaucoup plus importantes dans les pays à faible revenu. Lorsqu'un système de santé ne fonctionne pas bien, les écarts entre les riches et les pauvres dans les pays à faible revenu sont également beaucoup plus grands sur le plan de la dignité et des choix du patient. En conséquence, ces systèmes fonctionnent sans respecter pleinement le droit à la santé des plus défavorisés.
- **Contributions financières équitables.** Les coûts du système de santé doivent être partagés équitablement, ce qui signifie que les responsables politiques doivent veiller à ce que les plus pauvres ne consacrent pas un pourcentage plus élevé que les riches à la protection de leur santé.

L'analyse des performances des systèmes de santé a permis d'établir des comparaisons intéressantes et déclenché quelques débats importants (51). Il est utile pour un gouvernement de lancer de tels débats et d'étudier les causes des manques d'équité, et cela met en évidence un souci d'éthique fondamental. Jusqu'à présent, cependant, ce type d'analyse rencontrait certaines limites dues au manque de précision des indicateurs utilisés et à la qualité des informations rassemblées. Pour faire progresser l'évaluation des performances des systèmes de

santé, de meilleurs outils seront nécessaires. Néanmoins, l'évaluation des performances du système de santé est une étape importante dans la mise en œuvre des valeurs de la Santé pour tous (voir encadré n° 26).

ENCADRÉ N° 26. L'OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ

En 1999, l'OMS a appuyé la création de l'Observatoire pour aider les pays en transition de la Région européenne à observer la façon dont leur secteur sanitaire fonctionnait par comparaison avec les autres pays en transition et les pays d'Europe occidentale. Depuis lors, l'Observatoire a réalisé de nombreuses études, dont une série d'enquêtes nationales qui aident les responsables des soins de santé à décrire leur propre système en utilisant des méthodes et un schéma communs. Ces enquêtes produisent une grande quantité de données comparatives, que les systèmes de santé ont trouvées très utiles pour toutes sortes d'analyses internes et collaboratives.

INSTRUMENT N° 8 – Évaluer la qualité : l'accréditation

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

L'accréditation présente plusieurs avantages potentiels. La qualité et la sécurité des soins médicaux sont évaluées par rapport aux attentes des patients. L'accréditation porte sur une amélioration constante du traitement et du diagnostic. Des pairs évaluateurs formulent des recommandations précises à l'intention des professionnels de santé concernant les moyens qu'ils peuvent utiliser pour amener les performances aux normes souhaitées. Comme les autres professionnels sont directement associés au processus d'accréditation, ceux qui font l'objet de l'évaluation sont plus disposés à accepter et à mettre en œuvre les changements proposés. Comme les évaluations sont réalisées par des experts extérieurs, les professionnels et les patients peuvent être assurés que le jugement de ces spécialistes est objectif et éclairé. Les rapports d'accréditation sont à la disposition du grand public, ce qui améliore la confiance des usagers.

Il est important de noter que l'accréditation n'est qu'un outil parmi d'autres (recommandations sur les aspects cliniques ou sur la qualité, audits sur la qualité, etc.) pour le développement de la qualité et l'assurance qualité.

Le lien avec les valeurs de la Santé pour tous

L'accréditation offre aux pouvoirs publics la possibilité d'élaborer et de promouvoir des normes de qualité dans l'intérêt général. Elle peut aussi rassembler et motiver les professionnels de santé, et donner aux citoyens les informations dont ils ont besoin pour comparer les options de prestataires de soins et bien choisir parmi celles-ci. En bref, bien que l'accréditation exige un investissement en ressources humaines et financières, elle peut accroître l'accès, la participation et la transparence (voir encadré n° 27).

ENCADRÉ N° 27. L'EXPÉRIENCE EUROPÉENNE

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

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

Comment les responsables politiques peuvent-ils rationaliser davantage les politiques et les actions de santé ?

INSTRUMENT N° 9 – Faire reposer la politique de santé sur des bases factuelles

En cette ère de croissance exponentielle des connaissances, les politiques de santé tiennent de plus en plus compte de critères et de données scientifiques.

Cependant, pour que les décideurs puissent maximiser l'efficacité des programmes du secteur sanitaire, ils ont besoin d'avoir accès à des données à jour et aux meilleures bases factuelles disponibles. Actuellement, la recherche portant sur la façon de faire reposer la politique de santé sur des bases factuelles vise à affiner cette démarche et à accroître son applicabilité. De bonnes bases factuelles sur la santé englobent non seulement les résultats de recherches, mais aussi d'autres connaissances qui peuvent être utiles pour les décideurs. Heureusement, il existe maintenant plusieurs excellentes sources d'idées et d'informations conçues spécialement en vue de leur utilisation par les autorités sanitaires (voir encadrés n° 28 à 30).

ENCADRÉ N° 28. LA COCHRANE COLLABORATION

Cette organisation internationale procède à des revues systématiques de la littérature médicale actuelle sur l'efficacité de certaines interventions de santé. Des professionnels de santé, des responsables de l'élaboration des politiques et des usagers des soins de santé utilisent ces revues, qui sont disponibles pour les membres sur <http://www.cochrane.org/index0.htm>. Toute personne peut consulter gratuitement des résumés des revues sur ce site. La Collaboration a établi des protocoles précis pour réduire autant que possible les biais susceptibles d'entacher les revues, y compris l'examen par les pairs. Cette organisation réalise également des travaux de recherche méthodologique approfondie qui résument les connaissances scientifiques en médecine et en santé.

ENCADRÉ N° 29. LE RÉSEAU DES BASES FACTUELLES EN SANTÉ

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

ENCADRÉ N° 30. L'INTERNATIONAL NETWORK OF AGENCIES FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (INAHTA)

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

Le lien avec la gouvernance éthique

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

INSTRUMENT N° 10 – Réaliser des évaluations d'impact sur la santé

L'évaluation d'impact sur la santé est un ensemble de méthodes et d'outils qui vise à incorporer la dimension sanitaire dans toutes les politiques des pouvoirs publics. Grâce à ce type d'évaluation, il est possible de porter une appréciation sur une politique, un programme ou un plan sous l'angle de ses effets potentiels sur la santé. Les décisions prises dans des secteurs tels que l'industrie, les transports, l'environnement, le logement, l'agriculture et l'énergie ont toutes diverses conséquences sur la santé, qu'elles soient directes ou indirectes. L'évaluation d'impact sur la santé vise à prévoir ces conséquences afin d'informer les décideurs ; dès lors, il peut s'agir d'un précieux instrument pour incorporer des considérations sanitaires dans les décisions de secteurs non sanitaires (voir encadrés n° 31 et 32).

L'évaluation d'impact sur la santé s'est révélée être un moyen efficace d'accorder une plus grande importance à la santé publique lors de l'examen de questions politiques. Traditionnellement, lors de l'élaboration d'une politique dans un secteur quelconque, il n'est guère tenu compte de ses incidences sanitaires ; cependant, lorsqu'il y a des effets sanitaires négatifs, leurs coûts sont supportés

ENCADRÉ N° 31. L'EXPÉRIENCE EUROPÉENNE

L'exigence selon laquelle la formulation et la mise en œuvre de l'ensemble des politiques, programmes et activités de l'UE doit garantir un haut degré de protection sanitaire a initialement été énoncée par l'UE dans deux documents fondateurs, à savoir le Traité sur l'UE (Traité de Maastricht) et le Traité d'Amsterdam. La Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs de l'UE est chargée d'évaluer les conséquences pour la santé publique de chaque politique et programme communautaires. Les bases sur lesquelles la santé a été prise en considération dans les politiques d'autres secteurs ont été établies plus tôt encore, par une directive de 1985 qui a rendu obligatoire l'évaluation d'impact environnemental pour tous les États membres de l'UE.

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

ENCADRÉ N° 32. LE COMITÉ EUROPÉEN DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA SANTÉ

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

par le secteur sanitaire. La participation du secteur sanitaire au débat concernant les politiques ou plans d'autres secteurs peut contribuer à anticiper de telles situations. Pour que l'évaluation d'impact sur la santé soit efficace, elle doit associer toutes les parties prenantes, y compris la population touchée, et les participants doivent être disposés à remettre en cause la valeur de programmes dont il est montré qu'ils ont des effets négatifs sur la santé publique. Et pour une efficacité maximale, il conviendrait d'exploiter, dans l'évaluation d'impact sur la santé, les meilleures bases factuelles disponibles sur la santé et ses déterminants.

Un problème soulevé par l'utilisation de l'évaluation d'impact sur la santé tient dans la possibilité d'une concurrence avec les priorités d'autres questions sociales (telles que la finance, le développement, le logement et l'emploi). Le fait

que les conséquences sanitaires négatives de nombreux projets ne se manifestent qu'au bout d'un certain temps accroît encore la difficulté. Cependant, certains pays de la Région européenne ont découvert que ce type d'évaluation peut, en fait, accroître l'intérêt et la participation de la population, des universitaires et des autorités locales.

L'évaluation d'impact sur la santé est encore en cours de conception et des spécialistes mènent des travaux pour améliorer les méthodes et créer un ensemble commun de normes et de protocoles de référence.

7. Vers la Santé pour tous : points à vérifier par les décideurs

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

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

La politique soutient-elle les valeurs fondamentales de la Santé pour tous ?

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

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

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

- Quel est le degré de réceptivité du système de santé vis-à-vis de l'opinion publique ? Tous les citoyens ont-ils une possibilité égale de participer ?
- Quels sont les mécanismes en place pour encourager la participation de la population ? Que fait-on pour encourager la participation des groupes défavorisés et vulnérables ?
- Lorsque d'importants nouveaux programmes et politiques de santé sont en cours d'élaboration, existe-t-il de nombreuses possibilités de débat public ?

Quelles sont les principales parties prenantes consultées ? Quelles sont celles qui ne le sont pas ? Ces activités sont-elles mises sur pied en temps utile et bénéficient-elles d'une large publicité ?

La politique reflète-t-elle une vision large de la santé ?

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

- Quels programmes et initiatives ont été prévus pour promouvoir des modes de vie sains ? Existe-t-il des plans d'action nationaux concernant le tabac, l'alcool, la toxicomanie, la nutrition et l'activité physique ?
- Quels sont les critères permettant d'évaluer si les services de santé améliorent la santé ? Comment ces critères peuvent-ils être rendus plus efficaces ?
- Quels programmes et initiatives ont été prévus en matière d'hygiène de l'environnement ? Existe-t-il un plan d'action national pour l'hygiène de l'environnement ?
- Quels sont les programmes et initiatives destinés à compenser les effets de la pauvreté sur la santé ? Existe-t-il un plan d'action national concernant la réduction de la pauvreté ?
- Parmi les quatre types de programmes sanitaires (soins aux patients, prévention, promotion de modes de vie sains et déterminants de la santé), quel est celui qui peut le plus améliorer la santé de la population ? Quel est celui qui est le moins efficace à cet égard ? Les crédits budgétaires actuels reflètent-ils ces potentiels ? (Pour la composition détaillée de chaque élément, voir pages 14–16.)

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

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

En définitive, ce qui compte le plus, c'est de traduire dans la pratique les valeurs de la Santé pour tous. Pour évaluer leur mise en œuvre, il convient d'examiner plusieurs aspects du système de santé pour déterminer dans quelle mesure il reflète ces valeurs (considérations sur le rôle du système de santé dans la recherche de la Santé pour tous, voir pages 17–19). À nouveau, comme dans le premier groupe de questions ci-dessus (pages 78–79), l'accès est une question capitale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Les fonds alimentant le système de santé sont-ils levés de manière à répartir équitablement les coûts ?
- Les fonds sont-ils mis en commun de sorte que toute la population ait un accès assuré aux services de santé ?
- Lorsque les ressources sont allouées aux dispensateurs de services de santé,

les choix – qu’acheter, en quelle quantité et auprès de qui ? – reflètent-ils les valeurs d’équité et de solidarité ?

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

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

L’analyse du contenu d’une politique de la Santé pour tous

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

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

Caractéristiques d’une politique de santé classique facilitant sa mise en œuvre	Caractéristiques correspondantes d’une politique de la Santé pour tous
Caractéristiques techniques simples <ul style="list-style-type: none"> • Méthodes établies et utilisées largement • Des ressources nouvelles ne sont pas nécessaires 	Caractéristiques techniques très complexes <ul style="list-style-type: none"> • Absence fréquente d’expérience • Nécessité d’une formation spéciale • Nécessité de mettre au point de nouveaux systèmes d’information
Peu de changements <ul style="list-style-type: none"> • Les changements progressifs ne requièrent pas d’approbation ou peuvent être approuvés rapidement 	Importants changements <ul style="list-style-type: none"> • Des changements importants peuvent se heurter à une forte opposition de la part de certaines parties prenantes

Tableau 2 (suite)

Caractéristiques d'une politique de santé classique facilitant sa mise en œuvre	Caractéristiques correspondantes d'une politique de la Santé pour tous
Mise en œuvre par un acteur unique <ul style="list-style-type: none"> • Ni désaccord, ni compromis 	Mise en œuvre par des acteurs multiples <ul style="list-style-type: none"> • Typiquement multisectorielle • À la fois par des acteurs privés et publics • Plusieurs niveaux sont souvent concernés (du niveau local au niveau international)
Buts de la politique énoncés clairement <ul style="list-style-type: none"> • Un objectif principal unique empêche toute confusion 	Buts de la politique énoncés clairement <ul style="list-style-type: none"> • Cependant, les buts peuvent être en conflit avec d'autres buts de la société ou du système de santé
Mise en œuvre rapide <ul style="list-style-type: none"> • Rapidité du processus d'élaboration (ce qui limite la résistance et les distorsions de la politique) 	Mise en œuvre lente <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de concevoir et de lancer un système entièrement nouveau

Analyse du contexte : capacité d'un État membre à absorber, à adopter et à mettre en œuvre une politique de la Santé pour tous

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

Dans quelle mesure les acteurs de la politique de santé participent-ils à l'échange international d'idées, de technologies et de pratiques relatives à la santé ? Une telle participation est particulièrement importante dans l'administration publique de la politique de santé et contribue à la mise en place de réseaux internationaux. Les membres de ces réseaux, dans lesquels les ONG et les organisations internationales jouent un rôle clé, parviennent à une vision commune des choix et problèmes politiques.

Quelle est la capacité nationale en matière de recherche sur la politique de santé et le système de santé ? Cette capacité ne va pas de soi. Par exemple, alors que la demande de politiques de santé reposant sur des bases factuelles augmente, de nombreux pays ne sont pas en mesure de la satisfaire. Pour soutenir

l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de la Santé pour tous, de nombreux pays doivent accroître leurs capacités à fournir de tels efforts.

La mise en œuvre d'une politique de la Santé pour tous serait-elle facilitée ou entravée par l'infrastructure existante en matière de santé publique et de soins de santé ? Par exemple, y a-t-il un personnel de santé adéquatement formé? L'analyse de contenu qui figure dans le tableau 2 indique certaines des exigences des politiques de la Santé pour tous à l'égard de l'infrastructure. Ici aussi, l'existence d'une infrastructure appropriée ne va pas de soi dans chaque État membre de la Région.

La culture existante dans le secteur sanitaire public accélérerait-elle ou retarderait-elle la mise en œuvre d'une politique de la Santé pour tous ? Certains pays ont une très longue tradition d'élaboration et de mise en œuvre de politiques de la santé, et traitent depuis longtemps de problématiques telles que l'équité, la promotion de modes de vie sains et le caractère multisectoriel. Une telle tradition peut englober de nombreux systèmes de la société, y compris le législatif et l'exécutif. Dans d'autres pays, où l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé se limitent essentiellement aux systèmes de soins de santé, la démarche multisectorielle nécessaire pour soutenir la Santé pour tous peut sembler laborieuse et énigmatique.

La fonction de direction du secteur de la santé est-elle bien développée, de façon à ce que ce secteur puisse assumer sans difficulté la mise en œuvre d'une politique nationale de la Santé pour tous ? Une direction ferme, qui permet au système d'orienter et d'influencer les autres systèmes sociétaux, est souvent considérée comme un moyen de faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique efficace. L'étude sur la Santé pour tous a mis en évidence l'existence ou l'absence d'une véritable direction chez presque tous les États membres (voir partie 4).

8. Conclusion

La présente version actualisée fait franchir une nouvelle étape à la Santé pour tous en Europe. Maintenant qu'elle est adoptée, les travaux vont se poursuivre. Nous ne sommes plus dans une situation où une stratégie normative commune permet de réagir à la réalité très changeante de chaque État membre. C'est pourquoi le Bureau régional de l'Europe s'est engagé à lancer un processus permanent de la Santé pour tous, un processus qui sera continuellement enrichi par diverses expériences et perspectives nationales, ainsi que par l'apport et le travail constants du Bureau régional. La consultation des États membres a déjà débouché sur certaines propositions fascinantes qui seront abordées dans le cadre de ce processus continu. Voici quelques-unes de ces idées :

- étudier de façon plus approfondie la dimension financière d'une mise en œuvre des politiques de la Santé pour tous dans les États membres ;
- examiner de près les liens entre la gouvernance éthique basée sur des valeurs et le fonctionnement des systèmes de santé ;
- analyser l'impact des déterminants de la santé dans d'autres secteurs que celui de la santé ;
- observer systématiquement l'usage qui est fait du modèle de la Santé pour tous dans chaque pays et son applicabilité dans ce contexte ;
- concevoir des outils concrets pour l'analyse comparative des politiques de la Santé pour tous ;
- étudier les liens entre la politique-cadre de la Santé pour tous et les politiques fondamentales d'autres intervenants internationaux clés de la santé publique ;
- définir des points de référence pour la mise en œuvre progressive de la Santé pour tous ;
- élaborer un grand programme de communication sur la Santé pour tous aux niveaux régional, national et sous-national.

Références

1. Résolution EUR/RC48/R5 : La politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne au XXI^e siècle. In : *Rapport sur la quarante-huitième session*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (EUR/RC48/REC/1 ; <http://www.euro.who.int/document/rc48/freport.pdf>, consulté le 23 novembre 2005).
2. SANTÉ21 – la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous n° 6 ; <http://www.euro.who.int/document/health21/WA540GA199SA.pdf>, consulté le 23 novembre 2005).
3. Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous. In : *Rapport sur la troisième session du dixième Comité permanent du Comité régional de l'Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (EUR/RC52/SC(3)/REP ; http://www.euro.who.int/Governance/SCRC/20021210_1?language=French, consulté le 23 novembre 2005).
4. *Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (EUR/RC53/8 ; <http://www.euro.who.int/document/rc53/fdoc08.pdf>, consulté le 23 novembre 2005).
5. Résolution EUR/RC53/R3 : Actualisation de la politique-cadre régionale de la Santé pour tous. *Rapport sur la cinquante-troisième session*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (EUR/RC53/REC/1 ; <http://www.euro.who.int/document/rc53/freport.pdf>, consulté le 23 novembre 2005).
6. *Action menée dans le prolongement des sessions précédentes du Comité régional de l'OMS pour l'Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003 (EUR/RC54/12 ; <http://www.euro.who.int/document/rc54/fdoc12.pdf>, consulté le 23 novembre 2005).
7. SANTÉ21 – une introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour

- l'Europe, 1998 (Série européenne de la Santé pour tous n° 5 ; <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-F.pdf>, consulté le 23 novembre 2005).
8. *Stratégie du Bureau européen de l'OMS pour les pays : « Adapter les services aux nouveaux besoins »*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000 (EUR/RC50/10 ; <http://www.euro.who.int/Document/RC50/fdoc10.pdf>, consulté le 23 novembre 2005).
 9. *Les objectifs du Millénaire pour le développement – Nations Unies*. New York, Nations Unies, 2000 (<http://www.un.org/french/millenniumgoals/>, consulté le 23 novembre 2005).
 10. Constitution de l'OMS. In : *Textes fondamentaux*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (<http://www.who.int/governance/fr/index.html>, consulté le 23 novembre 2005).
 11. Résolution WHA30.43 : Coopération technique. In : *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif, Volume II, 1973-1984*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1985 (<http://www.who.int/governance/fr/index.html>, consulté le 23 novembre 2005).
 12. *Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1978 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, consulté le 23 novembre 2005).
 13. Résolution WHA34.36 : Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. In : *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif, Volume II, 1973-1984*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1985 (<http://www.who.int/governance/fr/index.html>, consulté le 23 novembre 2005).
 14. Résolution WHA35.23 : Plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. In : *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif, Volume II, 1973-1984*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1985 (<http://www.who.int/governance/fr/index.html>, consulté le 23 novembre 2005).
 15. Résolution WHA48.16 : Adaptation de l'OMS aux changements mondiaux : pour une nouvelle stratégie de la Santé pour tous. In : *Quarante-huitième Assemblée mondiale de la santé. Genève, 1-12 mai 1995. Résolutions et décisions, annexes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1995 (WHA48/1995/REC/1 ; <http://www.who.int/governance/fr/index.html>, consulté le 23 novembre 2005).

16. Résolution WHA50.28 : Réformes à l'OMS : relier la nouvelle stratégie de la Santé pour tous au dixième Programme général de travail, à l'élaboration du budget programme et à l'évaluation. In : *Cinquantième Assemblée mondiale de la santé. Genève, 5-14 mai 1997. Résolutions et décisions, annexes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1997 (WHA50/1997/REC/1 ; <http://www.who.int/governance/fr/index.html>, consulté le 23 novembre 2005).
17. Résolution WHA51.7 : Politique de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle. In : *Cinquante et unième Assemblée mondiale de la santé. Genève, 11-16 mai 1998. Résolutions et décisions, annexes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998 (WHA51/1998/REC/1 ; <http://www.who.int/governance/fr/index.html>, consulté le 23 novembre 2005).
18. Résolution EUR/RC30/R8 : Stratégie régionale en vue de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. In : *Recueil des résolutions et décisions du Comité régional de l'Europe, Volume I, 12^e édition*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1989.
19. Résolution EUR/RC34/R5 : Mise en œuvre de la stratégie régionale en vue de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 : les buts régionaux européens. In : *Recueil des résolutions et décisions du Comité régional de l'Europe, Volume I, 12^e édition*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1989 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/20011017_3?language=French, consulté le 23 novembre 2005).
20. Résolution EUR/RC41/R5 : Stratégie en vue de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 : actualisation des buts régionaux. In : *Recueil des résolutions et décisions du Comité régional de l'Europe, Volume II, 1^{ère} édition*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1995 (http://www.who.dk/Governance/resolutions/20011017_3?language=French, consulté le 23 novembre 2005).
21. *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint : questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. Genève, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000 (E/C.12/2000/4 ; <http://www.hri.ca/fortherecord2000/bilan2000/documentation/tbodies/e-c12-2000-4.htm>, consulté le 23 novembre 2005).
22. Direction générale – Santé et protection des consommateurs : santé publique [site Web]. Luxembourg, Commission européenne, 2005 (http://www.europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/publichealth_fr.htm, consulté le 23 novembre 2005).

23. *Health for all by the year 2000: the Finnish national strategy*. Helsinki, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 1987.
24. *Health for all by the year 2000: revised strategy for co-operation*. Helsinki, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 1993.
25. *Government resolution on the 2015 public health programme*. Helsinki, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2001.
26. Department of Health. *The health of the nation: a strategy for health in England*. London, The Stationery Office, 1992.
27. Secretary of State for Health. *Saving lives: our healthier nation*. London, The Stationery Office, 1999.
28. Weber I et al. *Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen – Fakten – Perspektiven*. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 1990.
29. Weber I, Meye MR, Flatten G. *Vorrangige Gesundheitsprobleme in den verschiedenen Lebensabschnitten: Zwischenbericht*. Cologne, Eigenverlag, 1987.
30. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V. *gesundheitsziele.de: Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003.
31. *Stadt diagnose. Gesundheitsbericht Hamburg*. Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS), Freie und Hansestadt Hamburg, 1992.
32. *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg: Zwischenbilanz 1994*. Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS), Freie und Hansestadt Hamburg, 1995.
33. Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. *Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW*. Bielefeld, LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), 1995.
34. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Haut Comité de la santé publique. *La santé en France : Rapport général*. Paris, la Documentation française, 1994.
35. *Prescriptions for a healthier Norway: a broad policy for public health*. Oslo, ministère des Affaires sociales, 2002 (Report No. 16 (2002-2003) to the Storting (short version) ; <http://odin.dep.no/archive/hdvedlegg/01/07/folke013.pdf>, consulté le 23 novembre 2005).
36. Danis M, Clancy C, Churchill LR, eds. *Ethical dimensions of health policy*. Oxford, Oxford University Press, 2002.

37. McKee M. Values and beliefs in Europe. In: Marinker M, ed. *Health targets in Europe: polity, progress and promise*. London, BMJ Publishing Group, 2002.
38. *The human rights, ethical and moral dimensions of health care: 120 case studies*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1998.
39. Nygren-Krug H. *Vingt-cinq questions-réponses sur la santé et les droits humains*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (Série Santé et droits de l'homme n° 1 ; <http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionFrench.pdf>, consulté le 23 novembre 2005).
40. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 1993, 12(4):431-457.
41. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3):429-445.
42. *Résolution 217 A (III) de l'Assemblée générale. Déclaration universelle des droits de l'homme*. New York, Nations Unies, 1948 (<http://www.un.org/french/aboutun/dudh.htm>, consulté le 23 novembre 2005).
43. Daniels N. Fair process in patient selection for antiretroviral treatment in WHO's goals of 3 by 5. *Lancet*, published online 19 May 2005 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS014067360566518X/fulltext>, consulté le 7 juin 2005).
44. *Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales telle qu'amendée par le Protocole n° 11*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1998 (<http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/005.htm>, consulté le 23 novembre 2005).
45. *Charte sociale européenne (révisée)*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/163.htm>, consulté le 23 novembre 2005).
46. Version consolidée du traité instituant la Communauté européenne. *Journal officiel des Communautés européennes*, C325/33, 24 décembre 2002 (<http://europa.eu.int/abc/obj/amst/fr>, consulté le 23 novembre 2005).
47. Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. *Journal officiel des Communautés européennes*, 2000/C 364/01, 18 décembre 2000 (http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/charte/index_fr.html, consulté le 23 novembre 2005).
48. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_fr.pdf, consulté le 23 novembre 2005).

49. *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – façonner l’avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf, consulté le 23 novembre 2005).
50. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf, consulté le 23 novembre 2005).
51. Murray CJL, Evans DB, eds. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003.

Annexe 1

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

2004

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

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

2003

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

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

2002

Partenariats pour la santé (EUR/RC52/7)

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

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

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

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

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

2001

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

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

2000

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

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

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

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.

États membres

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

Ce document présente la plus récente version actualisée (la troisième) de la politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS, adoptée en septembre 2005. C'est l'aboutissement de deux ans de travail effectué pour intégrer les nouvelles connaissances accumulées depuis la précédente actualisation, en 1998, et incorporer les résultats de grandes consultations avec les pays et les principales agences partenaires.

La version actualisée de 2005 expose le concept de la gouvernance éthique reposant sur des valeurs. Elle montre aussi que les décideurs politiques ont le potentiel de transposer les valeurs dans la pratique et dans l'action. Elle propose une série d'outils concrets pouvant être employés pour vérifier que certains droits ou valeurs sont respectés dans les politiques ou systèmes de santé nationaux.

Cette nouvelle version est un appel en faveur d'un processus continu dans le cadre de la Santé pour tous – un forum pour l'échange d'expériences, d'exemples et d'études de cas sur les activités que les pays eux-mêmes choisissent de mener à l'échelle nationale. À cet égard, la version actualisée de 2005 peut servir d'outil pour promouvoir, d'une manière pragmatique et utile, l'éthique dans les politiques nationales de santé, veillant ainsi à l'évolution permanente de la Santé pour tous dans la Région européenne.

Organisation mondiale de la santé Bureau régional de l'Europe

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17. Fax : +45 39 17 18 18. Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

ISBN 92-890-2383-X



9 789289 023832