

SANTÉ21

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

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

SANTÉ21 : la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS

(Série européenne de la Santé pour tous, n° 6)

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

ISBN 92 890 2349 X
ISSN 1012-7364

(NLM Classification: WA 540 GA1)

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. Par l'intermédiaire de l'OMS, les professionnels de la santé de plus de 190 pays échangent des connaissances et confrontent leurs expériences pour que tous les habitants de la planète puissent jouir d'un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et écono-miquement productive.

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. La Région européenne, peuplée d'environ 870 millions d'habitants, s'étend du Groenland au nord et de la Méditerranée au sud jusqu'au littoral Pacifique de la Fédération de Russie. Le programme européen de l'OMS est axé, d'une part, sur les problèmes propres aux sociétés industrielles et post-industrielles et, d'autre part, sur ceux que rencontrent les nouvelles démocraties en Europe centrale et orientale et dans les pays issus de l'ex-URSS. Dans la stratégie mise au point par le Bureau régional en vue d'instaurer la «Santé pour tous», les activités se subdivisent en trois grandes catégories : modes de vie favorables à la santé, environnement salubre et services appropriés de prévention et de traitement.

La Région européenne présente une grande diversité linguistique, qui pourrait être un obstacle à la diffusion de l'information. C'est pourquoi l'autorisation de traduire les ouvrages publiés par le Bureau régional sera très volontiers accordée.

Série européenne de la Santé pour tous, n° 6

SANTÉ21

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



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

ISBN 92 890 2349 X
ISSN 1012-7364

Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation visant à reproduire ou à traduire ses publications, en partie ou intégralement. Les demandes à cet effet et les demandes de renseignements doivent être adressées au Service des publications, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark, qui fournira volontiers les renseignements les plus récents sur tout changement apporté au texte, les nouvelles éditions envisagées et les réimpressions ainsi que les traductions déjà disponibles.

© Organisation mondiale de la santé, 1999

Les publications de l'Organisation mondiale de la santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du secrétariat de l'Organisation mondiale de la santé aucune prise de position quant au statut juridique de pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les noms des pays ou zones employés dans cette publication sont ceux qui étaient les leurs au moment où a été préparée l'édition originale de l'ouvrage.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes 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.

IMPRIMÉ AU DANEMARK

DÉCLARATION MONDIALE SUR LA SANTÉ

Adoptée par la communauté mondiale de la santé
lors de la cinquante et unième Assemblée mondiale de la santé, en mai 1998

I

Nous, États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), réaffirmons notre attachement au principe énoncé dans la Constitution de l'Organisation selon lequel la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ; nous affirmons par là la dignité et la valeur de chaque personne, ainsi que l'égalité des droits et des devoirs et la responsabilité de tous dans le domaine de la santé.

II

Nous reconnaissons que l'amélioration de la santé et du bien-être des peuples est le but ultime du développement économique et social. Nous sommes attachés aux valeurs morales d'équité, de solidarité et de justice sociale, et à la prise en compte des spécificités de chaque sexe dans nos stratégies. Nous mettons l'accent sur l'importance de la réduction des inégalités sociales et économiques pour améliorer la santé de l'ensemble de la population. Il est par conséquent impératif d'accorder la plus haute attention à ceux qui sont les plus démunis, qui souffrent d'une mauvaise santé, ne bénéficient pas de services de santé adéquats ou sont victimes de la pauvreté. Nous réaffirmons notre volonté de promouvoir la santé en agissant sur ses principaux déterminants et ses conditions de base. Nous reconnaissons que, pour faire évoluer la situation sanitaire mondiale, nous devons donner effet à la « politique de la Santé pour tous pour le XXI^e siècle » **par la mise en œuvre de politiques et de stratégies régionales et nationales appropriées**¹.

III

Nous nous réengageons à renforcer, adapter et réformer, selon le cas, nos systèmes de santé, y compris les fonctions et services essentiels de santé publique, pour assurer un accès universel à des services de santé fondés sur des données scientifiques, de bonne qualité et dans des limites de coût abordables et qui puissent être durablement assurés à l'avenir. Nous entendons rendre accessibles les éléments essentiels des soins de santé primaires tels qu'ils sont définis dans la Déclaration d'Alma-Ata² et développés dans la nouvelle politique. Nous continuerons à mettre en place des systèmes de santé adaptés à l'état de santé actuel et futur, à la situation socioéconomique et aux besoins des populations, des communautés et des pays concernés par des actions publiques et privées et des investissements judicieux.

¹ Ce dernier membre de phrase n'est pas en caractères gras dans l'original.

² Adoptés à la Coème Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution WHA32.30 (Mai 1979).

IV

Nous reconnaissons que, dans l'action en faveur de la santé pour tous, les nations, les communautés, les familles et les individus sont interdépendants. En tant que communauté de nations, nous agissons ensemble pour faire face aux dangers communs qui menacent la santé et pour promouvoir le bien-être universel.

V

Nous, États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé, prenons ici la résolution de promouvoir et d'appuyer les droits et les principes, les actions et les responsabilités énoncés dans la présente Déclaration par des efforts concertés, et une participation et un partenariat pleins et entiers, et demandons à tous les peuples et à toutes les institutions d'adhérer à la vision de la santé pour tous au XXI^e siècle et d'œuvrer ensemble à sa concrétisation.

REMERCIEMENTS

La nouvelle politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS est le résultat de deux années de travail très intense, au cours desquelles les versions successives du présent document ont été examinées compte tenu des observations des États membres, de réseaux et forums de l'OMS, d'organismes des Nations Unies, d'organisations internationales et d'intégration, d'organisations non gouvernementales et d'experts des secteurs public et privé. Je saisis cette occasion pour remercier tous ceux qui ont participé à ce processus et au produit final, de façons très différentes et à divers titres.

J.E. Asvall

Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

NOTE

Le chapitre 1, La philosophie de la Santé pour tous, présente la philosophie, les objectifs et les valeurs essentielles de la politique de la Santé pour tous et décrit l'orientation générale de la nouvelle politique.

Le chapitre 2, L'équité en matière de santé par une action solidaire porte sur des mesures visant à favoriser une grande solidarité dans le domaine du développement sanitaire entre les États membres et une plus grande équité en matière de santé entre les groupes au sein de chaque pays.

Les chapitres 3 et 4 indiquent les résultats en matière de santé qui sont souhaités pour la population de la Région. Le chapitre 3, *Améliorer la santé des 870 millions d'habitants de la Région européenne*, traite des moyens de permettre aux individus d'améliorer leur santé pendant toute leur existence. Le chapitre 4, *Prévenir et combattre les maladies et les traumatismes*, propose des stratégies permettant de réduire l'incidence, la prévalence et les effets de certaines maladies et d'autres causes de mauvaise santé.

Les chapitres 5 et 6 présentent l'ensemble des stratégies et des mesures à adopter pour atteindre la Santé pour tous. Le chapitre 5, *Stratégies multisectorielles pour une santé à long terme*, porte sur les mesures qu'il convient de prendre pour inciter de nombreux secteurs à agir pour offrir à la population un environnement physique, économique, social et culturel plus favorable à la santé. Le chapitre 6, *Secteur de santé axé sur les résultats*, concerne l'orientation qu'il faut donner au secteur sanitaire pour améliorer la santé, accroître l'équité et obtenir un meilleur rapport coût-efficacité.

Le chapitre 7, Politiques et mécanismes pour la gestion du changement, propose des moyens d'obtenir le soutien du monde politique, des professionnels et du public pour la Santé pour tous à tous les niveaux. Il s'agit de créer un large mouvement pour la santé grâce à des partenariats novateurs, des politiques unificatrices et un processus de développement sanitaire adapté aux réalités nouvelles de la Région européenne.

Le chapitre 8, La Santé 21 – de nouvelles possibilités d'action, contient les conclusions et examine le défi qu'il faudra relever.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Déclaration mondiale sur la santé	v
Remerciements	vii
Note	viii
Chapitre 1 La philosophie de la Santé pour tous	1
1.1 La Région européenne de l’OMS se trouve à la croisée des chemins	1
1.2 La politique de la Santé pour tous et ses buts	3
1.3 Le rôle de la communauté internationale en général et de l’OMS en particulier ..	5
1.4 Conclusion	7
Chapitre 2 L’équité en matière de santé par une action solidaire.....	9
2.1 Solidarité en matière de santé entre les pays en Europe	9
2.2 Supprimer les écarts de santé dans les pays	16
2.2.1 Les pauvres	16
2.2.2 Les chômeurs.....	17
2.2.3 Manque d’équité entre les sexes en matière de santé	17
2.2.4 Les minorités ethniques, les immigrés et les réfugiés.....	18
2.2.5 Les invalides	18
Chapitre 3 Améliorer la santé des 870 millions d’habitants de la Région européenne	23
3.1 Transitions dans la vie et santé	23
3.2 Démarrer dans la vie en bonne santé	25
3.3 Santé des jeunes.....	32
3.4 Santé des adultes.....	36
3.5 Vieillesse en bonne santé	40
3.6 Mourir dans la dignité	45
Chapitre 4 Prévenir et combattre les maladies et les traumatismes	47
4.1 La charge de morbidité globale	47
4.2 Santé mentale	49
4.3 Maladies transmissibles	52
4.3.1 Maladies dont l’éradication mondiale ou l’élimination dans la Région européenne est prévue	59
4.3.2 Endiguement de maladies transmissibles par la vaccination	60

4.3.3	Endiguement d'autres maladies transmissibles.....	62
4.4	Maladies non transmissibles	65
4.5	Blessures dues aux actes de violence et aux accidents	73
4.6	Catastrophes	77
Chapitre 5	Stratégies multisectorielles pour une santé à long terme	79
5.1	La base biologique de la santé	80
5.2	Déterminants physiques et socioéconomiques de la santé.....	84
5.2.1	Environnement physique.....	85
5.2.2	Les déterminants socioéconomiques de la santé	93
5.3	Modes de vie sains	98
5.3.1	Choix sains et comportement	99
5.3.2	Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme	106
5.4	Cadres visant à promouvoir la santé	116
5.5	Responsabilité multisectorielle pour la santé.....	124
5.5.1	Parvenir à la responsabilité	125
5.5.2	Action pour la santé menée par d'autres secteurs	127
Chapitre 6	Secteur de santé axé sur les résultats.....	137
6.1	Introduction	137
6.2	Intégration des soins de santé primaires et des services hospitaliers.....	140
6.2.1	Les fonctions de services de santé intégrés.....	142
6.2.2	Organisation de services de santé intégrés	144
6.2.3	Structures de soins de santé primaires	147
6.2.4	Hôpitaux	147
6.3	Gérer pour améliorer les résultats en matière de santé	149
6.3.1	Application d'instruments de gestion en vue d'améliorer les résultats.....	154
6.3.2	Planification des ressources entrantes en vue de résultats optimaux	155
6.4	Financement et affectation de ressources aux services et soins de santé	155
6.4.1	Ressources financières.....	155
6.4.2	Ressources humaines	161
6.4.3	Médicaments	168
6.4.4	Équipements médicaux.....	171

6.5	Infrastructure de santé publique	171
6.5.1	Gestionnaires de santé publique	172
6.5.2	Autres travailleurs de santé publique	174
Chapitre 7	Politiques et mécanismes pour la gestion du changement	177
7.1	Introduction	177
7.2	Renforcement de la base de connaissances pour la santé	178
7.2.1	Recherche	178
7.2.2	Soutien informationnel de la santé	179
7.3	Mobilisation de partenaires pour la santé	184
7.3.1	États	188
7.3.2	Hommes politiques	188
7.3.3	Professionnels	189
7.3.4	Organisations non gouvernementales	190
7.3.5	Secteur privé	191
7.3.6	Citoyens	191
7.3.7	Rassembler des partenaires en vue d'une action	192
7.4	Planification, mise en œuvre et évaluation de politiques de la Santé pour tous	195
7.4.1	Tracer clairement la voie à suivre	198
7.4.2	Sensibiliser	198
7.4.3	Accord sur le processus	198
7.4.4	Recherche d'un consensus	199
7.4.5	Fixation de buts	199
7.4.6	Obtenir la transparence	201
7.4.7	Légitimation du processus	201
7.4.8	Formation d'alliances nouvelles	201
7.4.9	Élargir la gamme d'instruments de mise en œuvre de la politique	202
7.4.10	Coordination, surveillance et évaluation des progrès	202
Chapitre 8	La SANTÉ 21 – de nouvelles possibilités d'action	205
Annexe 1	Liens entre les cibles mondiales et les buts régionaux de la Santé pour tous	209
Annexe 2	21 buts pour le XXI ^e siècle pour l'élaboration d'indicateurs et domaines proposés	213
Annexe 3	Calendrier des principales actions 1998–2005	245
Annexe 4	Abréviations	251
Annexe 5	Glossaire	253
Annexe 6	Bibliographie	263

Chapitre 1

La philosophie de la Santé pour tous

1.1 La Région européenne de l'OMS se trouve à la croisée des chemins

Quelque 870 millions de personnes vivent dans la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui regroupe 51 pays et s'étend du Groenland à l'ouest jusqu'à la côte Pacifique de la Fédération de Russie à l'est. Comme ailleurs dans le monde, la Région est en profonde mutation et le récent développement rapide des technologies de l'information et d'autres technologies pourrait bien provoquer une nouvelle « révolution industrielle » aux conséquences profondes, dont il n'est pas possible de prévoir pleinement l'ampleur.

La Région est riche en contrastes. Tous ses États membres sont attachés aux principes de la démocratie, aux droits de l'homme et au pluralisme politique, mais certains de ces États sont des pays hautement développés et très riches et certains autres sont pauvres, voire très pauvres. Beaucoup sont toujours aux prises avec les conséquences de la transition démocratique, sociale et économique qui a commencé au début des années 90.

Au cours de la décennie écoulée, le nombre des États membres de la Région est passé de 31 à 51 et les problèmes de la Région ont pris une ampleur accrue. La pauvreté et le chômage persistants aggravent le manque d'équité et entraînent, dans de nombreux pays, une détérioration des modes de vie, une augmentation de la violence et un affaiblissement de la cohésion sociale. Les incertitudes qui planent sur la qualité des services de santé et d'autres services, et le déséquilibre entre les besoins en matière de ressources et la disponibilité de celles-ci ont, dans de nombreux pays, fait craindre que le filet de sécurité sociale et les avantages sociaux durement acquis ne viennent à disparaître. La mondialisation croissante, la décentralisation et le pluralisme, tout en offrant de nouvelles perspectives, ont souvent donné l'impression que les individus et même les gouvernements ont de moins en moins la maîtrise des décisions qui ont une incidence sur la santé.

Au cours des années 90, l'espérance de vie moyenne des 870 millions d'habitants de la Région européenne a en fait reculé pour la première fois depuis la Seconde guerre mondiale en raison, pour une large part, de la détérioration de la situation sanitaire dans les nouveaux États indépendants et dans certains pays d'Europe centrale et orientale. Dans presque tous les pays, on a enregistré un écart croissant en matière de santé entre les groupes socioéconomiques les plus et les moins

favorisés. La situation est différente selon les pays, mais les maladies non transmissibles et transmissibles, les accidents, les problèmes de santé mentale et les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont les grands problèmes sanitaires de la Région ; leur priorité relative diffère selon le paramètre (mortalité, invalidité, etc.) utilisé pour l'évaluation. Trop de gens meurent prématurément, alors que l'on dispose des connaissances et des moyens pour éviter cette situation.

Lors de l'examen de la future santé de l'Europe, il importe aussi d'être conscient du fait qu'il existe des domaines d'incertitude. Les migrations et conflits sociaux sont à cet égard des phénomènes très importants. La technologie de l'information, la génétique, la biotechnologie et la microtechnologie connaissent un essor rapide et elles auront des répercussions sur la façon dont nous communiquons et dont nous travaillons et exerceront une influence sur notre environnement et sur la manière dont les services de santé sont assurés.

Néanmoins, on est aussi en droit d'espérer et d'être optimiste. Bien qu'il subsiste des tensions, on est parvenu à porter un coup d'arrêt aux nombreuses guerres qui ont éclaté dans la Région pendant la première moitié des années 90. De ce fait, le XXI^e siècle pourrait bien être le premier où les pays accorderaient avant tout la priorité au développement humain. Les populations et les pays commencent à se remettre du traumatisme initial provoqué par les bouleversements récents et des sociétés civiles plus fortes commencent à apparaître. Il existe déjà dans la plus grande partie de la Région de solides infrastructures dans les domaines des transports, des communications et des équipements collectifs (eau et électricité, logement et autres services etc.).

Par ailleurs, la population de la Région possède un bon niveau d'instruction. La base d'information, sa capacité en matière de recherche et son savoir-faire figurent parmi les meilleurs du monde, et l'expansion phénoménale actuelle des technologies de communication permettra une diffusion rapide de ces connaissances. Les avancées scientifiques et technologiques ouvrent la voie à de nouveaux outils plus perfectionnés qui permettent d'améliorer la santé. L'élargissement de l'Union européenne offre de nouvelles possibilités de collaboration et d'entraide entre les pays.

Fait très important, la Région européenne de l'OMS a maintenant acquis près de 15 ans d'expérience dans les domaines de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation en commun d'une politique de santé conjointe, pragmatique, ciblée et novatrice qui fait la synthèse des efforts déployés pour promouvoir des modes de vie sains, un environnement favorable à la santé et des soins axés sur la qualité et efficaces sur le plan des coûts. L'expérience pratique considérable acquise par les pays européens a mis en évidence le grand intérêt de cette approche, et une vaste somme de connaissances a été accumulée sur les meilleurs moyens de s'organiser pour élaborer des politiques de la Santé pour tous. Grâce à un effort intense, la « promotion de la santé », qui n'était qu'une vague idée, est devenue un moyen essentiel pour améliorer la santé de la population.

La promotion de la santé s'inscrit dans le cadre d'une « politique publique favorable à la santé » et consiste en une série de stratégies et de méthodes concrètes et détaillées visant à favoriser la santé mentale, une alimentation saine et l'exercice physique, ainsi qu'à réduire les risques que présente pour la santé le tabagisme, la consommation d'alcool et la consommation de drogue. Les conférences de Francfort (1989) et d'Helsinki (1994) ont mis en place une stratégie à l'échelle de la Région destinée à promouvoir un environnement sain, et presque tous les États membres ont emboîté le pas de manière concrète en adoptant des plans d'action nationaux multisectoriels pour l'hygiène de l'environnement.

On a mis au point une conception de la médecine clinique axée sur les résultats en matière de santé, qui prévoit de surveiller certains critères de qualité et de transmettre des informations relatives à ceux-ci aux praticiens grâce à des systèmes d'information appropriés. Cette conception a mis en lumière les énormes possibilités d'améliorer la qualité des soins, d'accroître le rapport coûts-avantages des services de santé et, en définitive, de dégager des ressources qui permettent de financer de nouvelles technologies de soins. D'autres expériences menées dans le cadre de la réforme des systèmes de santé ont révélé qu'il existe de meilleurs moyens d'organiser et de financer les systèmes de santé. Enfin et surtout, on a élaboré une nouvelle stratégie, qui transforme le concept de la Santé pour tous en un vaste mouvement social par la création de réseaux de collaboration. Ceux-ci sont utilisés pour inciter de nombreux secteurs et organisations à travailler ensemble dans le cadre de partenariats organisés de manière permanente dans les régions, les villes, les écoles, sur les lieux de travail, dans les établissements de santé, et au sein d'organisations professionnelles, non gouvernementales, etc. qui unissent leurs forces pour que le concept de la Santé pour tous devienne une réalité dans leurs différents domaines de travail.

Dans ces circonstances, les États membres doivent résolument prendre des mesures visant à bloquer et inverser les tendances à la détérioration de la situation sanitaire et mettre à profit les nouvelles possibilités créées par cette expérience collective.

1.2 La politique de la Santé pour tous et ses buts

La politique de la « Santé pour tous au XXI^e siècle », adoptée par la communauté internationale en mai 1998, vise à traduire dans les faits la philosophie de la Santé pour tous, exprimée pour la première fois lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 1977 et qui a été mise sur les rails lors de la Conférence d'Alma-Ata en 1978. Elle énonce, pour les deux premières décennies du XXI^e siècle, des priorités mondiales et dix buts qui créeront les conditions dans lesquels chacun pourra, dans le monde entier, atteindre et conserver tout au long de son existence le meilleur état de santé possible.

La politique régionale de la Santé pour tous fait écho à la Déclaration mondiale sur la santé, qui appelle à l'élaboration de politiques et stratégies régionales et nationales en se fondant sur la politique mondiale (voir page de couverture intérieure), et s'inscrit dans le droit fil du plan d'action régional de la Santé pour tous adopté en 1991, qui demande qu'une politique réactualisée soit présentée au Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 1998. La Déclaration mondiale sur la santé demande à tous les États membres d'agir sur les plans national et international.

Ce document énonçant la nouvelle politique de la Santé pour tous permet de relever le défi que représente l'amélioration de la santé en appliquant les meilleures stratégies résultant de l'expérience collective acquise par la Région au cours des 10–15 dernières années. Les arguments qui figurent dans cette nouvelle politique pour la Région européenne mettent en évidence la relation fondamentale qui existe entre la santé, la pauvreté et la cohésion sociale et montrent comment la santé et le développement sanitaire deviennent des facteurs importants de renforcement de la cohésion sociale entre les populations de la Région et au sein de celles-ci.

La politique de la SANTÉ 21 pour la Région européenne de l'OMS comporte les principaux éléments suivants :

Le **but général inchangé** est de permettre à chacun de réaliser pleinement son potentiel de santé³.

Deux objectifs principaux d'amélioration de la santé orientent les efforts à déployer pour atteindre ce but général :

- promouvoir et protéger la santé des individus tout au long de leur vie ;
- réduire l'incidence des principales maladies et des principaux traumatismes, et les souffrances qui en résultent.

Trois valeurs fondamentales constituent le fondement éthique :

- la santé est un droit fondamental de la personne humaine ;
- l'équité en matière de santé et une solidarité agissante entre les pays, entre des groupes de population dans les pays et entre les sexes ; et
- la participation des personnes, des groupes, des populations, d'institutions, d'organisations et de secteurs au développement sanitaire et leur responsabilité en la matière.

³ Voir le glossaire (annexe 5), qui présente les définitions de l'OMS pour la santé et le potentiel de santé.

Quatre grandes stratégies d'action ont été retenues pour faire en sorte que la viabilité scientifique, économique, sociale et politique soit l'élément moteur de la mise en œuvre de la SANTÉ 21 :

- des stratégies multisectorielles visant à influencer sur les déterminants de la santé, en tenant compte des aspects physiques, économiques, sociaux et culturels et des spécificités de chaque sexe et en utilisant l'évaluation des effets sur la santé ;
- des programmes et des investissements axés sur les résultats en matière de santé pour le développement sanitaire et les soins cliniques ;
- des soins de santé primaires intégrés et axés sur la famille et le cadre local, soutenus par un système hospitalier souple et apte à faire face à diverses situations ; et
- un processus participatif de développement sanitaire auquel s'associent à tous les niveaux – au foyer, à l'école et sur le lieu de travail, à l'échelon des collectivités locales et du pays – des partenaires s'intéressant à la santé et qui favorise la prise de décision, la mise en œuvre et la responsabilité conjointes.

Vingt et un buts de la Santé pour tous ont été fixés pour la Région européenne. Ils serviront de points de comparaison pour mesurer les progrès enregistrés dans l'amélioration et la protection de la santé et dans la réduction des risques pour la santé. Les 21 buts de la Santé pour tous constituent le cadre d'élaboration des politiques sanitaires dans la Région européenne. Ces buts ne sont pas censés être normatifs mais ils sont l'essence même de la politique européenne. Ils répondent au défi exprimé dans la Déclaration mondiale sur la santé et tiennent compte des cibles énoncées dans la politique mondiale de la Santé pour tous au XXI^e siècle. Cependant, ils prennent expressément en considération la situation et les besoins de la Région européenne et proposent des actions au niveau régional pour répondre à ces besoins. L'annexe 1 décrit la relation existante entre les cibles mondiales et les buts régionaux. Lorsque les buts régionaux sont chiffrés, les valeurs indiquées représentent la moyenne pour l'ensemble de la Région ou, dans certains cas (lorsque cela est précisé), pour des sous-groupes de pays (voir annexe 2).

Les pays, les autorités régionales, les villes, les collectivités locales, etc. de la Région européenne devraient adapter ces buts pour tenir compte des réalités et des possibilités et répondre aux besoins locaux.

1.3 Le rôle de la communauté internationale en général et de l'OMS en particulier

Les nombreuses organisations qui peuvent collaborer avec les pays pour les aider dans leurs efforts constituent une formidable ressource pour la Région européenne de l' OMS. L' Union européenne, organisation d' intégration dotée d' un mandat précis pour mener des actions multisectorielles en faveur de la santé, peut très largement contribuer à ce processus. Le Conseil de l' Europe, qui s' intéresse essentiellement à la démocratie, aux droits de l' homme et aux questions d' éthique, peut jouer un rôle important en veillant à ce que les valeurs éthiques fondamentales soient protégées par des accords internationaux, dont s' inspirent les pays et les collectivités locales. La Banque mondiale, la Banque européenne pour la reconstruction et le développement et d' autres organismes de financement, notamment des organismes donateurs de nombreux pays européens, peuvent apporter un soutien fondamental au financement de nouveaux investissements conformes à la politique et aux différents besoins de certains pays. Les organisations du système des Nations Unies peuvent contribuer, dans le cadre de leur soutien à l' élaboration des politiques nationales et de l' aide concrète qu' elles apportent aux programmes et projets dans de nombreux pays de la Région, à donner une cohésion et une orientation claire aux efforts déployés aux niveaux national et international allant dans le sens de la politique. De nombreuses organisations non gouvernementales, tant au niveau régional que dans les pays, peuvent trouver dans la politique une inspiration et des orientations pour leurs activités et améliorer considérablement l' efficacité de leurs efforts en s' associant à des partenariats internationaux, nationaux ou locaux fondés sur les principes de la Santé pour tous.

L' OMS a, aux termes de sa Constitution, pour mandat particulier de promouvoir une coopération plus étroite en matière de développement sanitaire, à la fois au plan international et dans le cadre de sa collaboration avec les différents pays. Il est inutile de dire qu' elle doit, dans le cadre de sa mission, tenir compte des réalités de la Région européenne à la fin du XX^e siècle et de la nécessité d' instaurer une coopération avec différents partenaires qui respecte leur mandat spécifique et soit fondée sur la confiance mutuelle et animée par un esprit de collaboration.

Tenant compte de ce qui précède, le Bureau régional de l' Europe collaborera étroitement avec le Siège de l' OMS et les autres bureaux régionaux, ainsi qu' avec ses partenaires internationaux, pour que les États membres européens puissent tirer le meilleur parti possible de la vaste expérience de l' OMS dans son ensemble et du potentiel d' action inhérent au caractère mondial de l' Organisation. Dans ce contexte, le Bureau régional de l' OMS pour l' Europe aura cinq grands rôles à jouer lors de la mise en œuvre de la politique dans les pays :

1. faire office de « conscience sanitaire », en défendant le principe selon lequel la santé est un droit fondamental de la personne humaine, en recensant les problèmes persistants ou nouveaux liés à la santé des individus et en attirant l'attention sur ces problèmes ;
2. être un centre d'information de premier plan dans le domaine de la santé et du développement sanitaire ;
3. promouvoir la politique de la Santé pour tous dans l'ensemble de la Région et faire en sorte qu'elle soit périodiquement actualisée ;
4. 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 ; et
5. servir de catalyseur :
 - en offrant une coopération technique avec les États membres – cette coopération peut être renforcée par une bonne présence de l'OMS dans chaque pays, pour faire en sorte qu'un échange de données d'expérience utile au pays et à l'Organisation régionale de la santé ait lieu ;
 - en pilotant à l'échelle de la Région les efforts visant à éradiquer, éliminer ou endiguer les maladies qui sont une menace grave pour la santé publique, notamment les épidémies de maladies transmissibles et des pandémies telles que les maladies liées au tabagisme ;
 - en encourageant des actions axées sur la Santé pour tous en collaboration avec de nombreux partenaires dans le cadre de réseaux établis dans l'ensemble de la Région européenne ;
 - en facilitant la coordination de la préparation aux situations d'urgence en cas de catastrophes dans la Région survenant dans le domaine de la santé publique et de l'intervention d'urgence lors de la survenue de telles catastrophes.

1.4 Conclusion

À l'approche du XXI^e siècle, nous devons résolument prendre des mesures visant à améliorer la santé des 870 millions de personnes vivant dans la Région. La SANTÉ 21 permet de relever ce défi en appliquant les meilleures stratégies qui résultent de l'expérience collective acquise par l'Europe au cours des 10 à 15 dernières années.

Cette philosophie n'est pas illusoire – nous pouvons y arriver ! L'expérience a montré que des pays aux situations politiques, sociales, économiques et culturelles extrêmement différentes peuvent élaborer et mettre en œuvre des politiques de la Santé pour tous ayant pour objet de placer la santé

au rang des principales préoccupations, et que, quand ils y parviennent, ils ont tout à y gagner. Les 51 États membres de la Région sont maintenant confrontés à une tâche difficile : ils doivent se servir de la nouvelle politique régionale de la Santé pour tous comme d' un guide pour mettre à jour, selon la nécessité, leurs propres politiques et buts.

Dans toute la Région, de nombreuses collectivités locales ont fait preuve de beaucoup d' initiative et d' imagination dans l' utilisation des idées énoncées dans la Santé pour tous pour mobiliser la population et promouvoir et protéger la santé. Il existe d' excellents exemples d' examen par les secteurs public et privé des possibilités d' améliorer la santé. Des milliers de professionnels de la santé et un grand nombre de leurs organisations ont adopté une démarche novatrice pour améliorer la qualité des soins et collaborer plus étroitement avec d' autres secteurs en vue de trouver de nouveaux moyens de relever les défis. En particulier, le mouvement dynamique et en développement rapide des « Villes-santé » a prouvé l' existence d' un formidable potentiel de mobilisation systématique, viable et novatrice des collectivités locales dans chaque État membre.

Il est maintenant nécessaire d' agir de manière ciblée et résolue pour transformer la philosophie de la Santé pour tous en réalité concrète et viable dans chacun des 51 États membres de la Région. Nous possédons l' expérience, le savoir-faire et un grand nombre des outils nécessaires pour influencer les déterminants de la santé ; il faut maintenant que les dirigeants donnent des impulsions vigoureuses et qu' il existe une volonté politique d' utiliser ces atouts.

Chapitre 2

L'équité en matière de santé par une action solidaire

But 1 – Solidarité en faveur de la santé dans la Région européenne
But 2 – Équité en matière de santé

L'élaboration d'une politique consiste à se mettre d'accord sur un projet pour l'avenir et à s'entendre sur la façon de le réaliser et la manière d'utiliser les ressources et de mobiliser les partenaires de manière appropriée. Le choix entre diverses options doit, cependant, se fonder sur un ensemble précis de valeurs, qui doivent elles-mêmes reposer sur le fondement éthique solide offert par la Déclaration universelle des droits de l'homme. Comme il est indiqué au chapitre 1, l'équité en matière de santé et une solidarité agissante sont de telles valeurs éthiques essentielles de la politique de la Santé pour tous. Dans la Région européenne, elles se manifestent en deux dimensions qui nécessitent toutes les deux une action vigoureuse. Il s'agit, dans un cas, du grave manque croissant d'équité entre les États membres et, de l'autre, de l'écart de santé important et qui tend souvent à se creuser entre les groupes dans chaque pays.

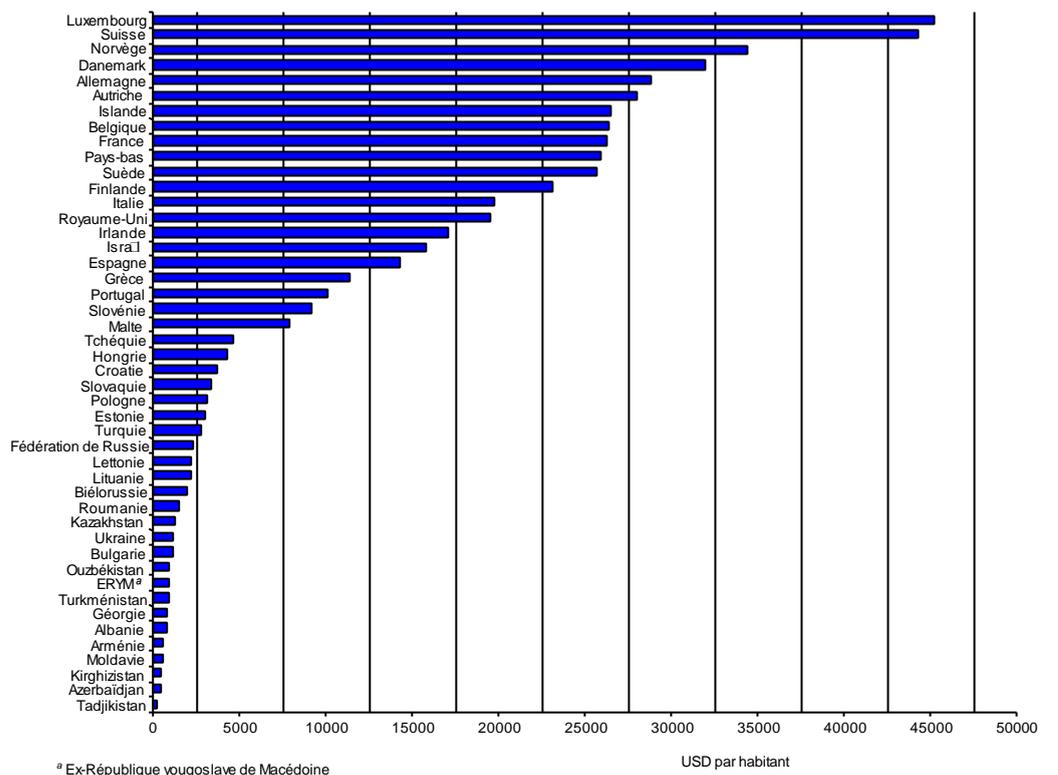
2.1 Solidarité en matière de santé entre les pays en Europe

Comme il a déjà été indiqué, la Région européenne de l'OMS compte certains pays parmi les plus riches du monde et d'autres qui sont extrêmement pauvres. Ce qui est encore plus grave, les pays qui font maintenant partie des pays les moins avancés sont beaucoup plus nombreux qu'il y a dix ans. En 1996, le produit national brut par habitant variait de 340 dollars à plus de 45 000 dollars, et plus on va vers l'est, plus la situation empire (figure 1).

Conformément au *Rapport sur le développement humain 1997*, publié par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'Europe orientale et les pays de la Communauté des États indépendants en transition économique sont ceux dont la situation s'est le plus gravement

détériorée au cours des dix dernières années. La pauvreté, qui ne touchait qu'une petite partie de la population de ces pays, touche maintenant environ un tiers de la population : 120 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté de 4 dollars par jour.

Figure 1. PNB par habitant, 1996⁴

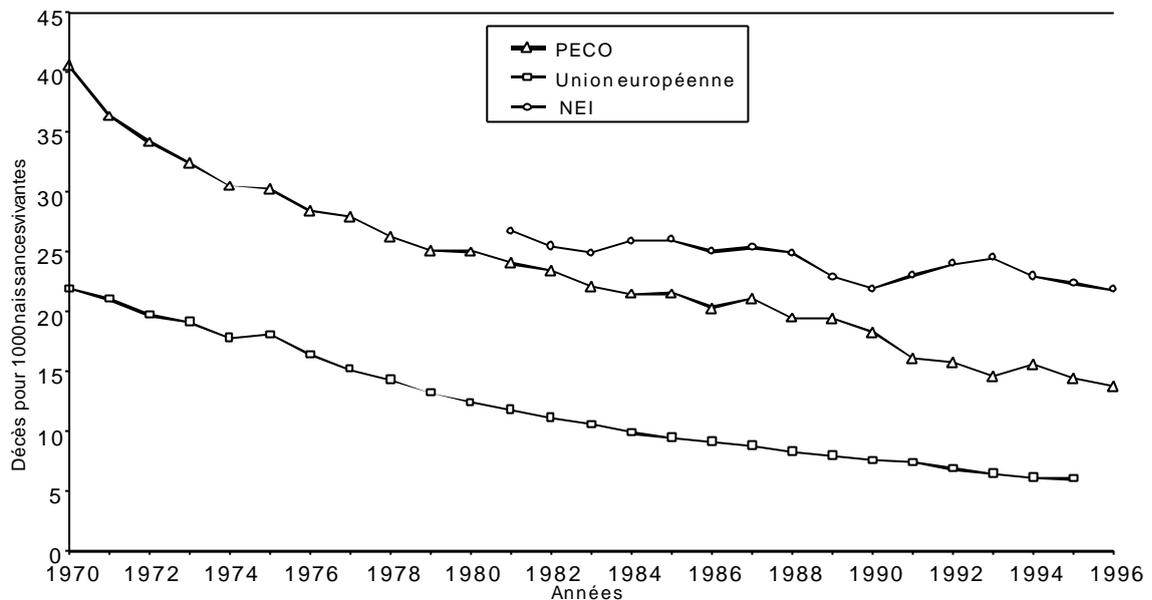


Les bouleversements économiques et les guerres, dont ont été le théâtre les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants pendant les années 90, ont accru l'écart d'état sanitaire entre les pays de la Région, comme en témoigne l'importance des variations pour de

⁴ La plupart des données concernant les pays sont tirées du dernier Atlas de la Banque mondiale et ont trait à l'année 1996. Pour Malte, les données sont celles de la dernière année pour laquelle l'on dispose d'informations (1993) ; pour l'Azerbaïdjan, il s'agit d'une estimation pour 1997. La Bosnie-Herzégovine et Saint-Marin ne figurent pas dans la figure dans la mesure où les données les plus récentes datent de 1991 (avant la guerre) et de 1983, respectivement.

nombreux indicateurs sanitaires (figure 2). Aujourd' hui, par exemple, l' écart de durée de vie moyenne entre l' Islande (79,3 ans), et le Turkménistan (64 ans) est de 15,3 années.

Figure 2. Mortalité infantile dans des groupes sous-régionaux de pays de la Région européenne, 1970–1996



Dans le contexte de la Déclaration mondiale de la santé de 1998, qui contient l' engagement d' atteindre le meilleur état de santé possible pour tous, il est difficile de voir ces écarts économiques et sanitaires, étroitement liés sous un autre angle que celui des droits de l' homme. Les États membres de la Région européenne de l' OMS font partie de la grande famille des nations, et la persistance et la progression des écarts concernant l' état sanitaire et la qualité de la vie dont jouissent les différents membres de cette famille sont, à cette échelle, inacceptables et nécessitent de placer l' accent de manière beaucoup plus marquée sur la promotion de l' équité en matière de santé au XXI^e siècle.

En outre, les mouvements rapides et massifs de populations par-delà les frontières dans l' Europe d' aujourd' hui multiplient les possibilités de propagation des maladies transmissibles. L' influence croissante d' une industrie du divertissement puissante et d' autres facteurs culturels et technologiques sur les déterminants comportementaux et environnementaux de la santé oblige les pays de

la Région à mener des actions conjointes et concertées. L' existence d' un mouvement d' ampleur régionale en faveur de la santé, qui adopte une politique commune, dont l' un des volets vise à aider activement les pays les plus défavorisés à se hisser au niveau des pays les plus riches, est en fin de compte dans l' intérêt de chaque État membre.

Bien que les pays d' Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants aient bénéficié aux cours des années 90 d' une aide extérieure accrue, l' aide reçue dans le domaine de la santé a été inférieure aux besoins et ses effets ont souvent été très décevants. Parfois, le niveau d' excellence des différents experts envoyés sur place n' a pas pu rivaliser avec le niveau de ceux auxquels ils étaient censés apporter leur aide. On aurait certainement pu faire beaucoup plus, par exemple en ce qui concerne les dettes dont certains gouvernements ont hérité. Hormis quelques exceptions notables, les pays donateurs, les organisations internationales et les organismes de financement qui ont fourni une aide ont souvent travaillé de manière trop isolée – soit parce que tel était leur propre défi, soit parce que c' était le souhait du gouvernement bénéficiaire. Cette situation s' est non seulement traduite par une charge supplémentaire pour les pays bénéficiaires, dont les ressources en matière de planification sont limitées, mais elle a aussi engendré le risque énorme que les priorités soient fixées en fonction des intérêts des donateurs et non d' un plan de développement soigneusement établi. Cependant, il existe aussi des exemples de plans de développement sanitaire bien conçus et bien coordonnés qui se fondent sur une politique nationale de la Santé pour tous et sont élaborés en étroite collaboration entre le gouvernement, les partenaires internationaux et les organismes donateurs (par exemple, le programme MANAS décrit ci-dessous).

MANAS: PROGRAMME COMPLET DE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ DU KIRGHIZISTAN

Après avoir élaboré une politique nationale de la Santé pour tous, le Kirghizistan a mis au point, de 1994 à 1996, un programme complet de réforme, auquel ont participé toutes les parties prenantes dans le pays. Ce programme est un bon exemple de développement sanitaire pragmatique et intégré. Il vise à améliorer la santé. Afin de renforcer les soins primaires, on a regroupé divers centres de soins destinés à différents groupes de population et les médecins de famille remplacent les spécialistes à ce niveau. On rationalise les soins secondaires en réduisant le nombre de lits et en regroupant ou en fermant certains établissements. Des politiques de substitution sont mises en place dans certains domaines, comme l' introduction de la chimiothérapie de courte durée pour les patients atteints de tuberculose afin de réduire le nombre de lits d' hôpitaux nécessaires.

Le budget de l' État est toujours la principale source de financement afin de conserver la plus grande équité possible. La méthode d' allocation des crédits n' est plus fondée sur un système de normes et les crédits sont désormais alloués en fonction des besoins. Les mécanismes de rémunération s' orientent davantage vers un système d' incitations comme le paiement d' une capitation pour les dispensateurs de soins primaires et des enveloppes globales pour les soins hospitaliers, et on favorise une plus grande autonomie. On prévoit, à l' avenir, il est prévu d' utiliser des contrats dissociant

l'acheteur du dispensateur de soins, mais le gouvernement agit avec prudence tant que les mécanismes de réglementation nécessaires ne sont pas en place.

Les études de médecine et l'enseignement infirmier sont en pleine réforme et un programme est actuellement mis en œuvre pour recycler des spécialistes pour leur permettre de faire office de médecins de famille. Les systèmes d'information sont en train d'être améliorés pour répondre aux nouvelles exigences.

Source : MANAS – programme national sur les réformes du système de santé, Bishkek, Ministère de la santé du Kirghizistan, 1996.

Les grandes catastrophes – naturelles, d'origine humaine ou complexes – engendrent des situations d'urgence qui nécessitent souvent une intervention extérieure rapide et à grande échelle pour venir en aide aux pays sinistrés. Au cours des années 90, dix États membres de la Région européenne ont été le théâtre de conflits armés qui ont tous causé d'énormes souffrances et dommages à la santé physique et mentale des populations concernées. Pour faire face à cette situation, des centaines d'organisations et de nombreux pays donateurs ont pris part à des activités d'aide humanitaire, qui ont souvent manqué de coordination. Cependant, il faut aussi se féliciter de l'existence d'une volonté accrue de coopération et de meilleures compétences en la matière et on a constaté qu'on était en train de mettre au point de nouveaux outils pour accélérer et faciliter l'évaluation des besoins et la mise en place de l'aide d'urgence.

BUT 1 – SOLIDARITÉ EN FAVEUR DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION EUROPÉENNE

D'ICI 2020, L'ÉCART ACTUEL DE SANTÉ ENTRE LES ÉTATS MEMBRES DE LA RÉGION EUROPÉENNE DEVRAIT ÊTRE RÉDUIT D'AU MOINS UN TIERS.

En particulier :

- 1.1 il faudrait réduire d'au moins 30% l'écart en matière d'espérance de vie entre le tiers des États membres ayant l'espérance de vie la plus élevée et le tiers des États membres ayant l'espérance de vie la plus faible;
- 1.2 il faudrait réduire la fourchette des valeurs des principaux indicateurs de morbidité, d'invalidité et de mortalité entre les différents groupes de pays en améliorant plus rapidement la situation des personnes défavorisées.

STRATÉGIES PROPOÉES

Si l'on veut atténuer le manque d'équité et préserver la sécurité et la cohésion de l'Europe, il faut que les États membres, les organisations d'intégration, les organisations gouvernementales et non

gouvernementales fournissent un effort collectif beaucoup plus important pour accroître le volume et l'efficacité et améliorer la coordination de l'aide aux pays les plus défavorisés de la Région.

Les pays et les organisations fournissant une aide doivent beaucoup plus collaborer pour atteindre des objectifs communs. Ils doivent évaluer avec soin les compétences des experts qu'ils envoient dans les pays bénéficiaires et les experts doivent être choisis sur la base de données prouvant leur niveau d'excellence dans leur pays d'origine. Il incombe aux donateurs de veiller à ce que les pratiques qu'ils préconisent pour les pays bénéficiaires soient acceptables dans leur propre pays, notamment en ce qui concerne le développement industriel. Le secteur privé – qu'il s'agisse d'entreprises ou de groupes et d'associations professionnels – a, de même, une forte responsabilité morale qui est de respecter et promouvoir le même principe.

La conclusion d'accords de partenariat officiels entre les grandes organisations d'intégration et intergouvernementales et les organismes de financement constituerait un progrès décisif et il faudrait concrétiser ces accords par la création de cadres de collaboration pour chacun des pays bénéficiaires. Ces partenariats permettent de renforcer les capacités, d'élaborer des politiques et d'obtenir des ressources pour la santé de manière plus intégrée. Tous les organismes donateurs nationaux, les banques d'investissement, les organisations d'intégration et internationales qui contribuent au développement sanitaire de la Région européenne doivent viser à mettre sur pied un projet commun de développement. Le Comité européen de l'environnement et de la santé est un bon exemple de coopération pratique et d'adoption de priorités communes. Il faut examiner la possibilité de créer des groupements de pays et d'organismes donateurs pour élaborer des méthodes communes et mettre en commun les ressources ; le Comité de coordination interinstitutions pour l'assistance à la vaccination et le Groupe spécial récemment créé pour la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine et les maladies sexuellement transmissibles sont de bons exemples de coopération. L'Union européenne est maintenant dotée d'un mandat renforcé en matière de santé publique et d'autres pays sont en passe d'en devenir membres, ce qui devrait faciliter une collaboration plus étroite entre un très grand nombre de pays.

Les donateurs et les pays bénéficiaires doivent viser à atteindre les objectifs de l'« Initiative 20%–20% », qui recommande que 20% du montant global de l'aide au développement soient affectés à des activités sociales et que les pays bénéficiaires allouent en moyenne 20% de leur budget national (déduction faite des montants reçus au titre de l'aide) aux services sociaux de base⁵. On peut se servir utilement de l'indicateur de développement humain, calculé en fonction de l'espérance de vie, du niveau d'instruction et des revenus, pour fixer des priorités dans l'aide apportée aux pays les plus défavorisés.

⁵ *L'Initiative 20%–20% : Atteindre l'objectif d'un accès universel aux services sociaux de base en vue d'un développement humain durable*. UNICEF, New York, 1994.

Les pays bénéficiaires, quant à eux, devraient accorder une très grande priorité à l' élaboration de politiques de la Santé pour tous et, à partir de là, établir des plans sanitaires et de développement à moyen et long termes dans le cadre desquels toute l' aide externe provenant de pays, d' organismes et d' organisations pourra être gérée de manière étroitement coordonnée, et orientée vers des problèmes prioritaires.

Pour chaque pays, la vraie solidarité et l' intérêt bien compris consistent à avoir une politique de la santé et des valeurs communes. Le concept de Santé pour tous fournit un tel cadre et chaque pays doit pouvoir contribuer à la réalisation de la Santé pour tous et bénéficier des activités techniques que mène l' OMS dans le domaine de la Santé pour tous aux niveaux régional et mondial. Par conséquent, si l' on veut faire mieux connaître la Santé pour tous et resserrer les liens des différents pays avec le Bureau régional, il faut que chaque pays envisage d' instituer une « présence de l' OMS dans les pays ». Celle-ci pourrait se matérialiser par un service au sein du ministère de la santé, un centre collaborateur ou un groupe d' experts nationaux qui serait chargé d' évaluer systématiquement le bien-fondé et le suivi éventuel de nouvelles politiques et des conseils scientifiques prodigués par l' OMS, et de porter ces informations à l' attention des décideurs de haut niveau du gouvernement. Grâce à cette présence, on pourrait aussi passer systématiquement en revue toutes les innovations dans les domaines de la santé publique et de la médecine clinique dans le pays considéré, pouvant présenter un intérêt pour l' OMS et permettre ainsi à celle-ci de diffuser ces renseignements à d' autres pays.

Le processus ne doit pas s' arrêter là. Afin d' obtenir l' appui du public, les pays devraient susciter un plus large débat public sur le manque d' équité en matière de santé et au niveau socioéconomique et sur ses répercussions en termes de souffrances humaines et d' injustices et en ce qui concerne la diminution de la solidarité, de la cohésion sociale et de la croissance économique durable dans la Région. Ce débat devrait permettre de mieux comprendre l' intérêt sur les plans humain, social, économique et culturel de supprimer les écarts et d' améliorer le niveau général de la santé ; il devrait aussi permettre de trouver les ressources et les compétences techniques nécessaires pour faire reculer le manque actuel d' équité. La plupart des informations essentielles indispensables à la tenue de ce débat existent du fait du suivi constant par l' OMS des progrès enregistrés sur la voie de la Santé pour tous et des activités menées par des organisations telles que la Banque mondiale, le PNUD, le Fond des Nations Unies pour l' enfance, l' Union européenne et des organisations non gouvernementales. Il importe particulièrement que toutes les organisations et les personnes s' intéressant à la santé prennent part à ce débat. En particulier, les ministères des affaires étrangères auxquels il incombe de prendre des décisions en matière d' aide au développement, doivent faire figurer l' amélioration de l' équité en meilleure place parmi leurs préoccupations. Dans le secteur privé, il faut que les sociétés multinationales (et notamment leurs actionnaires, les consommateurs de leurs produits et les médias multinationaux) se rendent compte des répercussions

éventuelles de leurs politiques sur la situation sanitaire dans les pays défavorisés et les populations déshéritées.

Les outils, mécanismes et structures visant à appuyer et appliquer ces politiques comprennent la capacité d'analyse des politiques, des structures de coopération et des méthodes pour évaluer les répercussions sur la santé. Ces méthodes doivent être scientifiquement irréprochables tout en demeurant aussi simples que possible pour pouvoir être appliquées de manière efficace sur une grande échelle.

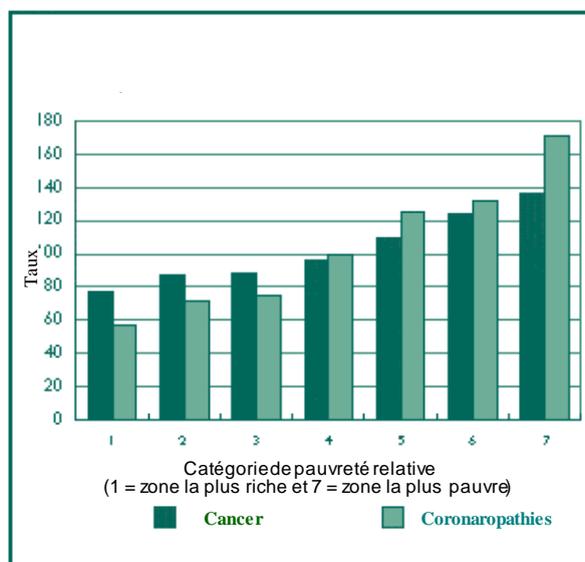
Il est possible d'améliorer la santé des populations sinistrées à condition que les pays soient mieux préparés à faire face aux situations d'urgence et que l'aide apportée au cours des phases humanitaire et de transition soit plus clairement axée sur le long terme. Après la phase critique, l'action sanitaire peut être utilisée comme voie d'accès efficace pour promouvoir la solidarité et la cohésion sociale et elle peut jouer un rôle important dans l'amorce du dialogue et de la réconciliation à l'issue du conflit.

2.2 Supprimer les écarts de santé dans les pays

2.2.1 Les pauvres

La pauvreté – qu'elle soit définie en fonction des revenus, du statut socioéconomique, des conditions de vie ou du niveau d'instruction – est le principal facteur de mauvaise santé. La pauvreté est associée à une augmentation de la consommation de substances toxiques (tabac, alcool et drogues illicites), à la dépression, au suicide, au comportement antisocial et à la violence, ainsi qu'au risque accru de ne pas manger à sa faim et à toutes sortes de troubles physiques. Un grand nombre de personnes – et de fait un nombre de plus en plus important – dans les sociétés européennes d'aujourd'hui risquent de connaître la pauvreté à un moment donné de leur vie.

Figure 3. Taux comparatifs de mortalité pour le cancer et les coronaropathies parmi les personnes de moins de 65 ans, par zone de pauvreté relative, 1991



Source : Common Services Agency, Information and Statistics Division.

Même dans les sociétés opulentes, les inégalités en matière de santé augmentent avec l'accentuation des disparités socioéconomiques, selon un gradient social s'appliquant à toutes les catégories socioéconomiques, à l'ensemble de la société et à l'ensemble de la vie. Ainsi, même si la politique nationale de santé doit accorder la priorité absolue aux personnes les plus démunies, elle doit aussi s'attaquer à l'inégalité de la répartition entre toutes les catégories sociales des avantages liés à la croissance socioéconomique et à une meilleure répartition des biens sociétaux (par exemple, l'accès à l'éducation, l'emploi).

2.2.2 Les chômeurs

Chez les personnes qui occupent un emploi, on observe un lien évident entre la catégorie d'emploi, d'une part, et la mortalité et la morbidité (y compris les taux d'absentéisme pour cause de maladie), d'autre part. Ce lien subsiste même si l'on tient compte de facteurs tels que le niveau d'instruction et le mode de possession du logement. Cela semble s'expliquer par la plus grande possibilité de maîtriser son travail, le niveau plus élevé d'exigences et le soutien plus important dont bénéficient ceux qui occupent un poste à responsabilité.

Le chômage et l'insécurité en matière d'emploi ont tous deux un effet préjudiciable sur la santé, dans la mesure où ils augmentent le risque de troubles psychologiques et physiques et de suicide. Chez les jeunes, l'insécurité en matière d'emploi est liée à une mauvaise santé, indépendamment d'un lien quelconque entre la classe sociale et le chômage. La progression régulière du chômage dans la plupart des pays d'Europe occidentale et sa forte augmentation brutale dans les nouveaux États indépendants font, dans les deux cas, naître de graves inquiétudes en ce qui concerne l'équité en matière de santé.

L'instruction est un déterminant important de la santé. Les niveaux d'instruction engendrent un gradient en matière de mortalité et de morbidité comparable à celui engendré par le revenu. Les ressources matérielles et culturelles d'une famille exercent une très grande influence sur le niveau d'instruction d'un enfant. Il existe donc un gradient social marqué dans les diplômes obtenus qui, à leur tour, donnent une bonne indication de l'activité et des revenus ultérieurs. Les enfants qui possèdent un niveau d'instruction ou une formation technique élevés ont de meilleures chances d'être en bonne santé, ainsi que d'avoir un métier et des revenus satisfaisants.

2.2.3 Manque d'équité entre les sexes en matière de santé

Les questions liées aux distinctions fondées sur le sexe doivent être examinées en liaison avec les questions ayant trait aux différences existantes entre les catégories socioéconomiques. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes (en moyenne, 5 à 7 ans de plus en Europe occidentale et environ 7 à 15 ans de plus dans les pays d'Europe orientale). La double charge de travail qu'elles assument chez elles et sur leur lieu de travail préleve cependant un lourd tribut en termes de morbidité et elles risquent davantage que les hommes de souffrir de dépression et d'anxiété. Les questions se rapportant spécifiquement aux femmes, notamment la mortalité maternelle, sont extrêmement préoccupantes dans un certain nombre d'États membres. Par contre, les hommes sont davantage sujets aux accidents par exemple, et c'est la santé des hommes en âge de travailler qui s'est le plus détériorée dans les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants au cours de ces dernières années. Les viols et les coups et blessures dont sont victimes les femmes, bien que très largement sous-estimés, prennent des proportions alarmantes dans la grande majorité des pays ; de fait, dans les pays industrialisés, il a été indiqué que les violences domestiques étaient la cause d'un plus grand nombre de traumatismes pour les femmes que les accidents de la circulation, les viols et les agressions réunis. La section 3.4 aborde de manière plus détaillée les questions liées aux distinctions fondées sur le sexe et les stratégies y afférentes.

2.2.4 Les minorités ethniques, les immigrés et les réfugiés

Les personnes appartenant à certaines catégories particulières de population, et notamment les membres de minorités ethniques, les gitans, les immigrés et les réfugiés courent des risques particuliers en matière de santé. Leurs besoins sont souvent l'objet de beaucoup moins d'attention et les services sanitaires et sociaux habituels ont parfois des difficultés à parvenir jusqu'à elles. Ce problème prend de l'ampleur dans de nombreux pays.

2.2.5 Les invalides

Les personnes souffrant d'une invalidité physique ou mentale constituent aussi une catégorie dont les problèmes et les besoins sont très particuliers. Ce sujet est traité de manière détaillée à la section 5.4.

Il ressort de l'opération de surveillance de la Santé pour tous que les pays font maintenant état non seulement de différences géographiques mais aussi de variations en fonction de la profession et du niveau d'instruction. Certains mentionnent les effets du chômage et signalent l'existence de problèmes, comme l'alimentation et le logement. Les pays éprouvés par la guerre et ses consé-

quences évoquent en particulier la situation concernant la santé des migrants et des réfugiés. Environ un quart des États membres indiquent qu' ils ont amélioré leur système d' information pour tenir compte du manque d' équité en matière de santé et certains d' entre eux ont mis au point de nouveaux indicateurs à cet effet. On recense aussi un beaucoup plus grand nombre de travaux de recherche sur la question mais ils portent principalement sur la mesure du manque d' équité : les travaux de recherche sur l' efficacité des mesures prises pour supprimer les écarts sont relativement peu nombreux.

BUT 2 – ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

D'ICI 2020, L'ÉCART DE SANTÉ ENTRE GROUPES SOCIOÉCONOMIQUES DANS LES PAYS DEVRAIT ÊTRE RÉDUIT D'AU MOINS UN QUART DANS TOUS LES ÉTATS MEMBRES EN AMÉLIORANT NETTEMENT LE NIVEAU DE SANTÉ DES GROUPES DÉFAVORISÉS.

En particulier :

- 2.1 il faudrait réduire d'au moins 25% l'écart d'espérance de vie entre groupes socioéconomiques
- 2.2 les valeurs des principaux indicateurs de morbidité, d'invalidité et de mortalité devraient être plus équitablement réparties entre les différents groupes socioéconomiques
- 2.3 il faudrait sensiblement améliorer les conditions socioéconomiques qui influent sur la santé, notamment les disparités en matière de revenus, de niveau d'instruction et d'accès au marché du travail;
- 2.4 il faudrait fortement réduire la proportion de personnes vivant dans la pauvreté
- 2.5 il faudrait protéger de l'exclusion les individus ayant des besoins particuliers en raison de leur état de santé ou de leur situation économique ou sociale et leur permettre d'accéder facilement à des soins appropriés.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Une stratégie très importante permettant de s'attaquer au manque d'équité en matière de santé consiste à s'efforcer largement et de manière systématique (voir ci-dessus) d'obtenir le soutien du public en faveur de politiques socioéconomiques plus progressistes qui s'emploient à résoudre le problème fondamental d'inégalité en matière de revenus et de bien sociaux (par exemple, accès gratuit aux soins de santé, à l'enseignement, etc.).

L'examen sérieux de l'ensemble du problème passe par une évaluation correcte du clivage qui existe en matière de santé et de ses causes. Il conviendrait donc tout particulièrement de s'efforcer de définir les catégories qui risquent notamment d'avoir des ennuis de santé et de mourir prématurément et d'analyser les causes des différences sociales en matière de santé. Il serait possible d'utiliser souvent à meilleur escient les sources existantes d'information, mais de nombreux pays doivent modifier leur système d'information sanitaire pour enregistrer les variables socioéconomiques de manière plus précise et englober un plus grand nombre d'informations sanitaires dans les statistiques socioéconomiques existantes. Il faut accorder une plus grande attention à la surveillance et à l'évaluation de l'efficacité des mesures visant à supprimer les écarts en matière de santé.

ÉVALUATION DU CLIVAGE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SES CAUSES

1. Dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'équité en matière de santé et de soins de santé, lancée par l'OMS et l' Agence suédoise pour le développement international, la Lituanie (par exemple) a recensé plus de 20 sources existantes d'indicateurs sanitaires ou socioéconomiques susceptibles d'être utilisés pour dresser l'inventaire du manque d'équité dans ce pays.
2. L'Espagne, la Finlande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède ont tous récemment créé une commission spéciale chargée d'évaluer le clivage existant en matière de santé.
3. La Norvège essaie de mettre au point de nouveaux indicateurs afin de mieux tenir compte du manque d'équité en matière de santé et la Suède souligne la nécessité d'utiliser une démarche intégrée en ce qui concerne les indicateurs relatifs aux sexes et aux catégories socioéconomiques
4. Un effort ambitieux a été entrepris aux Pays-Bas pour présenter des données sur l'état de la santé publique et faire des prévisions en la matière afin d'informer les responsables de la politique.

Source : Exploring the process of health policy development in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (sous presse).

Déterminants de la santé

Il faut faire preuve d'une plus grande détermination et prendre des mesures plus énergiques pour influencer sur les déterminants de la santé. Les politiques qui parviennent le mieux à maintenir et à améliorer la santé de la population sont celles qui abordent la croissance économique, le développement humain et la santé de manière intégrée. Les écarts de revenus, les choix en matière de santé et la protection de l'environnement sont des variables qui peuvent être influencées par la politique des pouvoirs publics et tout changement apporté dans ces domaines peut se traduire par une amélioration de la santé et du bien-être pour l'ensemble de la population. Les mesures fiscales et juridiques sont de puissants instruments de réglementation pour influencer sur les causes fondamentales des problèmes de santé. Le chapitre 5 examine de manière plus détaillée les stratégies visant à influencer les déterminants physiques, environnementaux et socioéconomiques de la santé, et notamment la répartition des revenus, l'emploi et l'instruction.

Pour pouvoir être mises en œuvre de manière efficace, ces réglementations doivent être soutenues par l'ensemble des secteurs et des organismes concernés et bénéficier avant tout du soutien et de la confiance du public. Il est possible d'y parvenir en mobilisant la société dans son ensemble et en suscitant des débats solidement étayés grâce à une communication efficace. Il faut évaluer la politique des pouvoirs publics pour connaître ses répercussions sur l'équité en matière de santé.

Choix d'un point de départ

Il existe plusieurs points de départ possibles pour élaborer des plans visant à s'attaquer au manque d'équité en matière de santé. Chaque pays choisira celui qui est le plus adapté à sa situation. Une

des méthodes consiste à axer l' action sur des problèmes de santé spécifiques pour lesquels on a remarqué des différences sensibles entre les catégories socioéconomiques. Cette méthode présente l' avantage d' être comprise facilement par le public et les professionnels de santé. Une deuxième méthode repose sur des données récentes qui indiquent qu' il vaut mieux s' attaquer aux facteurs de risque et aux causes sous-jacentes du manque d' équité en matière de santé lorsque des écarts de revenus importants existent ou qu' il y a des poches de chômage élevé ou de mauvaises conditions de logement, en particulier au niveau local. Une troisième méthode consiste à commencer par définir les groupes à risques particuliers. Étant donné qu' il semble établi que les facteurs de risque se retrouvent dans les mêmes catégories sociales, cette méthode permet de prendre en considération plusieurs facteurs de risque en même temps. Dans les politiques globales de santé, on peut fixer des buts variables pour ces catégories.

Dans la plupart des cas, on emploiera plusieurs méthodes en même temps. Les pays peuvent aussi envisager d' inclure un volet équité dans tous leurs grands programmes en cours, bien que cette méthode risque de ne pas être toujours suffisamment ciblée.

Pour les groupes à risques particuliers, les politiques de santé doivent tenir compte des différences culturelles et entre les sexes en garantissant un accès à des soins et à un soutien appropriés.

Services aux groupes mal desservis

L' offre de services aux groupes mal desservis et la réduction des obstacles financiers et autres à l' accès à ces services peuvent améliorer la santé de ceux qui vivent dans la pauvreté (ces points sont analysés de manière plus détaillée au chapitre 6). Les services aux groupes mal desservis sont particulièrement importants lorsqu' il s' agit d' atteindre des catégories vulnérables comme les personnes âgées, les minorités ethniques, etc., qui ne savent peut-être pas comment obtenir l' aide dont elles ont besoin ou ont du mal à utiliser ces services en raison d' obstacles sociaux, psychologiques ou même physiques. En brisant le cercle vicieux de la pauvreté en intervenant à un stade précoce dans la vie des nourrissons et des enfants, on peut améliorer sensiblement la santé de la génération actuelle et des générations futures (cette question est analysée de manière plus détaillée au chapitre 4).

Il faut mettre en œuvre des politiques intégrées pour venir en aide aux groupes vulnérables. La santé des immigrés et des réfugiés peut être améliorée si ceux-ci peuvent accéder aux services de santé familiale, disposer d' un logement convenable, recevoir une instruction et obtenir un emploi. Dans la mesure du possible, il faut garantir aux groupes vulnérables des ressources financières qui leur assurent le même droit aux soins de santé qu' au reste de la population. Des programmes intégrés élaborés au niveau local et auxquels participent un grand nombre de secteurs et d' organismes peuvent contribuer efficacement à concevoir des services adaptés aux caractéristiques spécifiques, culturelles, psychologiques, etc. des groupes concernés.

La santé des populations en situation d'urgence peut être améliorée si l'aide humanitaire est à la fois rapide et efficace et s'il existe des politiques nationales et internationales qui réduisent la bureaucratie inutile et assurent un acheminement immédiat des fonds et l'intervention d'experts et de personnel de secours. Le rôle du secteur de la santé est de prouver que ces politiques sont nécessaires, de favoriser la création de partenariats avec les secteurs concernés et de les aider à évaluer leurs politiques.

Chapitre 3

Améliorer la santé des 870 millions d'habitants de la Région européenne

But 3 – Démarrer dans la vie en bonne santé

But 4 – Santé des jeunes

But 5 – Vieillir en bonne santé

La Santé pour tous vise à donner à chacun la possibilité de jouir d'une qualité de vie élevée d'un bout à l'autre de l'existence. Le bien-être des individus est lié à la mesure dans laquelle leur santé leur permet de participer à la vie et au développement, et d'en bénéficier. La santé fonctionnelle et la qualité de la vie vont de pair d'un bout à l'autre de l'existence. Ce chapitre porte sur l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé pour la population.

3.1 Transitions dans la vie et santé

La vie comporte une série de transitions critiques marquées par certains événements (voir encadré). Il existe des événements et des situations qui sont propres aux femmes ou les concernent principalement ; il s'agit en particulier de la grossesse, des rôles multiples rémunérés et non rémunérés, et de la ménopause.

Lorsqu'on adopte une démarche axée sur l'ensemble de l'existence pour élaborer des politiques sanitaires, on tient compte des interactions complexes entre ces événements de la vie, les risques biologiques et les déterminants de santé. La façon dont ces éléments agissent les uns sur les autres a des incidences sur la santé des individus, depuis la naissance jusqu'au décès. La santé peut s'altérer à un stade quelconque de l'existence, en raison de la malchance, des circonstances et des choix. Une démarche axée sur l'ensemble de la vie permet d'atteindre plus efficacement tous les groupes de la population que la méthode qui consiste à se borner à élaborer des politiques et des

programmes pour faire face aux différents problèmes de santé au fur et à mesure qu'ils se produisent (cela tend à être un mode de travail plus fragmenté et peut entraîner des doubles emplois, une spécialisation excessive des services pour certains groupes de la population et une attention insuffisante accordée à d'autres). Une démarche axée sur l'ensemble de la vie permet d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour l'ensemble de la population à moyen et à long termes.

MOMENTS CRITIQUES DE L'EXISTENCE :

- naissance
- passage de l'enseignement primaire à l'enseignement secondaire
- examens scolaires
- départ du logement des parents
- établissement de sa propre résidence
- début de la vie professionnelle
- naissance du premier enfant
- insécurité professionnelle, changement ou perte d'emploi
- début d'une maladie chronique
- fin de la vie professionnelle
- perte du conjoint et d'amis proches

Source : Bartley, M. et al. Socioeconomic determinants of health: Health and the life course: why safety nets matter. British medical journal, 314: 1194 (1997) (les premier et dernier points ont été ajoutés).

À chaque transition dans la vie, une action apportant un soutien tant au niveau global qu'au niveau individuel peut améliorer la santé et le bien-être. Certaines actions favorisent la santé et le bien-être de tous les groupes, ainsi qu'au niveau global. Les politiques sociales, économiques et autres des pouvoirs publics doivent créer des environnements qui garantissent que tous les individus peuvent, à tous les stades de l'existence, réaliser pleinement leur potentiel de santé. À un niveau restreint, l'action lancée dans des cadres particuliers (foyer, école, lieu de travail, etc.) peut être très efficace (voir chapitre 5). Les services sanitaires et sociaux, et en particulier les services de soins de santé primaires allant à la rencontre des familles dans les foyers, des travailleurs là où ils exercent leurs activités et des groupes locaux ayant des besoins particuliers, constituent d'importants points de départ en vue d'une assistance systématique aux individus et aux groupes portant sur l'ensemble de l'existence et, en particulier, axée sur les périodes critiques (cet aspect est examiné de façon plus détaillée dans le chapitre 6).

Un investissement précoce dans la protection de la santé porte généralement ses fruits plus tard. Certains aspects importants de la santé physique et mentale apparaissent tôt dans la vie. Il existe un apport maternel, lié au développement prénatal ; des deux parents, en ce qui concerne le patrimoine

génétique et les soins postnatals ; et de l'environnement social et physique au cours des premières années de l'existence. En conséquence, les politiques sanitaires et de protection sociale doivent être bien orientées vers les premières années de la vie et considérer ces dernières dans une optique large.

Les chances qu'ont les enfants de jouir d'une vie en bonne santé ne sont pas les mêmes dans les différentes parties de la Région européenne. En particulier, la pauvreté des parents peut engendrer un risque social qui nuit à la santé pendant l'ensemble de l'existence. En conséquence, il est essentiel d'investir dans le bien-être socioéconomique des parents et des familles dans l'optique d'une promotion de la santé et du développement. D'un bout à l'autre de la vie, les politiques en matière de protection sociale doivent non seulement mettre en place un filet de sécurité mais également constituer un tremplin permettant d'annuler un désavantage antérieur.

Pendant l'ensemble de l'existence, les aspects de la société qui contribuent à améliorer la santé sont : la stabilité économique ; la cohésion sociale ; l'acquisition d'aptitudes à faire face aux difficultés de l'existence et la possibilité qu'ont les individus d'influencer leur environnement ; et une baisse de la frustration et de l'échec. Les maladies les plus graves des adultes évoluent sur une longue période. Les effets sur la santé de problèmes dus à l'environnement et à des modes de vie malsains ne se manifestent bien souvent qu'au bout d'un temps considérable, généralement à l'âge adulte ou pendant la vieillesse. Pour de nombreux individus et groupes, l'interaction entre des désavantages multiples, les choix individuels et les circonstances de la vie se traduit par une probabilité accrue de décès et d'invalidité prématurés.

Le reste du présent chapitre porte sur quatre groupes d'âge. Trois buts ont été fixés en ce qui concerne le thème « démarrer dans la vie en bonne santé » (y compris la santé reproductive), les enfants et les jeunes, et les personnes âgées, étant donné que ces questions portent sur des époques de la vie qui offrent des possibilités considérables de protéger, de promouvoir et de maintenir la santé.

Outre les événements de la vie qui touchent la totalité ou la plupart des individus, des événements que connaissent certains individus à différents moments de leur existence peuvent engendrer une invalidité. Une brève analyse de la situation dans la Région est présentée et l'on avance des propositions de stratégies permettant aux personnes atteintes d'une invalidité de saisir des occasions favorables à la santé. Le chapitre s'achève par un bref examen de la façon dont il est possible de protéger le droit des individus à mourir dans la dignité (voir section 5.4 concernant les cadres et les possibilités des personnes atteintes d'une invalidité).

3.2 Démarrer dans la vie en bonne santé

Dans toute société, il doit être tout à fait prioritaire de permettre aux enfants de démarrer dans la vie en bonne santé. La présente section porte sur les mesures à prendre pour que les nourrissons et les jeunes enfants jusqu'au début de la scolarité soient en bonne santé. Il y sera question de la naissance, du développement physique, de l'apprentissage de la marche et de la parole, de l'acquisition des valeurs sociales et sanitaires fondamentales, de la découverte de l'environnement et du renforcement des liens avec les parents et des personnes proches de la famille.

Les chances de naître en bonne santé ne sont pas identiques dans l'ensemble de la Région et il en va de même des chances d'un enfant d'être encore en vie à l'âge d'un an. La plupart des pays d'Europe occidentale ont atteint, au niveau national au cours des quinze dernières années, le but régional de la Santé pour tous qui prévoit une réduction de la mortalité infantile, mais même dans les pays les plus riches il existe d'importantes inégalités entre les groupes sociaux. Les taux élevés de mortalité infantile dans certains pays de la partie orientale de la Région sont particulièrement préoccupants. Une grossesse non désirée est un facteur de risque et le nombre considérable de grossesses d'adolescentes, par exemple, représente un important problème dans de nombreux pays. L'avortement est encore utilisé comme l'un des principaux moyens de limitation des naissances dans certains pays. Il s'agit d'une pratique inacceptable à l'approche du troisième millénaire. La mortalité maternelle demeure un problème considérable dans de nombreux États membres.

Si un enfant naît en bonne santé, cela constitue la base d'une vie saine. Les services prénatals et périnatals peuvent contribuer de façon importante à aider les mères et les nourrissons à faire face à cet événement crucial de la vie qu'est la naissance. La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques naturels, même si des problèmes surgissent parfois, et doivent être considérés comme tels par les professionnels de la santé. Plus une mère est instruite, en bonne santé et bien alimentée, plus son niveau de vie socioéconomique est élevé et meilleure est la qualité des services de santé dont elle bénéficie, plus elle a de chances d'avoir une grossesse réussie. Un départ en bonne santé dans la vie est lié au mode de vie et aux compétences parentales de la mère et du père. La dépression après la naissance d'un enfant peut toucher non seulement la mère mais également le père et peut être à l'origine d'actes de violence dans la famille.

L'ÉQUIPE SPÉCIALE POUR LES SOINS PÉRINATALS, qui a été créée à Venise en 1998, a renforcé l'importance des valeurs et principes fondamentaux dans le contexte européen. Les soins en cas de grossesse et de naissance normales doivent être démedicalisés; axés sur l'utilisation de technologies appropriées reposant sur des données probantes régionalisées; pluridisciplinaires, globales, centrés sur la famille et appropriés sur le plan culturel. En outre, il faut que les femmes participent à la prise de décision. Ces valeurs et principes sont préconisés dans l'ensemble de la

Région européenne, mais la Biélorussie et la Moldavie sont en pointe à cet égard et ont incorporé un grand nombre de ces principes dans leur politique nationale en matière de soins périnataux.

Source : *Workshop on perinatal care: report on a WHO expert meeting, Venice, Italy, 16–18 April 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ICP/FMLY01 002).

Il existe des manques d'équité considérables en ce qui concerne la prestation et la qualité des services périnataux et postnatals dans la Région. Certains pays dépensent des montants considérables pour accroître l'espérance de vie de nourrissons ayant un très faible poids à la naissance, mais dans des parties importantes de la Région on n'est pas à même de simplement assurer la naissance d'enfants en bonne santé. Le succès même de la médecine périnatale, qui permet la survie de nourrissons d'un poids de plus en plus faible à la naissance, a eu pour effet qu'un plus grand nombre d'enfants ont des besoins particuliers, ce qui soulève d'importantes questions éthiques.

Le poids à la naissance, qui est lié aux revenus (mais également à d'autres facteurs, tels que le tabagisme de la mère) est utilisé dans l'établissement d'indices de pauvreté et représente un risque qui s'accumule de génération en génération. Même si la comparaison s'effectue par rapport à d'autres enfants appartenant à la même classe sociale, le fait pour un enfant d'avoir eu un faible poids à la naissance est lié à un risque plus élevé de mauvaise santé physique, et notamment de décès par coronaropathie et de troubles psychologiques à l'âge adulte. Le poids à la naissance est également lié à des caractéristiques sociales ultérieures pendant l'enfance et jusqu'au début de l'âge adulte, y compris la classe socioprofessionnelle à l'âge adulte. La première année de la vie est cruciale pour un développement physique et mental sain et pour la santé dans le reste de l'existence, et les enfants nés dans des foyers défavorisés courent un risque plus élevé de croissance et de développement laissant à désirer.

Il faut renforcer les liens avec les parents et les personnes proches de la famille. Les parents et les autres personnes proches jouent un rôle important dans la transmission des valeurs sanitaires et sociales fondamentales aux enfants de ce groupe d'âge. En temps de crise ou de difficulté ou lorsque l'enfant est élevé par un seul parent, les parents et ceux qui prennent soin des enfants n'ont pas toujours les compétences parentales nécessaires ou ne bénéficient peut-être pas du soutien dont ils ont besoin. L'Europe connaît d'importants changements dans les structures familiales. Le nombre de « familles traditionnelles » est en baisse, à la suite d'une augmentation du taux de dissolution de la famille et de la proportion de naissances hors mariage. Les taux de divorce ont fortement augmenté dans les pays d'Europe centrale et orientale et il s'est produit des hausses particulièrement importantes en Biélorussie, en Estonie, dans la Fédération de Russie, en Moldavie, et en Slovaquie. Les enfants peuvent souffrir d'un éclatement de la famille. Des difficultés plus importantes se produisent dans les familles de certaines parties d'Europe occidentale, où les réseaux

de soutien social traditionnels se détériorent, que dans les parties méridionale et orientale de la Région, où ils sont encore vigoureux.

Les sévices infligés aux nourrissons et aux enfants ont des effets traumatiques durables sur la santé mentale. Le nombre d'enfants des rues marginalisés augmente dans la Région et le problème ne reçoit pas toujours l'attention qu'il mérite. Les enfants de familles d'immigrés, de familles de réfugiés, de familles en séjour illégal dans des pays étrangers et de familles de sans-abri courent le plus grand risque de devenir des enfants des rues, ce qui implique une probabilité accrue de délinquance, de prostitution, d'absentéisme scolaire, de consommation de drogue, de pauvreté, de violence et de mendicité.

BUT 3 – DÉMARRER DANS LA VIE EN BONNE SANTÉ

D'ICI 2020, TOUS LES NOUVEAU-NÉS, NOURRISSONS ET ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE DE LA RÉGION DEVRAIENT ÊTRE EN MEILLEURE SANTÉ ET DÉMARRER AINSI DANS LA VIE EN BONNE SANTÉ.

En particulier :

- 3.1 tous les États membres devraient améliorer l'accès à des services de santé reproductive, à des services anténatals et périnatals et à des services de santé infantile appropriés
- 3.2 dans aucun pays le taux de mortalité infantile ne devrait dépasser 20 pour 1000 naissances vivantes; les pays où ce taux est actuellement inférieur à 20 pour 1000 devraient s'efforcer de le ramener à 10, voire en dessous
- 3.3 les pays où ce taux est actuellement inférieur à 10 pour 1000 devraient accroître la proportion de nouveau-nés exempts de maladies congénitales ou d'invalidité
- 3.4 il faudrait réduire d'au moins 50% la mortalité et la morbidité par accidents et actes de violence chez les enfants de moins de 5 ans;
- 3.5 il faudrait réduire d'au moins 20% la proportion d'enfants pesant moins de 2500 g à la naissance et réduire sensiblement les écarts entre pays.

STRATÉGIES PROPOSÉES

On examinera dans le chapitre 5 les moyens d'influer sur les déterminants sociaux et économiques fondamentaux, afin de faire baisser la mortalité infantile dans les pays et de réduire les écarts entre pays. Pour faire en sorte que les grossesses soient désirées et se déroulent dans les meilleures conditions possibles, il importe de mettre en place un bon programme de planning familial pour la population (y compris des services de consultation génétique, lorsque cela se justifie). Pour les

femmes enceintes, les services essentiels sont des bilans de santé médicaux de base et des services offrant d'aider les futurs parents à cesser de fumer, des recommandations en matière d'alimentation et des conseils d'ordre psychologique et physique sur la grossesse, l'accouchement et la façon de prendre soin des enfants.

La mise en œuvre de l'Initiative Maternité sans risque est une stratégie qui a fait ses preuves en matière d'amélioration de la santé maternelle et infantile.

L' INITIATIVE MATERNITÉ SANS RISQUE a été lancée en 1987 par la communauté sanitaire internationale, c'est-à-dire notamment l'OMS, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population, la Banque mondiale et de nombreuses ONG du monde entier. Son but était de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles. En particulier, elle vise à faire en sorte qu'un personnel compétent soit présent lors de l'accouchement à améliorer l'accès aux services de santé maternelle; à améliorer la qualité des services de santé maternelle; à prévenir les grossesses non désirées; à faire face au problème des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et à mesurer les progrès accomplis en utilisant de bons systèmes de collecte de données. Depuis 1995, le projet CARAK assure la promotion de cette initiative dans quatre zones pilotes (deux dans les Républiques d' Asie centrale et deux en Azerbaïdjan); cela a permis d'obtenir une baisse du nombre d'infections, d'hémorragies et d'avortements, et une augmentation de l'utilisation de contraceptifs.

Source : Maternal Health and Safe Motherhood Programme: progress report 1993-1995 . Geneva, World Health Organization, 1995 (document WHO/FRH/MSM/96.14).

Pour qu'un accouchement se déroule dans de bonnes conditions, il faut qu'interviennent des sages-femmes bien formées, qui puissent faire appel aux services d'obstétriciens en cas de nécessité uniquement. Les soins prénatals et périnatals doivent reposer uniquement sur des technologies essentielles, validées par des données probantes, tandis que les technologies plus avancées doivent être réservées aux cas où il existe des besoins particuliers manifestes. Il faut toujours garder présente à l'esprit la possibilité d'effets secondaires iatrogènes. Il est possible d'améliorer considérablement la qualité obstétricale des soins périnatals en utilisant des indicateurs et un système de surveillance appropriés, en recourant notamment à la télématique. La séparation des mères et des enfants après la naissance et l'attribution d'une importance excessive à la régularité, à la discipline et à l'hygiène perturbent les mécanismes physiologiques protecteurs et doivent par conséquent être évitées. Dans ce contexte, les critères de l'OMS relatifs aux hôpitaux amis des bébés (voir encadré plus bas) constituent une source utile de conseils. Il faut accorder de l'attention aux modes de vie et au bien-être psychosocial des deux parents. Les futurs mères et pères et les autres membres de la famille doivent s'abstenir de fumer et la mère ne doit ni se droguer ni boire de l'alcool. Une vaccination appropriée et effectuée en temps voulu est un élément fondamental de prévention des maladies et doit toujours être effectuée (des détails à ce sujet figurent dans le chapitre 4).

L'allaitement maternel constitue une alimentation optimale, crée des liens solides entre la mère et l'enfant, renforce le système immunitaire et donne une protection supplémentaire contre les maladies infectieuses et les allergies pendant l'enfance. Presque toutes les mères peuvent produire un lait qui répond exactement à l'ensemble des besoins nutritionnels de son enfant pendant environ six mois. Cela se vérifie même dans les situations qui engendrent des problèmes physiologiques et du stress pendant de longues périodes, comme c'est le cas actuellement dans de nombreux pays de la Région.

Un foyer sûr, stable et offrant un soutien revêt une importance particulière pour les nourrissons et jeunes enfants, étant donné qu'ils passent beaucoup de temps au domicile ou à proximité et sont particulièrement vulnérables aux risques pour la santé qui caractérisent ce cadre de vie : maladies transmissibles, infections transmises par l'eau, les aliments et les animaux, maladies dues à de mauvaises conditions sanitaires, risques chimiques résultant de la pollution de l'air, de l'eau et des sols, et risques physiques dans le foyer, le quartier et la circulation routière. La création d'un cadre de vie qui permet aux enfants de développer leur potentiel physique, affectif et social constitue un investissement qui a des effets à long terme sur la santé. Dans ce cadre de vie, l'enfant ne doit pas être exposé à la fumée du tabac, car le tabagisme passif nuit manifestement à la santé des enfants. Les politiques sociales doivent aider les familles se trouvant dans le besoin, pour leur permettre de créer un cadre de vie familial protecteur, stable et sûr.

L'INITIATIVE HÔPITAUX AMIS DES BÉBÉS a été lancée par l'OMS et l'UNICEF en 1991, lors d'une réunion de l'Association pédiatrique internationale, qui s'est tenue à Ankara. Ses objectifs sont les suivants :

- permettre aux mères de choisir en connaissance de cause la façon de nourrir leur nouveau-né
- favoriser un allaitement précoce
- promouvoir un allaitement exclusif pendant les six premiers mois
- obtenir la cessation de la distribution à titre gratuit ou à un bas prix de préparations pour nourrissons aux hôpitaux;
- aborder, éventuellement à un stade ultérieur et là où cela est nécessaire, d'autres questions relatives aux soins aux mères et aux nourrissons.

Ce réseau mondial vise à donner à chaque nourrisson le meilleur départ dans la vie, en créant un environnement de soins de santé où l'allaitement est la norme, ce qui contribue à réduire les niveaux de morbidité et de mortalité dans chaque pays.

Dans la Région européenne de l'OMS, au mois de septembre 1998, il y avait 314 hôpitaux amis des bébés dans 24 pays. Cependant, le but recherché est d'obtenir la participation de tous les hôpitaux de la Région.

Une infirmière familiale se rendant à domicile peut aider considérablement les parents à créer pour le nourrisson un cadre de vie sain, stimulant sur le plan psychosocial, favorisant l'activité et ne présentant pas de risque de blessures.

Le secteur privé peut contribuer à la santé, par exemple en fabriquant des jouets sans risque pour la santé, qui stimulent l'imagination et le développement des enfants.

Au cours des sept premières années de la vie, des relations sociales stables contribuent de façon importante à la formation de la personnalité psychologique d'un individu et à son aptitude à faire face à des événements stressants pendant toute son existence. Des relations humaines étroites et empreintes d'amour constituent des atouts très importants pour la santé pendant toute l'existence.

Les services de santé pourraient organiser des cours qui viseraient à aider les mères et les pères à bien s'acquitter de leurs tâches parentales. Lorsque les parents se sont séparés, des consultations pour les familles et les partenaires et des programmes scolaires dans les domaines de la dynamique de groupe et de la résolution des conflits peuvent avoir des effets positifs sur la santé.

Les écoles maternelles et les autres établissements de garde d'enfants sont des cadres très propices à la transmission de valeurs sanitaires fondamentales et d'aptitudes relationnelles ; l'équité, la solidarité et la dignité humaine, par exemple, peuvent y être vécues concrètement et inculquées. Ces établissements peuvent également contribuer au développement sain de jeunes enfants. En effet, ils constituent un modèle de cadre physique et social sain, ils encouragent les enfants à préparer ensemble des aliments sains, ils inculquent des aptitudes utiles pour la vie dans le domaine des relations sociales et ils initient les enfants à l'hygiène de base et renforcent les comportements conformes à cette dernière. Les pays doivent accomplir un effort plus important pour faire en sorte que tous ces établissements aient des programmes systématiques pour répondre à ces besoins, et en particulier un personnel formé à cette fin.

Le soutien aux enfants vulnérables et en situation de risque, en particulier de ceux qui ne relèvent pas encore du système de protection sociale, nécessite des services de proximité et des services destinés aux groupes mal desservis. Lorsque les services de protection de l'enfance, les associations non gouvernementales et les œuvres charitables coopèrent avec d'autres partenaires, y compris le secteur social, ils peuvent mener une action plus efficace. Il est très important mais difficile d'élaborer des programmes dans tous les États membres pour prévenir les sévices aux nourrissons et aux enfants et pour venir en aide aux enfants qui en ont subis. Dans de nombreuses sociétés, il est nécessaire de faire preuve de l'ouverture voulue pour parler de problèmes qu'on a préféré ne pas aborder jusqu'à présent.

PRINCIPES DIRECTEURS DE L'OMS ET DE L'UNICEF SUR LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES ENFANTS MALADES

Ces principes directeurs visent à réduire la mortalité, et la fréquence et la gravité des maladies et des invalidités dans les pays, et à contribuer à une meilleure croissance et à un meilleur développement. Les interventions portent sur la qualité des soins dispensés par les établissements de soins ambulatoires et les centres de soins de proximité.

On considère que cette initiative peut avoir des effets importants sur la morbidité globale et être extrêmement efficace par rapport à son coût. Elle repose sur les trois éléments suivants

- améliorer les pratiques de prise en charge des cas par le personnel de santé, en présentant des principes directeurs sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, adaptés au contexte local, et en organisant des activités pour promouvoir leur utilisation

- améliorer l'infrastructure sanitaire nécessaire pour une prise en charge efficace des maladies des enfants, ce qui comprend notamment la fourniture et la gestion de médicaments et de vaccins essentiels et l'existence de capacités de supervision aux niveaux national et régional
- améliorer les pratiques aux niveaux familial et local.

3.3 Santé des jeunes

La présente section porte sur les potentiels de santé qui se manifestent pendant l'enfance et l'adolescence, c'est-à-dire la période qui va du début de la scolarité au début de la vie professionnelle. Il sera également question d'événements de la vie tels que l'acquisition d'aptitudes sociales et sanitaires, la puberté et la prise de responsabilités dans la société.

Le début de la scolarité change la vie quotidienne de nombreux enfants. L'enfance et l'adolescence sont des stades de la vie pendant lesquels l'individu se développe sur les plans intellectuel et physique et acquiert des aptitudes sociales et sanitaires utiles pour l'ensemble de l'existence. Les jeunes sont plus aptes à prendre des décisions concernant leur comportement vis-à-vis de la santé lorsqu'ils peuvent participer à des actions qui influent sur leur propre environnement social, physique et éducatif.

Le bien-être psychologique des jeunes et, par conséquent, leur santé sont étroitement liés à la qualité de leurs relations avec les membres de la famille, d'autres adultes et leurs camarades. Une famille qui leur donne de l'affection et un soutien, des amis qui les acceptent et les comprennent et d'autres adultes importants avec lesquels les jeunes peuvent avoir des relations sont essentiels pour un développement sain et l'acquisition d'une image positive de soi-même. Une grande estime de soi et de bonnes aptitudes à résoudre les problèmes, et notamment à résoudre les conflits, sont des atouts précieux pour faire face à des difficultés diverses pendant toute l'existence.

Les changements physiques et affectifs que connaissent les jeunes engendrent des sentiments nouveaux et une façon différente de voir le monde. Ces changements se produisent à des vitesses différentes et ont une intensité plus ou moins grande selon l'individu. Au cours de cette période, les jeunes éprouvent des sentiments et des états d'esprit particulièrement intenses. Ils ont une nette tendance à se conformer au groupe auquel ils appartiennent. Beaucoup de choses vécues sont très positives et font partie du processus naturel de maturation.

Cependant, les jeunes peuvent être très vulnérables à certains risques, tels que la consommation expérimentale de drogues, de tabac et d'alcool et les risques liés à la maturation sexuelle (voir section 5.3). Les relations sexuelles non protégées engendrent encore un grand nombre de

grossesses non désirées, d'avortements et de cas de maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection à VIH. Dans de nombreuses parties de la Région, aucune éducation sexuelle objective n'est dispensée, ni dans les écoles ni dans d'autres cadres, ce qui rend les jeunes vulnérables au cours d'une période de la vie où il est normal de faire des expériences. Un stress émotionnel évitable résulte du fait que les jeunes connaissent et comprennent mal des questions liées à la sexualité, aux changements physiques, aux fonctions corporelles et aux sentiments. L'insuffisance de services de santé confidentiels destinés aux jeunes peut également les empêcher d'obtenir les soins et les conseils en matière de santé dont ils ont besoin.

Une baisse de l'activité physique et des habitudes alimentaires malsaines ont entraîné, dans de nombreux pays, une augmentation de l'obésité parmi les jeunes ; si l'obésité se maintient à l'âge adulte, ce qui est souvent le cas, elle représente un risque important pour la santé.

Malheureusement, un comportement violent devient plus fréquent parmi de nombreux jeunes et adolescents. Les traumatismes – tant intentionnels (infligés à soi-même ou résultant d'actes volontaires) qu'involontaires – sont actuellement la principale cause de décès parmi les enfants de plus d'un an et les adolescents. Les taux sont plus élevés parmi les garçons que parmi les filles. De plus en plus d'enfants de la Région sont exploités sexuellement et subissent des sévices sexuels. Lors du Congrès mondial contre l'exploitation sexuelle commerciale des enfants (Stockholm, août 1996), les États membres se sont engagés à mener une action concertée aux niveaux local, national, régional et international pour mettre fin à l'exploitation sexuelle des enfants.

En raison du développement des secteurs des télécommunications, des médias et de l'information, des jeunes du monde entier se trouvent en présence de produits, messages et valeurs similaires. La publicité, les médias et la musique ne sont pas seulement des types de divertissement ; il s'agit également d'outils pour la promotion de personnes, de produits, d'idées et de comportements qui peuvent favoriser la santé ou au contraire lui nuire. Une partie importante de cette communication porte atteinte à la santé. Par exemple, il existe une forte corrélation entre la publicité pour le tabac et les taux de tabagisme parmi les adolescents. Un intérêt accru pour la télévision, le cinéma et les jeux informatiques peut être lié à l'augmentation de la violence chez les jeunes, ainsi qu'à une réduction de l'activité physique.

BUT 4 – SANTÉ DES JEUNES⁶

D'ICI 2020, LES JEUNES DE LA RÉGION DEVRAIENT ÊTRE EN MEILLEURE SANTÉ ET MIEUX EN MESURE D'ASSUMER LEUR RÔLE DANS LA SOCIÉTÉ.

En particulier :

⁶ Jusqu'à l'âge de 18 ans.

- 4.1 les enfants et les adolescents devraient mieux maîtriser les aptitudes utiles pour la vie et être en mesure d'opérer des choix sains
- 4.2 il faudrait réduire d'au moins 50% la mortalité et l'invalidité dues aux actes de violence et aux accidents⁷ chez les jeunes;
- 4.3 il faudrait fortement réduire la proportion de jeunes qui adoptent des comportements dangereux⁸ tels que la consommation de drogue et de tabac et la consommation d'alcool
- 4.4 il faudrait réduire d'au moins un tiers l'incidence des grossesses chez les adolescentes.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Sentiment de cohérence et d'appartenance

Il y a santé lorsque les individus pensent qu'il est possible de diriger leur vie et que celle-ci a un sens, et qu'ils disposent de ressources mentales, physiques, affectives, sociales et matérielles suffisantes pour pouvoir faire ce que l'on attend d'eux. Il faut acquérir un sentiment de cohérence et d'appartenance dès le plus jeune âge et l'expérience acquise dans le cadre de la famille, de l'école maternelle, de l'école, des lieux de dispensation des soins de santé contribue, dans une large mesure, à garantir que les jeunes reçoivent un ensemble de messages cohérents et acquièrent les ressources et les aptitudes dont on a besoin dans la vie.

L'école est un important cadre dans lequel la santé peut être créée et maintenue. La façon dont les jeunes conçoivent la santé peut être influencée de façon très favorable par le contenu du programme scolaire. Il est possible de mener une action pour protéger et promouvoir la santé dans l'environnement physique de l'école. Plus largement, l'école influence les conceptions, les mentalités, les actions et le comportement non seulement des élèves mais également des enseignants, des parents, des dispensateurs de soins de santé et de la communauté locale. Tous les aspects de la vie au sein d'organisations contribuent à la santé physique, sociale et affective. En outre, les jeunes apprennent le mieux à assumer leurs responsabilités et à prendre en main leur destin lorsqu'ils participent directement à la prise de décision. La démarche utilisée dans le cadre du programme européen « Écoles-santé » combine ces éléments et elle devrait être adoptée par toutes les écoles des 51 États membres de la Région.

Services de santé

Il est possible d'améliorer la santé des enfants plus âgés et des adolescents si les politiques sanitaires vis-à-vis des jeunes sont plus globales, c'est-à-dire qu'elles doivent incorporer la santé

⁷ Voir également le but 9 « Diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents ».

⁸ Voir le but 12 « Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme ».

publique, la promotion de la santé et la prise en charge intégrée des maladies chez l' enfant (les principes directeurs de l' OMS et de l' UNICEF sur la prise en charge intégrée des enfants malades visent à réduire la mortalité et la fréquence et la gravité des cas de maladie et d' invalidité dans les pays d' Europe centrale et orientale, et à contribuer à une meilleure croissance et à un meilleur développement).

Les services doivent être offerts dans les cadres de la vie quotidienne (foyer, écoles et autres établissements d' enseignement, et centres de loisirs). Ils doivent reposer sur les notions de soins de santé primaires et de services de santé axés sur la famille. Des programmes locaux de prévention des traumatismes, présents dans tous les cadres où les enfants et les adolescents vivent, devraient exister dans l' ensemble de la Région.

Il est possible de prendre en charge de façon plus efficace les maladies chroniques, les troubles fonctionnels ayant des manifestations physiques, les problèmes psychosomatiques et les troubles mentaux si les soins médicaux sont combinés avec des services psychologiques, sociaux et éducatifs. Il faut élaborer des programmes spéciaux de prévention et d' intervention pour les jeunes, afin de faire face à des problèmes tels que la toxicomanie, le suicide, la consommation d' alcool et les accidents, et ces programmes devraient être élaborés dans le cadre d' une coopération avec le secteur social, celui de l' enseignement et d' autres secteurs appropriés.

On peut améliorer la santé des enfants plus âgés et des adolescents en réduisant les obstacles à l' accès aux services de santé par des campagnes d' information, en garantissant la confidentialité des informations données par les jeunes, en prévoyant des horaires d' ouverture commodes, en organisant des services à l' intention des groupes mal desservis, etc. Un mode d' action particulièrement important est constitué par l' infirmière de santé familiale, qui se rend au domicile des gens et peut déterminer l' existence de problèmes à un stade précoce et donner des conseils judicieux, tant aux enfants qu' à leurs parents.

Modes de vie sains

Dans le domaine des modes de vie sains, des stratégies efficaces visant à encourager l' adoption d' un régime alimentaire sain tout au long de l' existence peuvent contribuer à contrecarrer la progression de l' obésité, des maladies transmises par les aliments et des allergies. Les interventions devraient comprendre la surveillance de la croissance, des conseils sur une alimentation complémentaire correcte, la fortification des aliments en micronutriments et des mesures visant à assurer un approvisionnement régulier en aliments. Une activité physique modérée et une utilisation judicieuse des loisirs peuvent accroître le bien-être physique, mental et social des jeunes. Des associations sportives, des clubs de jeunes, etc. constituent d' importants cadres pour la santé et les relations sociales, et il convient en particulier de les soutenir dans les quartiers défavorisés.

Comme les jeunes sont sensibles à l'influence de la publicité et du marketing ainsi qu'à l'attrait des produits nouveaux, le secteur privé peut être un partenaire important en matière de santé pour ce groupe d'âge. Cependant, le secteur de la santé est tenu de condamner les produits qui mettent la santé des jeunes en péril. Les stratégies à adopter pour lutter contre la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites sont décrites au chapitre 6. Des politiques visant à réglementer les activités des médias peuvent empêcher que des jeunes soient victimes d'actes de violence et de comportements à risque. Il a été démontré qu'une action éducative dirigée par les pairs est souvent un moyen efficace et novateur d'aider les jeunes à prendre en mains leur destinée pour mieux résister à l'attrait de certains comportements nocifs et adopter des modes de vie plus sains.

Jeunes marginalisés

Pour aider les jeunes marginalisés, les États membres sont tenus de créer un environnement et de favoriser des conceptions et des pratiques qui respectent les droits des enfants ; d'accorder un degré élevé de priorité aux mesures de lutte contre l'exploitation sexuelle commerciale des enfants ; et d'affecter des ressources suffisantes à ces fins. Dans de nombreux pays, une coopération plus étroite entre tous les secteurs de la société est nécessaire pour empêcher que des enfants ne soient victimes du commerce du sexe et pour renforcer le rôle que les familles jouent pour protéger les enfants contre l'exploitation sexuelle commerciale. Comme il est probable que les enfants en cause se trouvent en dehors du domaine d'action normal des services sanitaires et de protection sociale, des services allant à la rencontre de groupes mal desservis et des services de proximité – y compris ceux qui sont fournis dans des cadres de loisirs et de soins de santé – sont des moyens d'action efficaces.

3.4 Santé des adultes

La présente section porte sur le potentiel de santé des adultes, depuis le début jusqu'à la fin de l'activité professionnelle. Ce stade de l'existence dure environ 40 années et inclut des événements de la vie tels que l'obtention du premier emploi, la procréation, l'accès à la citoyenneté, les soins aux parents, le départ des enfants de la maison et la cessation des activités professionnelles.

Au fil des années, la nature de ces événements de la vie a considérablement changé. Pour de nombreux adultes d'Europe, la situation économique et sociale n'est pas satisfaisante. Un nombre de plus en plus élevé d'individus passent une partie de leur vie au chômage ou dans une situation de sous-emploi, en raison de tendances telles que la mondialisation du commerce et l'évolution technologique. Pour ceux qui travaillent, le déclin de l'emploi stable et l'apparition de nouveaux types de travail ont pour conséquence que d'importantes catégories de travailleurs sont vulnérables à l'insécurité du travail : travailleurs étrangers, immigrés, membres de minorités ethniques,

travailleurs âgés et femmes ayant de jeunes enfants. Les structures familiales ont tendance à être plus précaires et de nouvelles formes de vie commune sont apparues.

En ce qui concerne le milieu de travail, une trop grande importance est accordée actuellement à des considérations économiques à court terme, plutôt qu' à l' investissement humain à long terme, qui crée des rôles socialement productifs pour les personnes en âge de travailler. Une grande insécurité de l' emploi peut présenter des avantages économiques à court terme, mais elle nuit à la santé des travailleurs – et de ceux dont ils prennent soin – à long terme, ce qui crée des difficultés accrues pour le système de santé.

Un important obstacle à la Santé pour tous est l' inégalité, tant entre les hommes et les femmes que parmi les femmes dans les différentes parties de la Région européenne et entre classes sociales et groupes ethniques. Les hommes et les femmes sont souvent aux prises avec les mêmes situations, mais ils ne les ressentent pas de la même manière. La pauvreté et la dépendance économique, la violence, les attitudes négatives et d' autres formes de discrimination, un pouvoir limité sur la vie sexuelle et la procréation, et le manque d' influence sur la prise de décision sont tous des facteurs qui ont des effets négatifs sur la santé des femmes.

Les femmes ont parfois un accès différent et inégal aux services de santé de base et aux possibilités de protéger, de promouvoir et de maintenir leur santé. Les politiques et programmes sanitaires perpétuent souvent des stéréotypes relatifs aux sexes et ne tiennent pas toujours pleinement compte du manque d' autonomie des femmes vis-à-vis de leur santé. Les complications de la grossesse et de l' accouchement figurent parmi les principales causes de mortalité et de morbidité parmi les femmes en âge de procréer dans certains pays ayant des économies en transition. Les avortements réalisés dans de mauvaises conditions menacent la vie d' un grand nombre de femmes – en particulier dans la partie orientale de la Région –, ce qui représente un grave problème de santé publique. Ce sont principalement les plus pauvres et les plus jeunes qui courent le plus de risques.

La proportion de femmes dans la main d' œuvre est plus élevée qu' auparavant et l' augmentation du nombre de mères qui travaillent et de foyers où deux personnes travaillent a des incidences sur les soins dispensés aux enfants et aux personnes âgées. Traditionnellement, ce sont les femmes qui s' acquittaient des tâches et, dans de nombreux pays, elles continuent à le faire tout en travaillant à l' extérieur.

Les mauvaises conditions de logement et les environnements locaux qui laissent à désirer (voir chapitre 5) empêchent de nombreux adultes d' adopter des comportements favorables à la santé. Pour les femmes à bas revenus, le tabagisme peut être un moyen de faire face au stress dû à la pauvreté ou à la monotonie du travail. Dans les quartiers pauvres, il est plus difficile d' adopter un mode de vie sain, et ce pour un grand nombre de facteurs :

- il y a moins de zones de loisirs ;
- craignant davantage d'être victimes d'actes criminels, les individus hésitent à sortir, à avoir des relations sociales et à pratiquer une activité physique ;
- l'accès aux transports en commun est moins bon ;
- les aliments recommandés par les stratégies de promotion de la santé ne sont pas disponibles ou sont trop chers ;
- les services de soins de santé primaires sont moins disponibles que dans les quartiers plus favorisés.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Il faut que des politiques favorisant la santé aident les individus à faire face aux maladies dont ils peuvent souffrir au cours de l'âge adulte. La prévention de la maladie et des décès prématurés par une lutte contre les causes et les facteurs de risque fondamentaux doit cependant constituer un axe important de toute stratégie de santé. Un certain nombre de facteurs de risque sont communs aux maladies cardio-vasculaires, au cancer et au diabète (et, dans une certaine mesure, aux maladies respiratoires chroniques) : tabagisme, consommation d'alcool, régimes alimentaires malsains, manque d'exercice physique et, de plus en plus, stress. En conséquence, plutôt que d'orienter principalement les efforts vers certains facteurs uniquement, il convient d'adopter une démarche intégrée pour s'attaquer à tous les grands facteurs de risque, dans le cadre d'une stratégie plus large de promotion de la santé et de prévention des maladies telle que celle qui est décrite dans le chapitre 5.

La sécurité d'emploi maintient et améliore la santé des travailleurs. L'augmentation de la productivité individuelle et la baisse des dépenses de santé qui en résultent se traduisent également par des avantages économiques à long terme. Comme ceci est indiqué dans le chapitre 5, il est également possible d'améliorer la santé des travailleurs si les politiques de l'emploi non seulement garantissent la sécurité d'emploi, mais favorisent également des pratiques souples et favorables à la famille en matière d'emploi, qui donnent aux travailleurs la possibilité de participer à la vie professionnelle et de faire face à leurs responsabilités personnelles et familiales. La mise en place de possibilités de congé parental, de travail à temps partiel et de partage d'emploi peut favoriser la santé des travailleurs et des familles.

La santé et le bien-être des femmes

En soutenant divers accords internationaux et en tenant les engagements qu'ils ont pris dans ces derniers (en particulier la Déclaration de Beijing et la Plate-forme d'action, le Programme d'action

de la Conférence internationale sur la population et le développement, la Déclaration de Copenhague sur le développement social et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes), les gouvernements peuvent promouvoir et protéger la santé des femmes, en coopération avec des organisations non gouvernementales et des organisations d'employeurs et de travailleurs, et avec le concours d'organisations internationales.

Il est possible d'améliorer la santé des femmes en offrant des services de soins de santé primaires de qualité élevée plus accessibles, plus disponibles et meilleur marché, y compris des services relatifs à la santé sexuelle et reproductive (informations et services de planning familial, par exemple), en accordant une attention particulière aux soins maternels et aux soins obstétricaux d'urgence. La nécessité de prendre conscience des effets sanitaires des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et d'agir à cet égard, comme cela a été convenu dans le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, représente pour certains pays un important problème de santé publique, qui impose, comme cela a été mentionné précédemment, la mise en place d'un programme de planning familial bien conçu.

Si l'on modifie la conception des services d'information sanitaire et des programmes de formation des professionnels de la santé de façon à ce qu'ils soient sensibles aux différences entre les sexes, tiennent compte de l'optique des utilisateurs en ce qui concerne les aptitudes interpersonnelles et les capacités de communication et respectent les droits des utilisateurs en matière de vie privée et de confidentialité, un plus grand nombre de femmes pourront bénéficier de bons services de santé et être traitées conformément à leurs besoins.

Pour favoriser l'égalité entre les hommes et les femmes, entre les femmes des différentes parties de la Région européenne et entre les femmes de différentes classes sociales et de différents groupes ethniques, toutes les politiques menées dans le secteur de la santé et dans d'autres domaines devraient incorporer une démarche soucieuse d'équité entre les sexes. Il faudrait veiller en particulier à élaborer des politiques et des programmes qui soutiennent les hommes et les femmes dans leurs divers rôles et responsabilités – en tant qu'individus, parents, travailleurs et soignants, notamment – et qui suppriment les obstacles liés au sexe qui entravent le développement sanitaire et humain.

UNE DÉMARCHE SOUCIEUSE DE L'ÉQUITÉ ENTRE LES SEXES – RECONNAÎTRE LES BESOINS DES FEMMES ET DES HOMMES

Une démarche soucieuse d'équité entre les sexes est essentielle dans une politique sanitaire car :

- elle tient compte de la nécessité d'une participation pleine et entière des femmes et des hommes dans la prise de décision

- elle donne une importance égale aux connaissances, aux valeurs et aux expériences des femmes et des hommes;
- elle garantit que tant les femmes que les hommes déterminent quels sont leurs besoins et leurs priorités en matière de santé et fait ressortir que certains problèmes de santé sont spécifiques aux hommes ou aux femmes ou ont des conséquences plus graves pour les uns ou les autres
- elle engendre une meilleure compréhension des causes de mauvaise santé
- elle permet de procéder à des interventions plus efficaces en vue d'améliorer la santé
- elle contribue à une plus grande équité en matière de santé et de soins de santé.

Logement approprié

Un logement approprié est l'une des conditions préalables à la santé, mais les besoins des individus en matière de logement évoluent généralement dans le temps et il faut adapter le logement à l'évolution de ces besoins, notamment au développement du travail à domicile. Des zones de loisirs, des rues sûres et un accès aux transports en commun et aux équipements et services collectifs de base sont des ressources essentielles pour un quartier sain et sûr et des réseaux sociaux vigoureux, et il convient de les maintenir et de les améliorer. Il est possible d'améliorer la santé si les services de soins de santé primaires augmentent la couverture vaccinale et accordent une attention particulière à la détection précoce de maladies cardio-vasculaires et de cancers et à la réadaptation de personnes atteintes de maladies chroniques. Les services doivent faire un effort particulier en direction des personnes qui ont les plus grands besoins (voir chapitre 6).

Modes de vie sains

Il incombe souvent aux adultes de prendre soin d'autres personnes. Les choix qu'ils font et qu'on leur permet de faire dans le domaine des modes de vie sains peuvent donc influencer sur la santé d'un certain nombre de personnes. En conséquence, on peut promouvoir et protéger la santé des individus et des familles en leur permettant de se procurer des aliments sains à un prix abordable, en diffusant des informations, en veillant à un étiquetage approprié des aliments (en particulier les aliments génétiquement modifiés) et en formant les individus aux méthodes de préparation des aliments. Une activité physique modérée est l'un des éléments essentiels d'une bonne santé chez les adultes. Les avantages de l'activité physique du point de vue de la santé sont examinés dans le chapitre 5. La conception des cadres de vie devrait encourager une activité physique modérée.

3.5 Vieillesse en bonne santé

Dix-huit des 20 pays du monde ayant les pourcentages les plus élevés de personnes âgées font partie de la Région européenne de l' OMS. Dans ces pays, de 13,2 à 17,9% de la population ont plus de 65 ans. Au cours des 20 prochaines années, il se produira une augmentation très importante de la proportion de personnes faisant partie de ce groupe d' âge, et la partie de la population dont la proportion augmente le plus rapidement dans la plupart des pays est constituée par les personnes très âgées (c' est-à-dire âgées de 80 et plus). Au cours des 30 prochaines années, la proportion de personnes âgées de plus de 80 ans parmi la population des plus de 65 ans passera, dans l' ensemble de l' Europe, de 22 à plus de 30%.

Le vieillissement est un processus physiologique naturel au cours duquel l' organisme subit une série de changements. Il existe des différences considérables entre les individus à cet égard et en particulier en ce qui concerne leur aptitude à mener une vie active et satisfaisante. De nombreuses personnes âgées restent actives et pleinement indépendantes presque jusqu' à la fin de leur existence. Les principales menaces qui pèsent sur la santé des personnes âgées sont la démence, la dépression, le suicide, le cancer, les maladies cardio-vasculaires, l' ostéoporose, l' incontinence et les traumatismes.

Ci-après, on remet en cause certains mythes concernant le vieillissement et l' on indique comment aider les personnes âgées en appliquant des stratégies visant à rendre le cadre local plus sûr et à mettre en place des politiques et des services sanitaires et sociaux offrant un plus grand soutien.

Bien que les personnes âgées soient plus vulnérables vis-à-vis des menaces énumérées plus haut, ces dernières ne sont nullement un élément inévitable du vieillissement pour chaque individu. Dans de nombreuses parties de la Région, on accorde trop d' importance à la diminution des fonctions et pas assez aux possibilités de rester actif. On ne s' intéresse pas assez aux effets sanitaires que la diminution des rôles sociaux a sur la santé dans l' ensemble de l' existence. Les adultes doivent s' acquitter de rôles sociaux et économiques multiples, mais ils sont souvent mal préparés à mener une vie socialement satisfaisante après la fin de l' activité professionnelle, lorsque les enfants ont quitté le logement familial et qu' il se produit un déclin des fonctions physiques. Des problèmes de santé considérables résultent de l' opinion erronée selon laquelle le vieillissement va de pair avec l' inactivité et ne commence qu' à l' âge de 65 ans.

Il existe de nombreuses possibilités de rester actif et de continuer à s' intéresser à la vie. Le niveau d' instruction des personnes âgées de 65 ans et plus est en augmentation et il existe de nouvelles possibilités qui permettent aux personnes âgées de continuer à s' instruire. Dans certains pays, peut-être en raison de niveaux d' instruction plus élevés, les personnes âgées ont créé des associations politiques et des groupes d' action de retraités pour exprimer leurs exigences relatives à l' élaboration

de politiques et à la mise en place de services sociaux et sanitaires. Dans une perspective plus large, cependant, on n'accomplit pas assez d'efforts pour répondre aux besoins et attentes en évolution des personnes âgées et pour se préparer à un vieillissement de plus en plus marqué de l'Europe.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais les années de vie supplémentaires sont souvent caractérisées par des maladies chroniques, des invalidités et des difficultés à vivre de façon indépendante, en particulier parmi les femmes très âgées (c'est-à-dire âgées de 80 ans et plus). La dépendance a des dimensions physiques, économiques, psychologiques et sociales qui ont des effets très négatifs sur la qualité de la vie des personnes très âgées ; ces dernières constituent un groupe d'âge dans lequel les femmes sont nettement majoritaires (60–64%). L'une des raisons des différences d'aptitudes fonctionnelles liées au sexe est peut-être que, lorsque la masse musculaire se réduit, les femmes descendent au-dessous du « seuil critique » plus tôt que les hommes.

Les femmes ont tendance à gagner moins d'argent et à posséder moins d'économies que les hommes, et il est probable que cette tendance se poursuivra au cours de la prochaine décennie, ce qui aura des implications en matière de dépenses publiques et de santé et de qualité de vie des femmes.

L'environnement physique est un important déterminant de l'aptitude des personnes âgées à conserver leur indépendance, tant à leur domicile que lorsqu'elles se déplacent dans leur quartier. Le logement, le transport et la conception des services locaux constituent souvent des obstacles au maintien des fonctions de nombreuses personnes âgées et à la préservation de leurs réseaux sociaux. En particulier, de nombreux systèmes de transport d'Europe ne peuvent pas être facilement utilisés par les personnes âgées. L'accès aux autobus et aux métros, notamment, est souvent difficile.

La plupart des personnes âgées veulent rester à leur domicile aussi longtemps que possible. Cependant, dans un certain nombre de pays de la Région, il n'existe pas de services de soins à domicile appropriés – en particulier pour les personnes atteintes de démence. Dans de nombreux pays, les personnes âgées ne bénéficient pas de soins préventifs. Or, de tels services sont très importants pour les personnes âgées, comme le montre la demande très élevée de soins liés aux traumatismes. En règle générale, la réadaptation aide beaucoup les personnes âgées à mener une vie indépendante, à accroître leur autonomie et à améliorer leur qualité de vie.

Les personnes âgées consomment une quantité disproportionnée de l'ensemble des médicaments prescrits. Dans certains pays, un recours considérable aux médicaments semble être un moyen de remplacer des services de réadaptation inexistants. L'observance dans la prise des médicaments peut constituer un problème important, en particulier pour les personnes âgées qui vivent seules.

Les programmes actuels de formation des professionnels de la santé reposent souvent sur le traitement médical et les soins hospitaliers. Cela contribue à la prestation d' une quantité considérable de services inappropriés aux personnes âgées dans la Région.

BUT 5 – VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

D' ICI 2020, LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 65 ANS DEVRAIENT AVOIR LA POSSIBILITÉ DE JOUIR DE TOUT LEUR POTENTIEL DE SANTÉ ET DE JOUER UN RÔLE ACTIF DANS LA SOCIÉTÉ.

En particulier :

- 5.1 il faudrait augmenter d' au moins 20% l' espérance de vie et l' espérance de vie sans invalidité à l' âge de 65 ans;
- 5.2 il faudrait augmenter d' au moins 50% la proportion de personnes ~~sant~~ saines, à l' âge de 80ans, d' un niveau de santé leur permettant de conserver, dans un cadre domestique, leur autonomie, leur estime de soi et leur place dans la société.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Vieillir en bonne santé

Il est possible d' améliorer la santé si les sociétés européennes prennent des mesures actives pour changer l' image négative du vieillissement et si les individus d' âge mûr ont la possibilité de réduire progressivement leurs activités professionnelles tout en augmentant les rôles sociaux dont

ils peuvent continuer à s'acquitter après la fin de leur vie professionnelle. Les personnes âgées représentent une ressource importante pour leur famille et la société, et elles peuvent contribuer dans une large mesure à la qualité de la vie et au bien-être de la famille. Leur expérience et leur sagesse sont des atouts très précieux dans l'éducation des enfants et pour les autres adultes de la famille. Les personnes âgées peuvent être utiles à la société et à leurs voisins longtemps après la fin des activités professionnelles. Cependant, ce potentiel est rarement pleinement exploité aujourd'hui.

Quartiers

Il faut aider les personnes âgées à prendre part à des activités qui se déroulent dans leur quartier et à des activités sociales. En travaillant ensemble, les personnes âgées, leur famille, les personnes qui prennent soin d'elles, leur quartier et les ONG peuvent trouver des façons novatrices de faire en sorte qu'elles continuent à mener une vie active et intéressante. Ces stratégies peuvent contribuer à renforcer l'aptitude d'une personne âgée à faire face à la perte d'un conjoint, de membres de la famille ou d'amis. L'environnement physique doit permettre aux personnes âgées de participer aux réseaux sociaux et d'avoir des contacts quotidiens avec les autres. Il est possible d'améliorer la santé si l'on conçoit l'aménagement des villes et les systèmes de transport en songeant à l'ensemble des usagers potentiels et si la signalisation est suffisamment lisible et claire pour que les personnes âgées la comprennent sans difficulté.

Santé et soutien social

Compte tenu du profil démographique des sociétés européennes, les politiques sociales et autres visant à maintenir l'autonomie des personnes âgées et à encourager la solidarité entre les générations prennent une importance de plus en plus grande. Il faut également adopter des politiques qui prévoient un revenu suffisant et des subventions pour que les personnes âgées puissent se procurer des biens essentiels tels que des aliments et du combustible, en particulier dans certaines parties orientales de la Région. Des politiques sanitaires et sociales intégrées efficaces sont axées sur la communauté locale, participatives et déterminées par les besoins et elles reposent sur les atouts en matière de santé. Des études de cas ont montré qu'une stratégie efficace consiste à mobiliser les villes, les autres localités et les quartiers pour améliorer les soins de santé et les autres services destinés aux personnes âgées.

Services de santé

Il est possible de conserver dans une large mesure son indépendance en utilisant des appareils et des services relativement peu coûteux. Des interventions systématiques visant à améliorer l'audition, la mobilité (arthroplastie de la hanche), la vue et la capacité de mastication (dentier)

peuvent présenter des avantages considérables sur les plans du bien-être, de l'autonomie et de l'activité, et doivent bénéficier d'une priorité beaucoup plus élevée. Il est possible d'améliorer la qualité de la vie des personnes âgées et de leur famille, tout en réduisant considérablement le recours à des soins coûteux pour ce groupe de la population, si les services sont sensibles aux différences entre les sexes et reposent sur les soins primaires, et s'ils vont au devant de chaque personne âgée dans les quartiers (par exemple, grâce à l'intervention d'une infirmière de santé familiale – voir chapitre 6). Il est essentiel que les services offerts comprennent une évaluation des besoins et des atouts en matière de santé de chaque personne âgée et de son environnement. Si la personne âgée souhaite rester chez elle, il faut l'aider en adaptant son logement à ses besoins. Une aide-ménagère permet à la personne âgée de conserver son autonomie. Tel doit également être le but principal des maisons de santé. Une bonne coordination des services sanitaires et sociaux de proximité assure la continuité des soins, aide les individus à vivre dans leur propre logement aussi longtemps que possible et permet de n'avoir recours aux établissements de soins que lorsque cela est vraiment nécessaire.

Il faut que les programmes de formation relatifs aux soins primaires tiennent beaucoup plus compte des besoins et des atouts des personnes âgées et visent avant tout à maintenir l'autonomie. Ces programmes devraient tenir compte de l'évolution des niveaux d'instruction des futures générations des personnes âgées, ainsi que des attentes différentes relatives aux services destinés aux personnes âgées. Les soins gériatriques ne constituent qu'un élément parmi d'autres et il ne faut pas leur accorder une importance excessive.

Il faut accroître les possibilités de réadaptation dans de nombreux pays de la Région et les rendre économiquement plus abordables dans certains systèmes. La réadaptation peut être plus avantageuse sur le plan économique que l'hospitalisation des personnes âgées. Les maisons offrant des soins aux personnes âgées doivent reposer sur les principes suivants : maintien de l'autonomie et de l'estime de soi, respect des droits de la personne et sensibilité aux spécificités de chaque sexe (les femmes sont majoritaires dans ces maisons).

Des soins de santé et des services de réadaptation plus appropriés pourraient réduire la forte consommation de médicaments des personnes âgées. Lorsque des médicaments sont prescrits, le prescripteur doit tenir compte du coût du traitement médicamenteux, en particulier lorsque les personnes âgées doivent payer les médicaments elles-mêmes. Les flacons ou autres récipients doivent être étiquetés et il faut que la taille, la forme, la couleur et l'aspect des comprimés et gélules conviennent à des personnes qui peuvent avoir des difficultés à prendre des médicaments.

VIEILLIR EN BONNE SANTÉ À SAMOS

On met actuellement en place un système de soutien global pour les personnes âgées à Samos, île de la mer Égée. Ce système repose sur la conscience des habitants de l'île d'appartenir à des communautés locales et sur une coopération entre un certain nombre de secteurs. Il s'agit de mieux répartir les ressources locales et d'offrir un environnement sûr qui favorise la santé affective et physique des personnes âgées. Cette initiative sera également avantageuse pour le secteur touristique, dans la mesure où elle favorise un environnement sain et sûr, afin d'encourager des touristes âgés à se rendre à Samos, ce qui engendrera pour l'île des recettes qui pourront ultérieurement être utilisées pour améliorer les services.

Il est prévu de créer un centre de soutien pour les personnes âgées, où les dossiers médicaux seront conservés. Toute demande de soins émanant d'une personne âgée ou de la personne qui prend soin d'elle sera transmise aux professionnels appropriés (infirmières, pharmaciens, assistantes sociales, kinésithérapeutes, etc.) et sera accompagnée des informations appropriées provenant de son dossier. Les demandes de soins peuvent être présentées manuellement ou automatiquement en tout endroit de l'île grâce à la télématique (c'est-à-dire via des téléphones mobiles et des appareils de télé-appel et de localisation).

À Samos, les soignants sont généralement des personnes qui font partie de la localité : des voisins ou des membres de la famille. Des initiatives telles que les magasins, les hôtels et les restaurants «soucieux des personnes âgées» facilitent la vie de celles-ci – qu'il s'agisse d'habitants de l'île ou de touristes – et des personnes qui prennent soin d'elles. D'autres initiatives ont été prises dans l'île : amélioration des chemins et du revêtement des rues, installation de rampes et de mains courantes pour améliorer la mobilité des personnes âgées, amélioration des installations et zones de repos à l'ombre.

Source : Humphreys, P. *Healthy aging on the island of Samos. Networking for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (RHN Conferences Series No. 4).

3.6 Mourir dans la dignité

Dans de nombreux pays de la Région, la mort cesse de plus en plus d'être une phase naturelle de la vie, mais se produit à l'hôpital, dans l'isolement social et affectif. Bien que la plus grande partie des budgets de santé soit consacrée aux soins aux personnes âgées au cours des dernières années de leur vie et en particulier pendant la période qui précède immédiatement le décès, un nombre croissant de patients commencent maintenant à demander des traitements recourant à peu de technologie, de façon à pouvoir mourir dans la dignité. De plus, il existe actuellement un débat qui prend de plus en plus d'importance dans de nombreux États membres au sujet de l'influence que les individus eux-mêmes ont ou devraient avoir sur leur propre mort. Il s'agit d'une question qui soulève un grand nombre de problèmes éthiques difficiles.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Tout individu devrait avoir le droit de mourir de façon aussi digne que possible, dans le respect de ses valeurs culturelles. Les États membres peuvent obtenir ce résultat s'ils adoptent des politiques qui permettent aux individus, chaque fois que cela est possible, de mourir là où ils le décident eux-mêmes, entourés des personnes qu'ils choisissent et avec le minimum de douleur et de détresse. Les souhaits de l'individu doivent être au cœur des décisions prises en ce qui concerne la mort.

Il faut renforcer la formation des professionnels dans le domaine des soins palliatifs. Les soignants professionnels doivent réfléchir de façon approfondie sur les aspects spirituels de la vie et de son stade final, afin de pouvoir accepter la mort comme un élément naturel de l'existence humaine. En outre, il faut offrir une assistance appropriée à la famille et aux amis des mourants et aux personnes qui prennent soin de ceux-ci.

Les activités menées dans un nombre croissant de centres de soins palliatifs présentent beaucoup d'intérêt. Dans ces centres, l'accent est mis sur les soins palliatifs et la lutte contre la douleur. Une attention particulière est accordée à un environnement humain ; la priorité est donnée aux relations sociales avec les patients et au réconfort maximum qu'il est possible de leur donner.

Chapitre 4

Prévenir et combattre les maladies et les traumatismes

But 6 – Améliorer la santé mentale

But 7 – Faire reculer les maladies transmissibles

But 8 – Faire reculer les maladies non transmissibles

But 9 – Diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents

4.1 La charge de morbidité globale

L'étude sur la charge de morbidité globale, qui a été entreprise par la Banque mondiale en 1992 et menée avec le concours de l'OMS, s'efforçait de quantifier la charge que représentent les décès prématurés et les invalidités dans le monde entier, exprimée en années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI), mesure composite de la charge de morbidité qui tient compte de la mortalité prématurée et du nombre d'années de vie sauvées grâce à un traitement, après correction en fonction de la gravité de l'invalidité. Les données sont disponibles pour les régions de la Banque mondiale, dont les économies de marché bien établies et les anciennes économies socialistes d'Europe⁹.

Les dix causes principales de la charge de morbidité pour les deux régions susmentionnées (données concernant 1990 et projections relatives à 2020) sont indiquées dans le tableau 1. On remarquera qu'il s'agit exclusivement de maladies non transmissibles. Les calculs ne tiennent pas compte du fardeau que représentent, pour les ressources sanitaires d'un pays, les soins aux personnes atteintes de ces maladies ni le fardeau qui pèse sur les individus, leurs familles et les groupes plus larges.

Tableau 1. Dix principales causes de charge de morbidité, exprimées en AVCI,

⁹ Ces expressions sont utilisées aux fins de l'analyse descriptive uniquement et n'ont aucune implication d'ordre politique.

pour les économies de marché bien établies et les anciennes économies socialistes d' Europe

		% de la charge de morbidité	
		1990	2020
1.	Cardiopathies ischémiques	9,9	11,2
2.	Dépression grave unipolaire	6,1	6,1
3.	Maladies cérébrovasculaires	5,9	6,2
4.	Accidents de la circulation	4,4	4,3
5.	Consommation d' alcool	4,0	3,8
6.	Ostéo-arthrite	2,9	3,5
7.	Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	2,9	4,5
8.	Démence et autres troubles dégénératif du système nerveux central	2,4	3,4
9.	Blessures infligées à soi-même	2,3	2,4
10.	Anomalies congénitales	2,2	1,0

Source : Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard University Press, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1).

Les données publiées dans *La santé en Europe*, rapport sur la troisième évaluation des progrès accomplis vers la Santé pour tous dans la Région européenne (1996–1997) décrivent une situation identique et soulignent l' influence prédominante des maladies non transmissibles sur les décès prématurés et les invalidités. Cependant, les maladies transmissibles constituent encore en Europe une charge de morbidité considérable – qui s' alourdit pour certaines maladies et dans de nombreux pays – pour les individus et les systèmes de santé, bien qu' elles représentent un problème moindre du point de vue du nombre de personnes gravement atteintes.

Le présent chapitre examine quatre grandes catégories de maladies et de traumatismes, qui ont une grande importance en matière de santé publique dans la Région. Il s' agit des problèmes de santé mentale, des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles et des traumatismes résultant d' actes de violence et d' accidents. Dans chaque catégorie, on analysera les problèmes de santé et l' on présentera les stratégies de santé publique à mettre en œuvre. Dans tous les cas, on constate une similitude frappante entre les facteurs de risque et les méthodes à utiliser pour y faire face et

donc prévenir ces maladies et ces invalidités. Il faut rapprocher ce chapitre des chapitres 5 et 6 en ce qui concerne les mesures que doivent prendre le secteur de la santé et d'autres secteurs.

4.2 Santé mentale

Il est difficile d'indiquer avec précision l'ampleur des problèmes de santé mentale. Cela tient notamment au fait qu'il existe des problèmes d'ordre culturel lorsqu'il s'agit de définir la santé mentale ; en conséquence, il est parfois malaisé de comparer et d'interpréter les tendances observées dans différents pays. Selon les données relatives à la Région européenne dans son ensemble, la proportion de la population qui souffre de graves problèmes de santé mentale (d'après les données enregistrées et communiquées par les pays) va de moins de 1% à 6%, la plupart des pays se situant dans une fourchette allant de 1% à 3%. Selon des calculs de la Banque mondiale et de l'OMS reposant sur les AVCI, trois principaux troubles psychiatriques graves – dépression, trouble bipolaire et schizophrénie – représentaient 9,5% de la charge totale de morbidité et d'invalidité dans les économies de marché bien établies et les anciennes économies socialistes d'Europe en 1990.

Il faut également citer d'autres troubles ayant des manifestations psychologiques importantes : la maladie d'Alzheimer, d'autres démences et troubles dégénératifs touchant le système nerveux central, l'alcoolodépendance et la consommation de drogue, les troubles dus à l'anxiété et les troubles du sommeil.

En ce qui concerne l'absence de problèmes de santé mentale, il est difficile d'obtenir et d'interpréter des données relatives à la santé subjective. Cependant, les différences entre les proportions de personnes qui jugent leur santé bonne ou très bonne tendent à soutenir l'idée qu'il existe en matière de santé mentale un gradient est-ouest similaire à celui qui est observé pour d'autres causes de mortalité et de morbidité.

Le suicide est une cause fréquente de décès chez les adolescents et les jeunes adultes ; il est à l'origine d'une proportion de décès qui peut aller jusqu'à 15% parmi les personnes âgées de 15 à 24 ans. Il est souvent lié à la consommation d'alcool ou de drogue. Il progresse parmi les personnes âgées, en particulier dans les nouveaux États indépendants et parmi les hommes âgés de 85 ans et plus. L'évolution des taux de suicide moyens dans les nouveaux États indépendants au cours des années 80 et jusqu'au milieu des années 90 se présente sous la forme d'une courbe en U, qui résulte de l'amélioration temporaire due à la campagne contre la consommation d'alcool qui a eu lieu en 1985, de la fin de cette campagne et de l'influence de la transition socioéconomique récente. Depuis la fin des années 80, les tendances en matière de taux de suicide sont à la baisse dans 26 pays (45,7% de la population), dont 9 pays où les tendances à la hausse s'étaient inversées depuis

1980 ; dans 17 pays (44,8% de la population), les taux de suicide augmentent. Pour 8 pays, on ne dispose pas de données.

Les données disponibles montrent que le suicide est fortement lié à la dépression, et que le fait que la dépression n'est pas assez diagnostiquée et traitée constitue un important facteur de taux de suicide élevé. Les patients suicidaires et déprimés sont principalement en contact avec des généralistes, mais ce n'est que dans une minorité de cas que leur état fait l'objet d'un diagnostic et d'un traitement appropriés.

Les facteurs de risque pour les problèmes de santé mentale progressent. Il s'agit notamment du chômage et de la pauvreté ; de l'immigration ; des bouleversements politiques ; de l'augmentation des tensions entre groupes ethniques et autres (en particulier dans les grandes villes) ; de l'aggravation du problème des sans-abri ; de la progression des diverses toxicomanies ; de la solitude et de la détérioration des réseaux sociaux ; des bouleversements et des problèmes socio-économiques.

Il y a des différences importantes dans les doctrines dominantes relatives aux soins psychiatriques entre les pays d'Europe occidentale et orientale. De nombreux pays d'Europe occidentale se sont efforcés de réduire le nombre de lits d'hôpitaux et d'utiliser une méthode reposant sur la dispensation de soins dans des structures de proximité, dans le cadre de vie et (le cas échéant) de travail des patients ; cependant, il s'est avéré difficile d'atteindre pleinement cet objectif, et ce pour diverses raisons d'ordre financier et de gestion. Idéalement, ces soins de secteur devraient permettre de mener une action de promotion de la santé mentale et d'offrir des services de prévention aux populations locales, et de traiter les patients à proximité de leur domicile, en étroite coopération avec les services locaux de soins primaires. Cependant, la Région compte encore plus de 100 très grands hôpitaux psychiatriques, ou « asiles », qui sont pour la plupart situés dans la partie orientale de la Région. Un grand nombre de ces établissements sont en mauvais état et il est fréquent que les soins dispensés sont inhumains et dépassés.

BUT 6 – AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE

D'ICI 2020, IL FAUDRAIT AMÉLIORER LE BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL DE TOUTE LA POPULATION ET OFFRIR DES SERVICES COMPLETS ET PLUS EFFICACES AUX PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE.

En particulier :

- 6.1 il faudrait réduire sensiblement la prévalence des troubles mentaux et leur impact néfaste sur la santé, et accroître la capacité des individus à faire face aux événements stressants de la vie ;

- 6.2 il faudrait réduire d'au moins un tiers le taux de suicide de manière que cette réduction soit la plus importante dans les pays et les groupes de population où les taux de suicide sont actuellement élevés.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Il est possible d'atteindre ce but en utilisant plusieurs méthodes larges et liées entre elles. On peut réduire le discrédit qui va de pair avec les problèmes de santé mentale en en parlant plutôt qu'en les considérant comme des sujets tabous. Il est possible de développer l'aptitude des individus et des groupes à reconnaître les problèmes, à leur faire face, à se préparer à d'autres événements stressants de la vie et à bien réagir lorsqu'ils se produisent, en menant une action de sensibilisation, d'information et de transmission d'aptitudes utiles pour la vie à l'école, au travail et dans d'autres cadres.

Le personnel de santé et les autres soignants doivent être mieux formés et tenus au courant pour qu'ils puissent reconnaître les facteurs de risque et lutter contre ceux-ci, utiliser les nouveaux outils pour diagnostiquer plus tôt les problèmes de santé mentale et les traiter au moyen de méthodes modernes. Un programme de formation systématique destiné aux médecins de famille, dont l'objet est d'améliorer leurs compétences en matière de diagnostic et de traitement de la dépression, peut avoir des effets positifs importants dans le domaine du suicide (voir encadré ci-après). Un nouvel outil de dépistage mis au point récemment (« Bien-être OMS 5 »), qui consiste en cinq questions simples, fait plus que doubler le succès moyen qu'obtiennent les généralistes lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une dépression grave. Cet outil peut aussi être facilement utilisé par des infirmières de santé familiale, par exemple, pour repérer les personnes qui doivent consulter leur médecin de famille.

Il faut que les services de prévention, cliniques et de réadaptation soient de bonne qualité et comprennent un dosage approprié de services de proximité et de services hospitaliers qui visent à faire face aux problèmes de certains groupes de la population, y compris les minorités et les personnes défavorisées. La plupart des grands « asiles » qui existent encore dans la partie orientale de la Région doivent être remplacés par une combinaison équilibrée de services hospitaliers psychiatriques pour malades aigus et de services de secteur. Presque tous les États membres de la Région devraient apporter des améliorations dans ces deux domaines.

La recherche fondamentale et appliquée, y compris des mesures visant à étudier les facteurs qui influent sur la compréhension des problèmes de santé mentale et à agir sur ces facteurs, doit être développée de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer les stratégies de prévention et de traitement.

Les responsables politiques dans le secteur sanitaire et d' autres secteurs doivent prendre des décisions en tenant particulièrement compte des causes sociales profondes et des facteurs de risque d' un grand nombre de ces problèmes et ils leur incombent en outre d' affecter les ressources de façon plus appropriée.

LA FORMATION DES GÉNÉRALISTES ET SES EFFETS SUR LE SUICIDE (ÉTUDE DE GOTLAND)

Un projet réalisé dans les années 80 à Gotland – île suédoise ayant une population de 60 000 habitants et se trouvant à l' époque dans un état de transition sociale caractérisé par un taux de suicide élevé – a donné des résultats positifs. À la suite d' une action intensive de formation concernant la dépression et le suicide, dirigée vers les généralistes de l' île, les orientations de patients pour dépression, le nombre de patients hospitalisés et le nombre de jours de congé de maladie en raison d' une dépression ont tous baissé de 50%. *Au cours des trois premières années qui ont suivi la réalisation de ce programme de formation, le nombre de suicides a baissé d' environ deux tiers* (principalement parmi des femmes ayant eu des épisodes de dépression dans le passé et en contact avec des généralistes). La prescription d' antidépresseurs et de lithium a augmenté de façon importante et il s' est produit une réduction équivalente de la prescription de sédatifs non spécifiques. Cependant, à l' issue de cette période de trois ans, ces effets se sont estompés et l' on a par conséquent mis en place un programme de formation continue sur ce sujet au cours des années 90, ce qui s' est à nouveau traduit par des changements positifs.

Aujourd' hui, peu de femmes se suicident sur l' île. Cependant, on observe un nombre encore important de suicides d' hommes, dont la plupart n' étaient pas sous traitement. Pour améliorer la situation en ce qui concerne les hommes, on utilise aussi un formulaire de profil de symptômes mis au point sur place, qui aide à identifier le syndrome dépressif masculin « atypique ». À l' avenir, la formation continue portera davantage sur les suicides d' hommes et sur la nécessité de faire participer les médias et d' autres groupes de la société à une action qui permette de repérer, d' aider, de protéger et de traiter les hommes dépressifs et suicidaires.

Sources : Rutz, W. et al. Prevention of male suicides: lessons from the Gotland study. *Lancet* **345**: 524 (1995) ; Rihmer, Z. Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of Affective Disorders* , **20**: 87–91 (1996) ; Rutz W. et al. An update from the Gotland Study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* **1**: 39–46 (1997).

4.3 Maladies transmissibles

Dans le contexte de la transition politique et socioéconomique que connaissent de nombreux pays d' Europe centrale et orientale et nouveaux États indépendants, on assiste dans la Région européenne à une réapparition inquiétante de maladies dont on pensait qu' elles appartenaient au passé, telles que le choléra, la diphtérie, le paludisme et la syphilis. L' incidence de la tuberculose augmente à nouveau dans de nombreux pays, de même que la mortalité due à cet ancien fléau. L' infection à VIH, d' apparition relativement récente en Europe orientale, se propage maintenant rapidement dans les villes et les régions de cette partie de l' Europe (alors que l' incidence du sida baisse en Europe

occidentale). La propagation de toutes ces maladies est favorisée par les crises économiques et les bouleversements sociaux qui se produisent dans ces pays. Les migrations internationales qui caractérisent cette période de conflit économique et social ont également contribué à la propagation de maladies.

L' action menée contre les maladies transmissibles peut être orientée vers l' éradication, l' élimination ou l' endiguement¹⁰. L' exemple le plus remarquable d' éradication d' une maladie est celui de la variole, qui a été vaincue définitivement il y a plus de 20 ans grâce à une initiative mondiale coordonnée par l' OMS. L' Assemblée mondiale de la santé a décidé qu' il fallait s' efforcer d' éradiquer la poliomyélite d' ici l' an 2000.

Pour réussir à éliminer et à endiguer des maladies, plusieurs éléments sont indispensables : des techniques efficaces, des stratégies bien définies, une bonne surveillance reposant sur un réseau de laboratoires, la planification, la gestion, le financement et surtout une volonté politique de la part des États membres. L' OMS, l' Union européenne, l' UNICEF et d' autres organisations peuvent fournir un appui technique vigoureux en sélectionnant et en mettant en œuvre les stratégies nécessaires. En outre, l' OMS peut jouer un rôle utile en suscitant un large travail d' équipe international, ce qui est essentiel pour motiver tous les pays et coordonner leurs actions de façon à obtenir les meilleurs résultats grâce à un effort concerté dans l' ensemble de la Région.

L' ampleur de la surveillance des maladies transmissibles varie considérablement d' un État membre à l' autre et seulement une partie de l' incidence effective estimée des maladies est détectée dans la Région. Actuellement, de nombreux laboratoires ne disposent que de capacités et ressources limitées et chaque État membre devrait analyser la mesure dans laquelle il devrait améliorer la normalisation des définitions et des méthodes de laboratoires, les liens de communication et la formation et la supervision du personnel de santé publique, afin de renforcer son action de surveillance et, par conséquent, la surveillance régionale des maladies transmissibles.

L' élimination de la poliomyélite dans la Région fait partie de l' initiative mondiale d' éradication et suppose des stratégies prévoyant une couverture élevée de vaccination systématique, une vaccination de masse supplémentaire et une surveillance améliorée. Une campagne coordonnée de vaccination de masse complémentaire des enfants d' âge préscolaire (Opération MECACAR, réalisée dans des pays de la Méditerranée et du Caucase et dans les républiques d' Asie centrale) a été organisée chaque année depuis 1995. Elle a été menée à bien avec la coopération d' États membres voisins appartenant à la Région de la Méditerranée orientale et en étroite coopération avec des organisations internationales (UNICEF, par exemple), des organisations non gouvernementales (Rotary International, par exemple), des organismes bilatéraux (Agency for International Deve-

¹⁰ Voir le glossaire (annexe 5) pour les définitions.

loppement des États-Unis, par exemple) et un certain nombre d'autres organismes et de pays donateurs. Grâce à une couverture élevée obtenue au moyen de vaccinations systématiques et à ces efforts spéciaux de vaccination de masse, la transmission endémique a apparemment été interrompue dans presque tous les États membres de la Région. Les derniers cas confirmés de poliomyélite dans la Région se sont produits en janvier 1998, en Turquie.

Des cas peu nombreux de tétanos néonatal continuent d'être signalés, mais seulement dans environ quatre États membres chaque année. La bactérie infecte le cordon ombilical après la naissance et la méthode utilisée pour éliminer la maladie consiste à vacciner les femmes en âge de procréer et à réaliser les accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène.

La vaccination contre la rougeole a eu des effets positifs sur l'incidence de cette maladie et à considérablement réduit le nombre de décès. Dans quelques pays, une couverture vaccinale très élevée a été obtenue et le taux d'incidence est descendu en dessous de 1 pour 100 000 habitants. Malgré ces succès, de nombreux autres pays ne parviennent pas à l'élimination de la maladie (d'ici l'an 2000) comme cela est prévu dans les buts régionaux de la Santé pour tous fixés en 1984. À quelques exceptions près, le fait qu'on n'atteint pas ce but dans la Région est dû non à un manque de ressources mais à un manque d'intérêt. Malgré la réduction de la mortalité et de la morbidité dues à la rougeole, cette maladie entraîne encore des dépenses de santé importantes, et l'élimination de la rougeole permettrait par conséquent de réaliser des économies considérables dans les pays développés.

Dans la plupart des pays d'Europe septentrionale et occidentale, la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est très faible, puisque moins de 0,5% de la population est porteuse d'antigènes de surface. Les taux d'incidence sont eux aussi très bas. Cependant, le virus est fortement endémique dans certains pays d'Europe orientale et nouveaux États indépendants, en particulier les républiques d'Asie centrale. En raison de sous-déclarations et du fait qu'au moins 50% des infections à VHB sont asymptomatiques, on estime que le nombre de personnes infectées chaque année dans la Région est sans doute proche d'un million. Parmi ces dernières, environ 10% deviendront des porteurs chroniques du VHB et environ 20 000 personnes décéderont d'une maladie du foie.

Tous les modes de transmission de l'hépatite B existent dans la Région, en particulier la transmission périnatale et d'enfant à enfant, l'infection nosocomiale du personnel de santé et des patients en raison d'injections et de stérilisations réalisées dans de mauvaises conditions, la contamination des produits sanguins, des actes de médecine traditionnelle et de « piercing », la consommation de drogue par voie percutanée et la transmission sexuelle. Les injections et les actes médicaux réalisés dans de mauvaises conditions d'hygiène méritent une attention particulière, car l'injection de drogue progresse rapidement et l'hépatite B, l'hépatite C et l'infection à VIH se

propagent de façon considérable parmi les consommateurs de drogue et les personnes en contact avec ceux-ci. Actuellement, la transmission sexuelle est l'une des voies d'infection les plus courantes.

La diphtérie était l'une des maladies qui devaient être éliminées d'ici l'an 2000. Cependant, s'il est vrai que la Région européenne a enregistré une forte baisse du nombre de cas dans les années 80 (on est descendu jusqu'à 855 cas en 1989), la situation s'est nettement aggravée lorsqu'une épidémie importante s'est produite dans les nouveaux États indépendants au début des années 90. Elle était due à l'interruption de programmes de vaccination et de surveillance précédemment efficaces, à une absence de vaccination de rappel efficace et à d'autres facteurs. Un vaste effort de vaccination destiné à endiguer l'épidémie a été entrepris, avec la participation des 15 nouveaux États indépendants, en 1994, 1995 et 1997 ; cette campagne a été coordonnée par l'OMS et mise en œuvre en étroite coopération avec les pays concernés et avec l'assistance de l'UNICEF, de la Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de nombreux autres organisations et pays donateurs. La courbe épidémique en forte augmentation a été inversée et le nombre de cas a été ramené à environ 8000 en 1997. On estime que la campagne de vaccination a sans doute permis d'éviter plus de 500 000 cas au total et plus de 10 000 décès.

Au cours des années 70 et ultérieurement, un petit nombre d'États membres avaient une très faible couverture vaccinale contre la coqueluche chez les jeunes enfants, tandis que d'autres ont cessé d'utiliser le vaccin à germes entiers jusqu'à une date récente, ce qui a provoqué une augmentation de l'incidence, des complications et des décès. Cependant, il a été possible d'endiguer progressivement cette maladie dans de nombreux pays et la disponibilité de vaccins abactériens pourrait favoriser un endiguement encore meilleur dans les pays qui ont les moyens de se procurer ces vaccins. L'élimination de la maladie est difficile, car l'efficacité des vaccins est variable et les enfants plus âgés, les adolescents et les adultes jouent un rôle dans le maintien de la transmission. Les données disponibles montrent clairement que la coqueluche reste une maladie grave, mais qu'elle peut être endiguée grâce aux vaccins existants.

La surveillance de l'infection invasive à *Haemophilus influenzae* type b n'est effectuée que dans un nombre limité d'États membres. La méningite, l'épiglottite et la pneumonie en sont les manifestations les plus graves. L'incidence cumulée à l'âge de cinq ans (avant que le vaccin ne soit disponible) a été estimée à environ 2 pour 1000 enfants dans la Région. Depuis la vaccination systématique des nourrissons et des enfants, plusieurs États membres sont parvenus à réduire spectaculairement l'incidence de la maladie invasive. On dispose de données qui indiquent qu'une couverture vaccinale élevée réduit la circulation de l'organisme pathogène et offre également une protection individuelle.

L'incidence déclarée du syndrome de rubéole congénitale diminue régulièrement depuis quelques années, mais seuls quelques États membres procèdent à une bonne surveillance. Précédemment, on

avait prévu l'élimination de cette maladie, mais le manque de ressources dans les pays en transition économique et l'absence d'une volonté politique dans d'autres États membres ont eu pour effet qu'il n'a pas été possible d'atteindre ce but. Le premier impératif pour l'élimination du syndrome de rubéole congénitale est de protéger les femmes en âge de procréer et le deuxième objectif est d'interrompre la transmission de la rubéole chez les jeunes enfants.

Les oreillons restent une maladie très répandue dans la Région, bien qu'il avait été prévu de l'éliminer. En 1995, 33 pays ont déclaré environ 340 000 cas. Comme seule une surveillance limitée est réalisée, cela représente une légère baisse au cours des dix dernières années (plus d'un million de cas ont été signalés dans la Région en 1985). Les oreillons sont moins infectieux que la rougeole et la transmission peut être interrompue à des niveaux de couverture vaccinale plus bas. Cependant, les buts en matière de couverture vaccinale pour les oreillons sont les mêmes que pour la rougeole et la rubéole, étant donné que le vaccin ROR est utilisé contre ces trois maladies. Le bon rapport coût-efficacité de la vaccination contre les oreillons justifie l'inclusion de cette maladie dans les buts.

Depuis le début des années 80, l'infection à VIH et le sida font partie des problèmes de santé publique les plus aigus. Dès 1984, le Bureau régional et les États membres ont lancé des campagnes vigoureuses de promotion de la santé pour lutter contre la nouvelle menace que constituait l'infection à VIH. Les programmes de grande ampleur mis en œuvre n'ont pas tardé à arrêter la transmission du VIH par la transfusion sanguine et d'autres interventions médicales, et ont ensuite entraîné, dans de nombreux pays, des réductions de la transmission entre homosexuels masculins et plus tard encore parmi les toxicomanes qui s'injectent de la drogue. Après 15 années d'augmentation constante, l'incidence du sida, a présenté une tendance à la baisse en 1996 et 1997. Actuellement, cependant, il existe dans la Région un grave risque que l'infection à VIH se propage rapidement, cette fois dans les nouveaux États indépendants et certains pays d'Europe centrale et orientale, étant donné qu'elle se répand rapidement parmi les toxicomanes qui s'injectent de la drogue dans certaines villes de Biélorussie, de Fédération de Russie et d'Ukraine, ce qui entraîne une progression de l'infection dans ces pays.

L'analyse de l'incidence de l'infection à VIH par groupe d'âge et par sexe montre que, dans les groupes jeunes, plus de femmes que d'hommes sont touchées. Il faut donc appliquer des stratégies spécifiques pour protéger les jeunes femmes de l'infection, en particulier par une éducation sexuelle et des mesures qui permettent aux jeunes filles et aux femmes de s'affirmer. De nouveaux traitements combinant plusieurs médicaments, y compris des antiprotéases, sont devenus disponibles, ce qui permet de réduire considérablement la progression de l'infection à VIH. Cependant, ces médicaments sont encore extrêmement coûteux et leur efficacité finale reste controversée.

Les décennies précédentes, la Région européenne a connu une baisse régulière de l'incidence des principales MST, telles que la syphilis et la blennorragie, et jusqu' environ 1993, elles représentaient un problème relativement mineur pour la Région. Ces derniers temps, cependant, il s' est produit soudainement une nouvelle épidémie très préoccupante de syphilis, en particulier dans les nouveaux États indépendants, mais également dans certains pays d' Europe centrale et orientale. Le nombre de cas déclarés de syphilis constitue un indicateur plus fiable, mais il est certain que d' autres MST ont progressé de façon analogue. Cette évolution est due à de nombreux facteurs : absence d' éducation sexuelle dans les écoles ; acceptabilité et qualité limitées des centres de traitement de MST ; indisponibilité ou prix élevé des préservatifs ; forte augmentation des voyages ; évolution des valeurs culturelles et sociales (en particulier parmi les jeunes) et forte augmentation de la prostitution (en raison d' une progression de la pauvreté et d' un développement de la criminalité dans les pays concernés).

L' incidence de la syphilis congénitale a baissé au cours des années 80, tant et si bien qu' en 1990 pratiquement aucun cas n' était déclaré. Ces dernières années, cependant, en raison de graves épidémies de syphilis et d' autres MST parmi les adolescents et les adultes de certains pays d' Europe orientale, la syphilis congénitale a refait son apparition et a progressé à une vitesse inquiétante. Comme la surveillance est incomplète, il est difficile de procéder à une bonne estimation de la morbidité due à cette maladie. Ensemble, les épidémies de MST dans la population générale et l' infection à VIH parmi les toxicomanes s' injectant de la drogue présentent un risque de propagation rapide d' infection à VIH dans de nombreux pays d' Europe orientale.

La réapparition de la tuberculose constitue un problème sérieux pour la Région européenne. Les taux d' incidence et de mortalité augmentent dans de nombreux pays d' Europe orientale et la tendance à la baisse antérieure dans les pays d' Europe occidentale a cessé ou s' inverse légèrement. La propagation de souches de *Mycobacterium tuberculosis* résistantes à la chimiothérapie antimicrobienne (souvent due à un traitement inapproprié) aggrave la situation. La résurgence de la tuberculose est moins liée à l' infection à VIH que due, dans la plupart des cas, aux effets de la pauvreté, et en particulier de logements de mauvaise qualité, de la malnutrition et de la consommation de drogue. En outre, en raison des graves problèmes que connaissent actuellement les services de santé dans la partie orientale de la Région, un diagnostic tardif, des capacités insuffisantes en matière de diagnostic et des pénuries de médicaments font que les programmes de traitement sont inefficaces pour un grand nombre de personnes. Une complication supplémentaire est due au fait que de nombreux pays n' utilisent pas encore systématiquement les recommandations de l' OMS pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose, et en particulier le traitement de courte durée sous surveillance directe. Ces recommandations préconisent un traitement moins coûteux et plus efficace et leur application réduit le risque d' apparition de souches résistantes à plusieurs médicaments.

Les infections respiratoires aiguës chez les enfants, principalement la pneumonie, posent des problèmes considérables en matière de morbidité et de mortalité, en particulier dans les parties méridionale et orientale de la Région. Un grand nombre de ces infections sont dues à *Haemophilus influenzae* type b et à *Streptococcus pneumoniae*. À l'avenir, la disponibilité de vaccins combinés pourrait contribuer à l'endigement des infections respiratoires aiguës.

Les maladies diarrhéiques, y compris les épidémies sporadiques de choléra à la suite d'importations, constituent également un problème grave, en particulier dans les pays du sud-est de la Région. Elles provoquent de nombreux cas de maladie et contribuent dans une large mesure à la mortalité infantile, causant ainsi beaucoup de souffrances humaines et entraînant des coûts considérables pour les systèmes de santé. La mortalité infanto-juvénile due aux maladies diarrhéiques dans certains nouveaux États indépendants est jusqu'à 200 fois plus élevée que dans les pays d'Europe occidentale. Les agents infectieux sont de différents types et se propagent principalement par l'eau et les aliments contaminés, mais également par contact avec des personnes infectées.

Jusqu'au début des années 90, la majorité des cas de paludisme déclarés par les pays de la Région européenne de l'OMS étaient importés d'autres continents. La situation a commencé à changer de façon considérable au début des années 90, en raison de l'instabilité politique et économique, de guerres civiles, de vastes mouvements de population et d'importants projets de développement. Des épidémies de paludisme dues à *Plasmodium vivax* sont actuellement observées en Arménie, en Azerbaïdjan, au Tadjikistan et Turquie. En outre, le Tadjikistan a connu une épidémie due à *P. falciparum*. Les épidémies ont des effets considérables sur les pays voisins ; le nombre de cas importés au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et au Turkménistan a considérablement augmenté au cours des quatre dernières années. À la suite de l'importation du paludisme, des cas indigènes sporadiques ont été signalés au Kazakhstan, au Kirghizistan et en Ouzbékistan. L'augmentation constante des voyages internationaux et des mouvements de population a également entraîné l'importation de quelques milliers de cas de paludisme dans d'autres pays de la Région européenne. En raison du nombre élevé de cas de paludisme dus à *P. falciparum* enregistrés dans les pays d'Europe occidentale, plusieurs décès se sont produits et le taux de létalité du paludisme dans les pays communiquant des statistiques fiables varie de 1,5 à 7%.

BUT 7 – FAIRE RECULER LES MALADIES TRANSMISSIBLES

D'ICI 2020, IL FAUDRAIT RÉDUIRE CONSIDÉRABLEMENT L'IMPACT NÉGATIF DES MALADIES TRANSMISSIBLES SUR LA SANTÉ GRÂCE À DES PROGRAMMES SYSTÉMATIQUES VISANT À ÉRADIQUER, ÉLIMINER OU ENDIGUER CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES AYANT UNE INCIDENCE IMPORTANTE SUR LA SANTÉ PUBLIQUE.

En particulier :

Élimination des maladies transmissibles¹¹

- 7.1 il faudrait éliminer la poliomyélite de la Région d'ici 2000, et cette élimination devrait être certifiée dans chaque pays d'ici 2003 ;
- 7.2 il faudrait éliminer le tétanos néonatal de la Région d'ici 2005 ;
- 7.3 il faudrait éliminer la rougeole autochtone de la Région d'ici 2007, et cette élimination devrait être certifiée dans chaque pays d'ici 2010 ;

Endiguement des maladies transmissibles

- 7.4 D'ici 2010, tous les pays devraient avoir :
 - ramené l'incidence de la diphtérie au dessous de 0,1 pour 100 000 habitants ;
 - réduit d'au moins 80% l'incidence des nouveaux porteurs de virus de l'hépatite B en intégrant la vaccination contre l'hépatite B au programme de vaccination infantile ;
 - ramené l'incidence de la coqueluche, des oreillons et des maladies invasives causées par *Haemophilus influenzae* type b au dessous de 1 pour 100 000 habitants ;
 - ramené l'incidence de la syphilis congénitale au dessous de 0,01 pour 1000 naissances vivantes ;
 - ramené l'incidence de la rubéole congénitale au dessous de 0,01 pour 1000 naissances vivantes ;

- 7.5 D'ici 2015 :
 - il faudrait avoir ramené, dans tous les pays, l'incidence du paludisme à un niveau inférieur à 5 pour 100 000 habitants et l'on ne devrait relever aucun décès lié au paludisme autochtone dans la Région ;
 - chaque pays devrait faire baisser de façon soutenue et continue l'incidence, la mortalité et les effets néfastes sur la santé de l'infection à VIH et du sida, d'autres maladies sexuellement transmissibles, de la tuberculose, des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques infantiles.

¹¹ On trouvera une définition des termes et expressions « éradication », « élimination » et « endiguement d'une maladie » dans le glossaire figurant à l'annexe 5.

STRATÉGIES PROPOSÉES

4.3.1 Maladies dont l'éradication mondiale ou l'élimination dans la Région européenne est prévue

Poliomyélite

On procédera à une vaccination complémentaire de populations à haut risque, sur la base des résultats de la surveillance, afin d'être certain que la transmission a été interrompue dans la Région. Cela sera réalisé grâce à l'opération MECACAR PLUS, qui se poursuivra au moins jusqu'à la fin de l'an 2000. Les efforts d'éradication actuels comprennent également la mise en place d'une procédure pour certifier l'élimination de la transmission autochtone du poliovirus dans tous les États membres. On a engagé le processus de certification de l'élimination de la poliomyélite en créant une commission régionale de certification et des comités nationaux de certification dans tous les États membres. Le premier groupe de pays présentera les documents nécessaires à la commission régionale de certification en 1998 et d'autres groupes le feront en 1999 et 2000. La surveillance doit continuer pendant de nombreuses années après l'élimination régionale, jusqu'à ce que l'éradication mondiale soit certifiée.

Tétanos néonatal

L'élimination de cette maladie nécessite l'organisation de services intégrés de vaccination pour les femmes en âge de procréer et de pratiques obstétricales hygiéniques dans chaque zone à haut risque où la maladie existe encore.

Rougeole

Le Groupe consultatif d'experts européens sur la vaccination a proposé une série d'étapes pour l'élimination de la rougeole (voir encadré).

ÉTAPES POUR L'ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE

- d'ici 1999, des ateliers sous-régionaux auront eu lieu, en vue d'aider les pays à élaborer des plans nationaux d'élimination de la rougeole ; le Comité régional de l'OMS aura approuvé le plan d'activités pour la Région ;
- d'ici l'an 2000, chaque État membre devrait :
 - avoir obtenu une couverture de 95% au moyen de la première dose de vaccin contre la rougeole ;
 - mettre en œuvre un programme de surveillance à haute efficacité afin de suivre l'incidence de la maladie et la proportion de personnes vulnérables ;
 - avoir créé un laboratoire national de référence pour la rougeole ;
 - avoir élaboré un plan national d'élimination de la rougeole ;
- d'ici 2003, tous les États membres devraient avoir mis en œuvre les stratégies nécessaires de vaccination complémentaire et les activités de surveillance appropriées ;
- d'ici 2007, l'élimination de la rougeole devrait être un fait acquis dans tous des États membres ;
- d'ici 2010, l'élimination de la rougeole devrait être certifiée dans la Région ;

Les groupes d'âge cibles pour des campagnes et des deuxièmes doses varieront d'un pays à l'autre, étant donné qu'il existe des différences dans les situations épidémiologiques, les dates de mise en œuvre des programmes, la couverture et les calendriers de vaccination. Les États membres et de nombreux partenaires internationaux devront être fermement résolus à progresser vers l'élimination de la rougeole.

4.3.2 Endiguement de maladies transmissibles par la vaccination

Hépatite B

Cette maladie cause une morbidité et une mortalité plus élevées que n'importe quelle autre maladie qu'il est possible de prévenir par la vaccination dans la plus grande partie de la Région, et l'incorporation d'un vaccin contre cette maladie devrait figurer parmi les principales priorités des programmes nationaux de vaccination. La vaccination universelle des nourrissons est généralement considérée comme la stratégie de base pour un endiguement à long terme de l'hépatite B dans les zones à niveau endémique élevé et intermédiaire. Cependant, la vaccination systématique des adolescents aurait des effets plus rapides sur l'incidence de l'hépatite B clinique que la vaccination systématique des enfants. Parmi les autres stratégies, on peut citer la vaccination universelle combinée des nourrissons et des adolescents, en particulier des adolescentes, mais cette stratégie, si elle est très efficace par rapport à son coût, exige l'affectation de ressources importantes.

Une fois qu' un programme de vaccination est en place, la vaccination des personnes à haut risque d' infection par le VHB ne doivent pas cesser. En plus d' une vaccination ciblée, il est possible de réduire la transmission de la maladie parmi les professionnels de santé en prenant des précautions universelles dans les hôpitaux et les autres centres de soins, ainsi que parmi les toxicomanes qui s' injectent de la drogue en faisant en sorte qu' ils évitent de partager des seringues contaminées.

Diphtérie

L' anatoxine diphtérique qui se trouve dans les vaccins combinés actuellement disponibles et utilisés pour la primo-vaccination et la vaccination de rappel peut endiguer la maladie et la ramener au niveau antérieur à l' épidémie, de sorte qu' elle ne revêtra plus d' importance du point de vue de la santé publique.

Coqueluche

Tous les calendriers de vaccination devraient prévoir l' administration de trois doses de vaccin anti-coquelucheux, de préférence sous la forme DTC, avant l' âge de 6 mois. Cette première série devrait être renforcée par une quatrième dose administrée avant l' entrée à l' école. Les responsables des programmes nationaux devaient évaluer la nécessité éventuelle de doses de rappel supplémentaires. Les quelques États membres qui ont interrompu ou n' ont pas mené à bien leur programme de vaccination contre la coqueluche ont récemment adopté l' utilisation systématique des nouveaux vaccins anticoquelucheux abactériens. Cette pratique, combinée avec une meilleure couverture, devrait se traduire par un meilleur endiguement global de cette maladie.

Haemophilus influenzae type b (Hib)

Les stratégies proposées sont les suivantes : a) étendre à tous les États membres la surveillance reposant sur les laboratoires ; et b) adopter la vaccination Hib. Le recours à une vaccination systématique Hib permettra d' endiguer la maladie invasive et permettrait d' envisager son élimination à l' avenir.

Rubéole congénitale

Il serait possible d' éliminer le syndrome de rubéole congénitale dans de nombreux pays de la Région et de l' endiguer de façon plus satisfaisante dans d' autres en utilisant certaines stratégies. Il est essentiel d' obtenir une couverture vaccinale élevée chez les jeunes enfants, étant donné qu' une faible couverture se traduit par une augmentation du nombre de cas chez les autres enfants et chez les adultes, et peut-être par une augmentation du nombre de cas de syndrome de rubéole congénitale. Les pays qui adoptent la vaccination contre la rubéole des jeunes enfants devraient faire en sorte que le vaccin soit également utilisé pour protéger les personnes de sexe féminin non enceintes, y compris les fillettes non pubères. Dans les pays qui ont recours à la vaccination systématique

ROR (rougeole, oreillons, rubéole), la stratégie d'élimination de la rougeole doit être considérée comme l'élément central du programme.

Oreillons

Le développement de la vaccination systématique ROR permettra d'atteindre des taux d'incidence très bas.

4.3.3 Endiguement d'autres maladies transmissibles

Infection à VIH et sida et autres maladies sexuellement transmissibles

Un programme visant à lutter contre ces maladies doit :

- diffuser des informations franches sur la prévention de la transmission de ces maladies par des pratiques sexuelles sans risque, mettre en place des programmes d'échange des seringues à l'intention des toxicomanes qui s'injectent de la drogue et améliorer les aptitudes des individus à prendre des décisions vitales relatives à leur comportement ;
- faire en sorte que les préservatifs soient largement disponibles ;
- assurer la sécurité des stocks de sang par un examen approprié du sang et des produits sanguins ;
- assurer un traitement efficace et une prise en charge des MST ;
- créer un environnement favorable à un comportement sexuel plus sûr et à une consommation de drogue comportant moins de risques, grâce à des mesures législatives et économiques et d'autres actions structurelles.

Cela nécessitera une action d'urgence en vue de modifier la conception de tous les programmes nationaux relatifs aux MST dans les nouveaux États indépendants et les pays d'Europe centrale et orientale. L'OMS, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et d'autres organisations devront jouer un rôle important, en aidant les pays à mettre en œuvre des programmes novateurs et en veillant à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires pour les mener à bien. La tâche du secteur sanitaire consiste à faire véritablement comprendre la gravité des effets sanitaires et sociaux de ces maladies aux dirigeants politiques des pays touchés.

Il est possible d'endiguer la syphilis en adoptant de meilleures mesures, qui reposent sur une détection précoce des cas et une prise en charge efficace de ceux-ci, et en mettant en place des systèmes de prévention primaire et de surveillance. Il s'est avéré que des interventions ciblées (dépistage systématique et traitement des femmes enceintes dans le cadre des services anténatals et suivi actif des femmes bénéficiant de l'action de traitement des partenaires) sont efficaces et

économiques. Grâce à des efforts concertés recourant à des stratégies modernes de lutte contre les MST, celles-ci seraient mieux endiguées parmi les adolescents et les adultes, et la syphilis congénitale ne constituerait plus un problème de santé publique important, comme c' est maintenant le cas dans certains pays où il existe une grave épidémie.

Tuberculose

Les mesures contre la tuberculose comprennent :

- la mise en œuvre d' un programme à l' échelle d' un pays pour l' endiguement de la tuberculose conformément aux recommandations de l' OMS dans chaque localité, sur la base de la stratégie TDS (traitement de courte durée sous surveillance directe) ; cela nécessite un service de soins primaires bien organisé ;
- la détection des cas par examen microscopique des expectorations des personnes susceptibles d' être atteintes de tuberculose (dans les services de santé généraux) ;
- une chimiothérapie de courte durée normalisée au moins pour tous les cas dont un examen des expectorations a mis en évidence une séropositivité pour la tuberculose dans de bonnes conditions de prise en charge des cas ;
- un approvisionnement régulier et ininterrompu portant sur tous les médicaments essentiels pour la lutte contre la tuberculose ;
- un système de suivi pour la surveillance et l' évaluation du programme ;
- des services spéciaux pour les émigrés, les personnes déplacées, les personnes défavorisées, les séropositifs VIH et d' autres groupes à risque élevé.

Infections respiratoires aiguës

Les mesures qu' il faut prendre actuellement pour réduire l' ampleur de ce problème comprennent :

- des mesures non spécifiques telles que l' amélioration du logement et la nutrition, une action pour garantir un milieu sans fumée de tabac pour les nourrissons et les enfants au foyer et dans des établissements, et l' allaitement maternel des nourrissons pour renforcer leur immunité et améliorer leur état nutritionnel ;
- un traitement approprié conforme aux recommandations de l' OMS dans le cadre d' une prise en charge intégrée des maladies de l' enfant ; cela nécessite des services de soins primaires efficaces ;
- un élargissement du recours à la vaccination contre *Haemophilus influenzae* type b à d' autres États membres (voir plus haut).

Maladies diarrhéiques

On a défini clairement quelles sont les mesures qu'il convient de prendre pour réduire l'incidence de ces maladies et pour atténuer leurs effets une fois qu'elles ont été contractées (voir chapitre 5, en ce qui concerne l'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'hygiène des aliments) :

- offrir de l'eau véritablement potable à chaque foyer de la Région ;
- garantir l'hygiène de toutes les denrées alimentaires produites et vendues dans la Région ; cela inclut l'hygiène dans l'ensemble de la chaîne alimentaire, depuis la production jusqu'à la préparation finale au foyer ;
- améliorer l'hygiène personnelle grâce à des services et à une action d'éducation ; cela reste un problème considérable dans des parties étendues de la Région, où les installations d'assainissement sont encore très primitives et où l'hygiène personnelle n'est pas conforme aux recommandations de l'OMS ;
- assurer une large disponibilité de sels de réhydratation orale dans tous les services de soins primaires de la Région où les maladies diarrhéiques infantiles représentent un problème grave ; à cette fin, il faut bien former le personnel des soins primaires et les familles, et distribuer à ces dernières des sels de réhydratation orale pouvant être utilisés en cas de besoin (cela nécessite un service de santé familiale bien organisé).

Paludisme

Pour faire face au problème du paludisme en Europe et endiguer la résurgence de cette maladie en Asie centrale et dans le Caucase, on a élaboré une stratégie s'étendant à l'ensemble de la Région et portant sur les pays endémiques et ceux qui sont le plus vulnérables. Les éléments de cette stratégie sont les suivants :

- la mise en place d'un système de surveillance et d'alerte avancée pour la détection rapide des épidémies ;
- le renforcement des capacités nationales en matière de détection et de traitement des cas de paludisme, grâce à la formation de personnel sanitaire général et à la fourniture de stocks limités de médicaments antipaludiques, et les réactifs et fournitures nécessaires pour le diagnostic en laboratoire ;
- l'amélioration des capacités techniques du personnel de santé publique aux niveaux national, provincial et régional, afin de pouvoir planifier, surveiller et évaluer les activités de lutte contre le paludisme, grâce à des formations de remise à niveau et à la diffusion de recommandations techniques et de littérature scientifique à jour ;

- le renforcement des capacités des services de santé publique à endiguer les épidémies de paludisme, grâce à la fourniture de stocks limités d' insecticides résiduels efficaces et de matériel de pulvérisation ;
- des activités d' éducation pour la santé et d' information sur la prévention du paludisme, et la promotion de la participation de la population aux activités d' endiguement du paludisme ;
- la prophylaxie chimique auprès des groupes à risque, en particulier les femmes enceintes (qui sont souvent déjà anémiques en raison d' autres facteurs).

Les compétences en matière de lutte contre le paludisme qui existaient dans les différents centres de recherche de la Région il y a 20 ou 30 ans se limitent actuellement à quelques centres. En conséquence, un élément supplémentaire de la stratégie régionale d' endiguement du paludisme consiste à assurer le maintien d' un nombre minimum de centres collaborateurs OMS capables de soutenir les efforts d' endiguement dans les pays touchés, et à prévenir l' introduction de la maladie dans d' autres pays de la Région. Compte tenu des difficultés financières que connaissent les pays touchés, il faudra obtenir un soutien considérable de la part des organismes donateurs pour pouvoir poursuivre une telle stratégie s' étendant à l' ensemble de la Région.

4.4 Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles représentent la principale cause de mortalité et de morbidité dans la Région dans son ensemble et dans chaque État membre. Dans les pays d' Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants, en particulier, les taux de maladies non transmissibles sont élevés et en augmentation.

Les facteurs qui influent sur le risque que coure un individu de contracter une maladie non transmissible sont d' ordre génétique, biologique, comportemental et environnemental. Les recherches indiquent maintenant que le patrimoine génétique d' un individu est plus important qu' on ne le pensait auparavant lorsqu' il s' agit de déterminer la probabilité de contracter certaines maladies. Cependant, la réduction et l' endiguement de facteurs de risque comportementaux et environnementaux reste la pierre angulaire de l' action visant à réduire l' incidence et à modifier l' évolution des maladies non transmissibles. Des facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation d' alcool, l' obésité, un régime riche en matières grasses, le manque d' exercice et le stress peuvent être liés épidémiologiquement à certaines maladies. Il est donc possible de mener une action intégrée qui peut contribuer à la réduction du nombre de cas de plusieurs des maladies non transmissibles les plus importantes (par exemple, les maladies cardio-vasculaires, certains cancers, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les troubles mentaux, les actes de violence et les traumatismes).

En conséquence, on possède les connaissances nécessaires pour prévenir de nombreux cas de maladies non transmissibles. En outre, des stratégies de dépistage et d'identification des cas permettent de détecter et de diagnostiquer ces maladies dans les populations et parmi les individus. En outre, on dispose de traitements de plus en plus efficaces pour certaines affections telles que les maladies coronariennes. Enfin, la réadaptation demeure un élément important de la prise en charge des maladies, et ce pour l'ensemble des affections. Plusieurs maladies non transmissibles sont examinées de façon plus détaillée ci-après.

Les maladies cardio-vasculaires comprennent les coronaropathies et les maladies cérébro-vasculaires, ainsi que l'hypertension. Comme cela ressort du tableau 1 (voir plus haut), il s'agit de deux des trois principales causes de morbidité et elles revêtent une importance plus grande encore dans les anciens pays socialistes que dans les économies de marché bien établies. Elles constituent la principale cause de décès aux âges les plus avancés. Un nombre important de personnes atteintes conservent des problèmes à moyen ou à long termes, tels qu'une réduction de la capacité physique, une situation moins favorable en matière d'emploi ou des troubles psychologiques et affectifs. Des facteurs liés au mode de vie, tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'obésité et un manque d'exercice, jouent un rôle essentiel dans l'apparition des maladies cardio-vasculaires. Le traitement de certaines maladies, en particulier celles qui touchent les artères, permet de plus en plus de réduire la mortalité et la morbidité. Des méthodes nouvelles et moins invasives, telles que l'angioplastie percutanée transluminale ou le placement d'un stent, ont contribué de manière importante à réduire la mortalité et à venir en aide aux malades.

En ce qui concerne le cancer, il existe également un écart de mortalité est-ouest parmi les personnes de moins de 65 ans. Dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, il s'est produit une augmentation continue de la mortalité par cancer parmi les gens âgés de 0 à 64 ans jusqu'en 1990 ; depuis lors, cette hausse a pratiquement pris fin, ce qui est dû principalement à la stabilisation ou à la baisse de la mortalité par cancer du poumon. En Europe occidentale, la mortalité due au cancer a commencé à baisser dans les années 80, pour atteindre en 1997 un niveau d'environ 9% inférieur à celui de 1980 (année au cours de laquelle le taux comparatif de mortalité due au cancer s'élevait à environ 92 pour 100 000).

Le principal facteur de risque pour le cancer est le tabagisme, qui est à l'origine d'environ un cancer sur trois de la Région européenne. La mortalité par cancer du poumon chez les femmes de la partie orientale de la Région est plus faible qu'ailleurs, en raison d'un moindre tabagisme dans le passé. Un mauvais régime alimentaire constitue un important facteur de risque pour certains types de cancer. Parmi les autres facteurs de risque, il convient de citer les agents infectieux (par exemple, le papillomavirus humain pour le cancer du col), les produits chimiques industriels dangereux et des facteurs professionnels.

Chez les femmes, le cancer du sein reste la principale cause de mortalité par cancer dans l'ensemble de la Région et, dans les pays d'Europe occidentale, jusqu'à une femme sur douze contractera cette maladie et les taux d'incidence sont en augmentation. Les possibilités de prévention sont limitées. Cependant, des stratégies de dépistage par mammographie à certains âges ont été adoptées avec succès dans certains pays, qui ont ainsi pu réduire la mortalité. Une stratégie analogue a également été adoptée pour la détection du cancer du col préinvasif dans de nombreux pays.

Globalement, la mortalité par cancer n'a pas baissé de façon importante, malgré les ressources considérables qui sont consacrées à la détection, au diagnostic et au traitement du cancer. Les insuffisances de la prise en charge du cancer incurable constituent encore un grave problème. Pour de nombreux patients, la limitation de la douleur laisse à désirer, ce qui se traduit par des souffrances évitables, qui réduisent la qualité de la vie et la dignité au stade final de l'existence.

On estime qu'environ 25 à 40 millions d'habitants de la Région sont atteints de diabète. Lorsque cette maladie n'est pas bien traitée, elle peut réduire la durée de l'existence et avoir de nombreux effets néfastes sur la santé, tels que la cécité, l'insuffisance rénale, des amputations, des crises aiguës de glycémie, etc. ; elle représente un fardeau considérable pour les services de santé. La mortalité due au diabète est stable ou baisse dans les pays d'Europe centrale et orientale et en Europe occidentale, mais on observe une tendance à la hausse à partir d'un taux initialement plus bas dans les nouveaux États indépendants, ce qui est peut-être dû à une prévalence extrêmement élevée de l'obésité. Le diabète représente un risque grave pour la femme enceinte et son enfant.

Depuis 1989, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et la division européenne de la Fédération internationale du diabète ont géré ensemble une importante initiative – le mouvement de Saint Vincent – qui se déroule dans presque tous les États membres et propose une méthode novatrice qui permet de réduire considérablement les graves problèmes de santé que connaissent les diabétiques.

La prévalence des maladies pulmonaires obstructives chroniques pourrait atteindre de 2 à 7% dans certains pays. Ces infections ont des conséquences graves sur la qualité de la vie, provoquent des invalidités et de l'absentéisme professionnel, et entraînent des coûts de soins de santé importants. Les causes sont notamment le tabagisme, la pollution atmosphérique et l'exposition à des allergènes au foyer, sur le lieu de travail ou dans l'environnement naturel.

Une bonne santé bucco-dentaire contribue non seulement à la qualité de la vie, mais également à la prévention de plusieurs maladies et au maintien d'un bon état de santé général. Grâce à la priorité donnée à la prévention des caries dentaires, en particulier chez les enfants, dans certains pays, les services de santé bucco-dentaire ont maintenant besoin de moins de ressources que par le passé pour le traitement des caries, ce qui libère des ressources qui peuvent être affectées à l'amélioration de la santé bucco-dentaire d'autres groupes, celui des personnes âgées par exemple.

L'INTÉRÊT DE LA PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE – L'EXEMPLE DU DANEMARK

Il y a environ 20 à 25 ans, le Danemark avait l'un des taux les plus élevés de prévalence des caries dentaires en Europe chez les enfants. Des mesures ont été prises : soins bucco-dentaires préventifs systématiques, promotion de la santé bucco-dentaire (par l'utilisation efficace du fluor) et système d'information sur la santé bucco-dentaire axé sur la qualité. Aujourd'hui, le Danemark a l'un des taux de caries les plus bas d'Europe, mesuré en fonction du nombre de dents cariées, absentes ou obturées, et les buts relatifs à la santé bucco-dentaire à 6 ans (50% des enfants sans carie) et à 12 ans (maximum de deux dents cariées, manquantes ou obturées) ont été atteints dès le milieu des années 80. Ces réalisations et la qualité des soins bucco-dentaires chez les enfants ont été mises en évidence de façon probante grâce à un système d'information sur la santé bucco-dentaire reposant sur des cas. Un système comparable permettant de mesurer les résultats des soins bucco-dentaires chez les adultes a récemment été conçu pour le Danemark.

L'une des réductions les plus nettes de la prévalence des caries chez les enfants et les adolescents peut être attribuée à l'application de programmes menés au sein de la population et de stratégies auprès de groupes à risque élevé. Conformément aux principes des soins de santé primaires, on a organisé des cours d'hygiène bucco-dentaire, des obturations de fissures et l'utilisation de fluor dans les écoles, une action d'éducation pour la santé, des projets sanitaires pluridisciplinaires et des activités avec la participation de la population locale. Bien que cette stratégie ait été mise en œuvre dans le cadre d'un service de santé bucco-dentaire municipal danois, les principes de prévention appliqués sont simples et peuvent être aisément adaptés ou transposés dans des pays où les systèmes de soins bucco-dentaires sont organisés différemment.

Sources : Petersen, P.E. Effectiveness of oral health care – some Danish experiences. *Proceedings of the Finnish Dental Society*, 88: 12–23 (1992); Petersen, P.E. & Torres, A.M. Preventive oral health care and health promotion provided by the Municipal Dental Health Service in Denmark. *International journal of pediatric dentistry*, 1999 (sous presse).

L'état de santé bucco-dentaire est lié à l'âge et varie considérablement d'un groupe social à l'autre dans les pays de la Région européenne. Dans un petit nombre d'entre eux, et en particulier dans des régions de certains pays, il existe une très faible incidence de problèmes de santé bucco-dentaire, alors que dans d'autres, surtout dans la partie orientale de la Région, les caries dentaires et les maladies périodontiques sont très répandues. Cependant, il n'y a aucun autre domaine de santé publique dans lequel un problème aussi important peut aussi facilement être prévenu à l'aide de méthodes très simples.

BUT 8 – FAIRE RECULER LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

D'ICI 2020, IL FAUDRAIT RÉDUIRE LE PLUS POSSIBLE LA MORBIDITÉ, L'INVALIDITÉ ET LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE DUES AUX PRINCIPALES MALADIES CHRONIQUES DANS LA RÉGION.

En particulier :

- 8.1 il faudrait réduire d' au moins 40% en moyenne la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires chez les personnes de moins de 65 ans, en particulier dans les pays où la mortalité est actuellement élevée ;
- 8.2 il faudrait réduire d' au moins 15% en moyenne la mortalité due au cancer quelle que soit sa localisation, et notamment de 25% la mortalité due au cancer du poumon ;
- 8.3 il faudrait réduire d' un tiers l' incidence des amputations, de la cécité, de l' insuffisance rénale, des complications de la grossesse et d' autres graves problèmes de santé liés au diabète ;
- 8.4 il faudrait réduire de façon continue et durable la morbidité, l' invalidité et la mortalité dues aux maladies respiratoires chroniques, aux troubles de l' appareil locomoteur et à d' autres maladies chroniques fréquentes ;
- 8.5 au moins 80% des enfants âgés de 6 ans devraient être exempts de caries et les enfants âgés de 12 ans devraient avoir, en moyenne, un maximum de 1,5 dent cariée, absente ou obturée.

STRATÉGIES PROPOSÉES

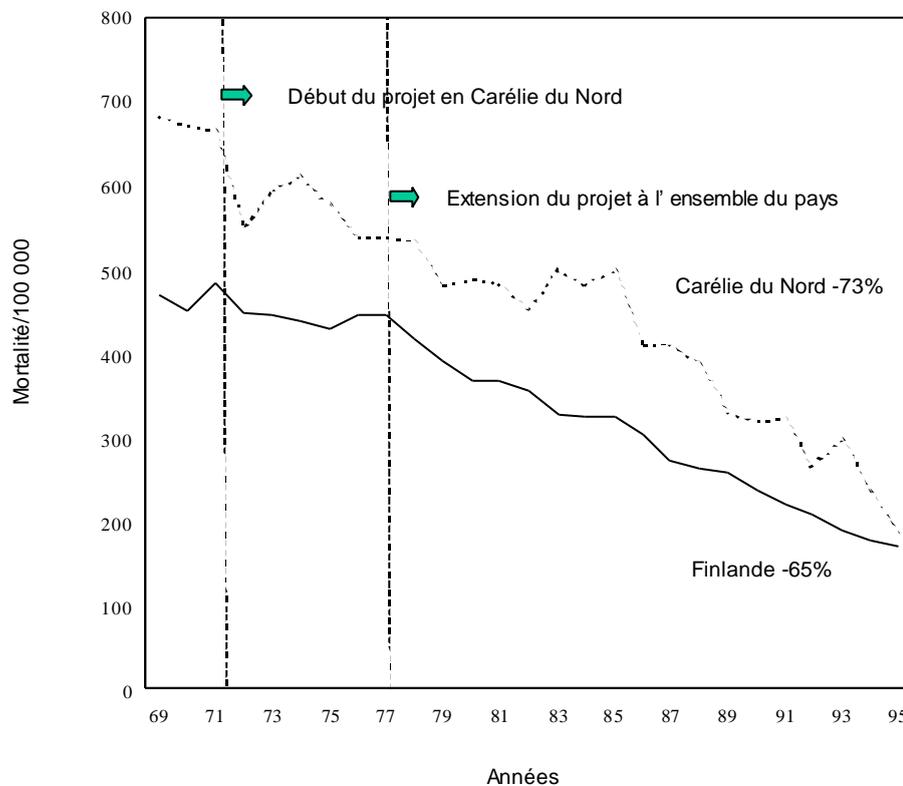
On dispose des connaissances nécessaires pour prévenir, diagnostiquer et traiter un grand nombre de maladies non transmissibles. L' analyse de la situation indique plusieurs stratégies efficaces par rapport à leurs coûts et de très bonne qualité, tant pour la santé publique qu' au niveau individuel et clinique.

i) Il faudrait adopter des politiques larges pour lutter contre les facteurs de risque de façon intégrée, en influant sur les comportements et l' environnement. Il s' agit d' une tâche considérable pour les autorités nationales, régionales et municipales. Comme exemples de telles politiques, on peut citer des incitations pour la prévention ; des programmes éducatifs ; des politiques en matière de transports ; la lutte contre des polluants de l' environnement, etc. (on examinera ces secteurs de façon plus approfondie dans le chapitre 5).

Le secteur de la santé peut également utiliser une large démarche intersectorielle. Il s' agit d' adopter une démarche globale pour lutter contre les principaux facteurs de risque comportementaux et environnementaux, par exemple le tabagisme, la consommation d' alcool, une alimentation malsaine et le manque d' activité physique. Une telle démarche permet de combiner des initiatives intersectorielles avec des interventions axées sur l' ensemble de la population et sur la recherche, et

la prise en charge de cas individuels en vue de réduire la prévalence et les conséquences de facteurs de risque courants (voir plus loin). Le Programme d'intervention intégré à l'échelon d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) constitue un modèle important pour une telle démarche combinée. Le programme CINDI de l'OMS, qui a été créé en 1982, vise à réduire le fardeau que ces maladies représentent pour la société en limitant leurs principaux facteurs de risque ; il repose sur la mise en œuvre et l'évaluation de projets de démonstration. Grâce à une coopération à long terme entre les 24 pays membres, il a été possible de constituer un ensemble exceptionnel de connaissances et de données d'expérience concernant la prévention des maladies non transmissibles par des méthodes intégrées mise en œuvre au niveau local. Les résultats les plus remarquables ont été obtenus en Finlande, où la mortalité due aux maladies coronariennes a baissé de 73% en 25 ans (figure 4). L'un des principaux facteurs de cette baisse spectaculaire est la modification du régime alimentaire : la politique nutritionnelle de la Finlande recommande d'augmenter la consommation de légumes et d'aliments contenant peu de matières grasses saturées (par exemple, une salade gratuite pour accompagner le repas contribue à doubler la consommation de légumes). Tous les États membres devraient adopter des politiques alimentaires et nutritionnelles pour réduire les niveaux élevés de mortalité et de morbidité prématurées par maladies non transmissibles.

Figure 4. Mortalité due aux maladies coronariennes dans l'ensemble de la Finlande et dans la province de Carélie du Nord, 1969–1995 (hommes âgés de 35 à 64 ans)



MARCHER ET ROULER À VÉLO POUR RESTER EN BONNE SANTÉ

La marche à pied pratiquée régulièrement est importante pour la prévention et la prise en charge des maladies cardio-vasculaires. Au cours d'une étude qui a porté sur 9000 fonctionnaires âgés de 45 à 64 ans, les hommes (9% du total) qui estimaient qu'ils marchaient « vite » ont eu moins de la moitié des manifestations de maladies coronariennes non mortelles et mortelles que les hommes qui ne pratiquaient aucune activité physique. Ceux qui estimaient qu'ils marchaient à vive allure ont eu moins des deux tiers des taux de crises coronaires pendant les neuf années de l'étude. D'autres études ont permis de faire des constatations similaires en ce qui concerne l'intérêt de la marche et la protection accrue que représente une dépense d'énergie supplémentaire. Des travaux de recherche menés en Finlande ont confirmé ces conclusions et ont indiqué que le fait de se rendre au travail et d'en revenir à pied représente une activité physiologiquement efficace et suffisamment intense du point de vue de la forme et de la santé.

Une étude menée parmi des ouvriers d'usine a permis de conclure que ceux qui se déplacent régulièrement à vélo avaient une forme équivalente à celle d'individus qui étaient dix ans plus jeunes. Selon une autre étude, les personnes qui accomplissaient un trajet de 95 km par semaine à partir de l'âge de 35 ans pouvaient ajouter deux années à leur espérance de vie. Une étude menée aux Pays-Bas a permis de conclure que la pratique du cyclisme dans le cadre des activités quotidiennes normales peut se traduire par les mêmes améliorations en matière de performances physiques qu'un programme d'entraînement spécifique.

Source : *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

- ii) Les stratégies de prévention devraient être axées sur l'ensemble de la population et, lorsque cela se justifie, reposer sur le dépistage, par exemple pour le cancer du sein et du col. L'objectif de telles stratégies est d'atteindre l'ensemble du groupe à risque, le contact initial étant souvent pris sur la base de registres de la population reposant sur les cadres de soins primaires. Lorsque le dépistage est positif, il est suivi d'un examen plus approfondi, d'un diagnostic et d'un traitement.
- iii) Les stratégies de détection des cas, par exemple pour repérer les personnes atteintes d'hypertension, devraient tirer parti de contacts ordinaires avec des patients. On peut mettre en œuvre de telles stratégies en portant son attention sur les patients à haut risque, en utilisant ici aussi des registres de la population axés sur les cadres de soins primaires. Ces stratégies peuvent comporter l'identification de facteurs de risques ; des interventions comportementales et reposant sur le mode de vie ; et la prise en charge d'affections telles que l'hypertension et le diabète.
- iv) En ce qui concerne les personnes qui souffrent d'affections connues, les services de traitement sont essentiels et constituent une dimension importante de leur qualité de vie. Les technologies de diagnostic et de traitement sont devenues de plus en plus efficaces, mais il doit exister une forte interaction entre les soins d'urgence, primaires, secondaires et tertiaires, et il faut qu'il existe de bons mécanismes d'orientation des patients entre les différents niveaux.

Ces observations sont bien illustrées par un certain nombre de maladies :

- *Maladies cardio-vasculaires.* Il faut mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies pour combattre et prendre en charge les facteurs de risque, mais des stratégies de traitement et de réadaptation sont également nécessaires. Ces stratégies doivent être mises en place au niveau de la population : des services d'urgence doivent permettre une intervention rapide en cas de crise, suivie d'un transfert rapide à l'hôpital et d'une prise en charge efficace (thrombolyse coronarienne par exemple). Ultérieurement, les options de traitement comprennent toute une gamme d'interventions médicales et chirurgicales ; ces dernières doivent de plus en plus reposer sur des actes moins évasifs (angioplastie percutanée transluminale et placement d'un stent, par exemple). Enfin, des services de réadaptation bien organisés sont essentiels.
- *Cancer.* Le diagnostic et le traitement reposent également de plus en plus sur des technologies de pointe. On offre aux patients le recours à des méthodes plus avancées, souvent en combinaison : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et dans l'avenir sans doute, immunothérapie. Les soins palliatifs et la réadaptation sont des éléments essentiels des services aux patients. Il se peut également que de nouveaux traitements soient disponibles. De plus en plus, la prise en charge du cancer sera planifiée et exécutée suivant des filières de soins combinant les soins primaires, secondaires et tertiaires, axés sur des centres de qualité clinique. Les différents éléments des soins seront dispensés conformément à des orientations cliniques reposant sur des données probantes. Les services devraient être gérés sur la base d'indicateurs de qualité axés sur les résultats, soutenus par un système d'information clinique complet.
- *Diabète.* Des programmes complets de détection et de prise en charge du diabète et de ses complications sont nécessaires ; l'auto-prise en charge et l'aide apportée au niveau local sont des éléments importants à cet égard. En conséquence, il faut sensibiliser davantage le grand public et les professionnels des soins de santé. En particulier, il faut former les généralistes et les infirmières aux méthodes permettant d'apprendre aux patients et à leur famille à utiliser les techniques essentielles d'auto-prise en charge du diabète. Un traitement efficace dispensé par un personnel qualifié à tous les niveaux des soins doit manifestement reposer sur des données probantes et être géré compte tenu de résultats attendus au niveau de l'ensemble de la population et au niveau individuel. On a constaté que de telles démarches permettaient d'obtenir des améliorations considérables dans la prise en charge clinique et de réduire les taux de complication. La clé du succès consiste à associer les patients et leur famille à la planification et à la dispensation des soins et à accroître les compétences dont le patient a besoin pour se prendre en charge. Si l'on parvient à faire en sorte que chaque État membre applique un programme national dans le cadre du mouvement de Saint Vincent dont il a été

question plus haut, on améliorera très sensiblement la santé des diabétiques de la Région européenne.

- *Santé bucco-dentaire.* Il est possible de favoriser la santé bucco-dentaire des individus grâce à une bonne hygiène bucco-dentaire. Une amélioration des habitudes alimentaires et l'utilisation de dentifrices au fluor préviendra presque totalement les caries dentaires et les maladies périodontiques. Il est possible d'obtenir une réduction des caries dentaires au niveau de l'ensemble de la population grâce à la fluorisation de l'eau, du lait ou du sel ou par l'utilisation individuelle de pâte ou d'eau dentifrice contenant du fluor. Une surveillance ciblée et axée sur les résultats et un retour de l'information sont essentiels.

Toutes les stratégies de lutte contre les maladies nécessitent un stock de données suffisant, qui garantisse leur efficacité et leur efficience, ainsi que leur accessibilité et la qualité des services offerts. En conséquence, ces stratégies doivent être soutenues par un système d'information sanitaire orienté vers l'ensemble de la population. Ce système doit permettre :

- d'identifier l'ensemble de la population et son épidémiologie, c'est-à-dire ses caractéristiques en matière de mortalité, de morbidité, de mode de vie et de comportement ;
- de planifier et de gérer des stratégies de prévention et d'intervention relatives aux maladies non transmissibles ;
- de gérer la participation des individus à de telles stratégies, c'est-à-dire d'enregistrer le contact initial ; d'enregistrer les résultats des interventions de dépistage et de détection des cas ; de surveiller le suivi ; et d'enregistrer les résultats ;
- de surveiller et d'évaluer des programmes sur les plans de leur qualité, en accordant une attention particulière aux résultats obtenus en matière de santé (voir chapitre 6).

L'ensemble des interventions visant à faire face à des problèmes de santé individuels essentiels (maladies cardio-vasculaires, certains cancers, par exemple) devraient être considérés comme des programmes sanitaires ou des domaines spécifiques où l'on recherche une amélioration de la santé. Pour élaborer un programme, il est essentiel de comprendre les caractéristiques fondamentales de la population sur le plan de la santé, grâce à la communication et à l'analyse de données épidémiologiques et de santé publique. On peut également examiner les données en faveur d'un équilibre approprié entre la promotion de la santé, la prévention, le traitement et la réadaptation (tant dans la politique de santé publique orientée vers l'ensemble de la population qu'en matière de prise en charge clinique individuelle), ainsi que des filières de soins appropriées et des orientations cliniques. Au niveau de la population, on mettra ainsi l'accent sur l'importance de démarches multisectorielles et pluridisciplinaires ; au niveau clinique individuel, cela permettra de choisir les interventions sur la base de données probantes. Une surveillance ciblée et axée sur les résultats et un retour de l'information, sur la base de certains indicateurs, seront essentiels aux deux niveaux.

4.5 Blessures dues aux actes de violence et aux accidents

Les traumatismes dus à des actes intentionnels et non intentionnels ont un coût humain, social et économique considérable et constituent une cause importante de mortalité. En 1994, 500 000 décès accidentels ont été signalés dans l' ensemble de l' Europe. La consommation d' alcool constitue un important facteur de risque pour toutes les formes de violence et d' accidents. Les autres facteurs importants sont les problèmes socioéconomiques (par exemple, la pauvreté, la mauvaise qualité du logement, les zones urbaines dégradées), des environnements politiquement et socialement instables (guerres, par exemple) et le chômage. Les traumatismes et les intoxications constituent la deuxième cause de l' écart de mortalité est-ouest. Les accidents et les intoxications sont la principale cause de décès parmi les jeunes.

La violence domestique est souvent un problème caché car les victimes et les auteurs ne la reconnaissent pas ou elle est reprise dans les statistiques concernant les accidents. Ce sont généralement les personnes de sexe féminin qui sont les victimes d' actes de violence, mais pas exclusivement. Vingt pour cent des femmes d' Europe ont été victimes d' actes de violence au moins une fois dans leur existence ; le plus souvent, l' auteur est quelqu' un qu' elles connaissent et, comme cela a été mentionné dans le chapitre 3, dans les pays industrialisés, les actes de violence domestique se sont traduits pour les femmes par plus de traumatismes que l' ensemble des viols, des accidents de la circulation et des agressions ayant le vol pour motif. Il importe également de mentionner les sévices aux personnes âgées et aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale, en particulier celles qui vivent dans des établissements. Les actes de violence à motivation sociale contre des réfugiés et des groupes ethniques sont en augmentation. L' ampleur des sévices dont les enfants sont les victimes est progressivement reconnue (voir chapitre 3). De nombreux pays de la Région européenne ont commencé, au cours des 20 dernières années, à enregistrer l' incidence des sévices sexuels, physiques et psychologiques et leurs causes.

Les accidents se produisent dans des cadres très divers (sur le lieu de travail, au foyer, à l' école et pendant les loisirs) et leurs coûts sont élevés. L' OMS a estimé que, chaque année, il se produit dans la Région 80 millions d' accidents nécessitant un traitement médical.

L' incidence moyenne annuelle d' accidents de la circulation déclarés avec lésions corporelles est d' environ 340 pour 100 000 habitants dans les pays de l' Union européenne. Cela représente 2 à 3 fois plus que les moyennes dans les pays d' Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants. La situation est inverse en ce qui concerne la mortalité, puisque les chiffres sont près de deux fois plus élevés dans la partie orientale de la Région qu' en Europe occidentale, ce qui indique un taux de létalité beaucoup plus élevé. Les accidents de la circulation impliquant des véhicules à moteur sont les causes de traumatismes et de décès qui peuvent être le plus efficacement prévenues. Les mesures à prendre consistent à porter de bonnes ceintures de

sécurité, à améliorer la qualité des routes et des véhicules, à faire respecter des dispositions appropriées en matière de vitesse et à réduire la conduite en état d'ivresse.

LE COÛT DES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

En 1995, les accidents de la route ont provoqué quelque 45 000 décès et 1,5 million de blessés dans les quinze États membres de l' Union européenne. Compte tenu du niveau de sous-estimation, on peut avancer que le nombre annuel total de morts et de blessés s' élève à près de 3,5 millions. Sur la base des actuelles appréciations monétaires de la prévention de ces morts et blessés, on peut avancer que les pertes annuelles avoisinent 162 milliards d' écus, et ce uniquement pour les frais découlant de dégâts matériels. Quant au coût socioéconomique, il équivaut à peu près au double du budget total de l' Union européenne, il représente 97% des frais de tous les accidents de la circulation, il excède le coût des embouteillages ou des effets environnementaux du trafic routier, et il provoque une perte de productivité plus importante encore que le cancer du poumon. Il nous faut déployer des efforts encore plus soutenus pour réduire le nombre de décès et de blessures, étant donné l' augmentation probable de la mobilité due à la reprise économique et à une croissance de l' activité transfrontalière au sein du Marché unique. À l' heure actuelle, on peut estimer que les risques d' accident sont multipliés par sept entre l' État membre où ils sont le moins élevés (Royaume-Uni) et celui où ils sont le plus élevés (Grèce).

Source : Plan stratégique de sécurité routière pour l' Union européenne. Bruxelles, Conseil européen de la sécurité routière, 1997.

Les aires de jeux pour les enfants représentent un risque d' accident principalement en raison de la mauvaise conception du matériel et des surfaces. Cependant, les enfants plus âgés choisissent souvent de jouer dans des cadres plus dangereux et non surveillés tels que les rues, les terrains vagues, les chantiers de construction, les voies de chemin de fer, les canaux et les cours d' eau, et l' absence de mesures de sécurité dans ces lieux peut entraîner des blessures graves et des décès.

Il convient également de citer, parmi les autres causes de traumatismes accidentels, les intoxications accidentelles, l' intoxication alcoolique et les activités sportives et de loisir.

BUT 9 – DIMINUER LE NOMBRE DE BLESSURES DUES AUX ACTES DE VIOLENCE ET AUX ACCIDENTS

D' ICI 2020, IL FAUDRAIT RÉDUIRE DE FAÇON IMPORTANTE ET DURABLE LE NOMBRE DES BLESSURES, D' INVALIDITÉS ET DE DÉCÈS IMPUTABLES AUX ACCIDENTS ET AUX ACTES DE VIOLENCE DANS LA RÉGION.

En particulier :

- 9.1 il faudrait réduire d' au moins 30% la mortalité et l' invalidité imputables aux accidents de la circulation ;
- 9.2 il faudrait réduire d' au moins 50% la mortalité et l' invalidité imputables aux accidents du travail, domestiques, de sport et de loisirs, la réduction la plus importante devant s' opérer dans les pays où les taux de mortalité imputables aux accidents sont actuellement élevés ;
- 9.3 il faudrait réduire d' au moins 25% l' incidence des actes de violence domestique, sexuelle et organisée, leurs conséquences sur la santé et la mortalité qui en découle.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Comme pour les autres problèmes dont il a été question dans ce chapitre, les stratégies concernant les actes de violence et les traumatismes reposent sur :

- une connaissance des facteurs de risque et une surveillance de ceux-ci ;
- des politiques des pouvoirs publics permettant de lutter contre ces facteurs de risque, en accordant une attention particulière à la consommation d' alcool et à la réduction des manques d' équité d' ordre social et économique ;
- l' absence de tolérance sociale et politique pour les sévices physiques et sexuels dirigés contre le conjoint, les enfants et les membres de groupes ethniques, et l' adoption de dispositions législatives appropriées à cet égard ;
- une action intersectorielle menée avec la participation des secteurs politique, juridique, sanitaire et des transports ;
- des stratégies de prévention, de soins et de réadaptation appropriées et intégrées, sensibles aux différences entre les sexes et aux spécificités ethniques, mises en œuvre principalement dans le cadre des soins de santé primaires ;
- une stratégie ciblée dans le cadre de laquelle des informations épidémiologiques indiquent les grands problèmes (anciennes casernes et centres urbain, par exemple) ;
- des travaux de recherche sur les types, les déterminants et les effets des actes de violence et des traumatismes, dans le cadre de l' amélioration constante des stratégies de prévention, de soins et de réadaptation ;
- des actions de sensibilisation et des mesures éducatives dans les lieux où les jeunes se rassemblent (par exemple, installations sportives, cafés, écoles et lieux de travail) ;
- une action de sensibilisation en matière de santé publique et la diffusion d' informations concernant les risques et les stratégies de prévention ;
- l' éducation et la formation du personnel de santé ;

- la surveillance et l'évaluation, notamment des effets des processus et des stratégies ;
- la mise en place de réseaux sociaux ;
- la conception architecturale des quartiers ;
- un traitement en profondeur des victimes de violence familiale qui, sinon, risquent de devenir la prochaine génération d'auteurs d'actes de violence.

4.6 Catastrophes

Des situations d'urgence résultent de catastrophes naturelles et d'origine humaine ou technologique (par exemple, tremblements de terre, accidents nucléaires, explosions chimiques et déversements). En outre, des situations d'urgence complexes se produisent à la suite de l'effondrement du cadre politique, économique, social et institutionnel, lorsqu'une guerre civile se produit, par exemple. Ces différents types de catastrophes causent des problèmes considérables en matière de santé publique.

Au cours des dix dernières années, la Région européenne a connu une forte augmentation du nombre de situations d'urgence violentes et complexes, lors de guerres ou de guerres civiles. La désintégration de l'ex-Yougoslavie a constitué à cet égard l'exemple le plus tragique, mais en 1992, par exemple, neuf autres conflits se déroulaient dans la Région européenne. Heureusement, la situation s'est nettement améliorée depuis lors.

Ces situations d'urgence ont exigé des réactions rapides sous la forme d'une collecte de ressources et de la fourniture d'une aide humanitaire. Un grand nombre d'organisations – le Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), l'UNICEF, l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies, l'Union européenne, la Croix-Rouge et de nombreuses autres ONG – ainsi qu'un grand nombre d'États membres ont été actifs dans ce domaine. Ces événements ont mis en évidence la nécessité d'une meilleure coordination et de l'adoption de méthodes nouvelles de fourniture d'aide d'urgence, mais beaucoup de progrès ont été accomplis dans ce domaine grâce aux vastes opérations menées au cours des années 90.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a fait face à ce défi et a accumulé une grande expérience opérationnelle, logistique et technique dans le cadre coordonné des Nations Unies. Plus précisément, il a appris à concevoir de nouvelles technologies en vue d'opérations futures (trousses de secours d'urgence) et à mettre au point des stratégies pour réaliser une transition coordonnée et efficace des secours d'urgence au redressement, à la remise en état et à la reconstruction.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Préparation aux situations d'urgence

Les pays doivent accomplir des efforts plus intenses pour améliorer leur préparation aux situations d'urgence, en mettant en place un environnement politique, juridique, de gestion, financier et social pour l'utilisation coordonnée et efficace des ressources disponibles. L'OMS peut offrir ses compétences techniques, ses conseils et ses actions de formation.

Aide humanitaire

Lorsqu'une grave situation d'urgence sanitaire se produit, l'objectif de l'OMS est de fournir en temps utile une aide humanitaire appropriée, en collaboration avec d'autres organismes. La coordination efficace de ces activités dans le cadre d'une action globale des Nations Unies s'effectue grâce à l'établissement de relations de travail étroites avec d'autres organismes des Nations Unies, en particulier le HCR, l'UNICEF et le Programme alimentaire mondial. Cette assistance repose sur une stratégie qui consiste à donner la priorité à l'aide au gouvernement du pays concerné, par les actions suivantes :

- en commençant rapidement à mener des activités crédibles dans le pays ;
- en évaluant la situation en matière de santé publique ;
- en fournissant une assistance technique reposant sur l'expérience acquise lors de la surveillance d'autres problèmes de santé publique analogues ;
- en coordonnant les activités en matière de santé des différentes ONG présentes.

En outre, l'OMS possède maintenant une expérience relative à toute une gamme de programmes de santé publique dans des domaines tels que l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la vaccination (avec l'UNICEF), et la réadaptation physique et mentale. L'OMS fournit également du matériel médical et chirurgical, dans les limites des ressources disponibles, lorsqu'il est manifeste que cela répond à un besoin.

Reconstruction

Dans une phase ultérieure, lorsque la phase d'urgence est terminée, l'OMS coopère avec des organismes internationaux de développement tels que la Banque mondiale, l'Union européenne et le PNUD, afin de soutenir, de rétablir et de reconstruire les services de santé, en mettant l'accent sur les soins primaires dans le contexte de la politique de la Santé pour tous, et en vue d'offrir des services de santé essentiels à certains groupes. En outre, on se rend de mieux en mieux compte que la santé peut être un instrument efficace de promotion du dialogue et de la réconciliation et de la

construction de la paix. Beaucoup d'expérience a été acquise récemment dans ce domaine, par exemple en Bosnie-Herzégovine.

Bien que ces activités portent sur une assistance à certains pays, il faut utiliser des démarches régionales tant en matière de préparation aux situations d'urgence que dans les mesures à prendre lorsqu'elles se produisent. Ces démarches englobent une coordination avec d'autres organismes internationaux (l'Agence internationale de l'énergie atomique, en particulier) en ce qui concerne des situations d'urgence nucléaires et chimiques ; la promotion et la mise en œuvre de politiques qui soient compatibles avec les politiques mondiales de l'OMS et en harmonie avec d'autres organismes internationaux ; et la coordination avec d'autres organismes humanitaires des Nations Unies en ce qui concerne l'évaluation des besoins et la collecte de ressources à l'échelle mondiale.

Chapitre 5

Stratégies multisectorielles pour une santé à long terme

But 10 – Un environnement physique sain et sûr

But 11 – Adopter des modes de vie plus sains

But 12 – Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme

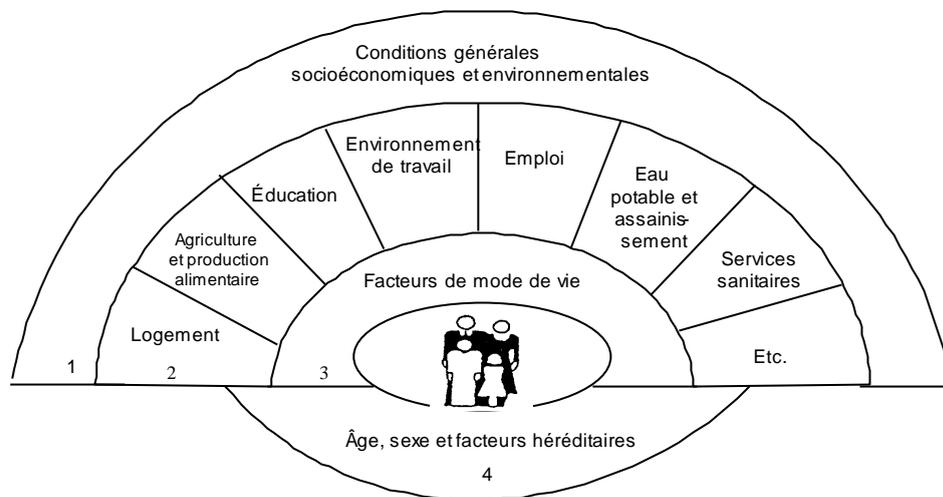
But 13 – Cadres favorables à la santé

But 14 – Responsabilité multisectorielle pour la santé

L'état de santé résulte d'une part des caractéristiques biologiques dont a hérité l'individu et d'autre part des activités menées dans la plupart des secteurs de notre société ainsi que dans la population dans son ensemble, du fait de décisions et d'actions individuelles et collectives. Les choix que font les individus subissent l'influence de facteurs extérieurs qui incluent leur héritage biologique et génétique individuel, l'environnement physique, la situation socioéconomique et les conditions de vie, ainsi que divers attributs politiques et culturels, et le degré auquel ils ont reçu les moyens et la capacité de faire des choix individuels favorables à la santé. Dans la figure 5 ci-dessous est représenté un cadre conceptuel pour l'analyse des divers déterminants et de leur interaction vis-à-vis de la santé.

Comme il a déjà été dit au chapitre 2, il existe un lien étroit entre les disparités de revenu et d'accès à l'éducation et à l'emploi et les inégalités de santé et de qualité de vie d'un pays à l'autre et entre groupes socioéconomiques à l'intérieur de chaque pays. Dans le chapitre 3, on démontrait ensuite que la situation socioéconomique ne décide pas à elle seule de l'état de santé. Celui-ci résulte de l'interaction entre les déterminants de la santé, les événements de la vie et les choix individuels. Les personnes vivant dans la pauvreté sont défavorisées lorsqu'elles doivent faire des choix et assumer les situations difficiles de la vie. Le chapitre 4 traitait de la prévention et de la lutte contre les maladies et des facteurs de risque immédiats de celles-ci.

Figure 5. Les principaux déterminants de la santé



Source : Dahlgren, G. & Whitehead, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.

Le présent chapitre établit une base de principe pour tirer parti au mieux du potentiel biologique de l'individu en matière de santé et entreprendre des actions multisectorielles en vue de favoriser une santé durable et un développement viable :

- en agissant sur les déterminants physiques et socioéconomiques de la santé ;
- en facilitant aux individus les choix sains ;
- en s'efforçant de prendre contact avec les individus, les collectivités locales et organisations privées et bénévoles dans différents cadres de la santé : domicile, lieu de travail, école, ville, pour leur donner les moyens d'agir ; et
- en encourageant tous les secteurs à rechercher par quels moyens l'on peut obtenir des bénéfices mutuels en matière de santé et de développement économique.

5.1 La base biologique de la santé

Les progrès explosifs de la « nouvelle génétique » offrent la possibilité de modifier de manière révolutionnaire la prévention et la prise en charge de la maladie, mais ils soulèvent aussi toute une

série de problèmes moraux et éthiques. Le génome humain est un facteur clé de la santé, tout comme le mode de vie, l'environnement et les soins de santé. Les déterminants génétiques de la santé ont la plus grande influence au cours des phases précoces et intermédiaires de la vie, ils jouent un rôle majeur dans la mortalité infanto-juvénile, la morbidité chronique et l'apparition prématurée des maladies courantes. Eu égard à l'amélioration des connaissances sur les facteurs génétiques de la morbidité et de la mortalité tout au long de la vie, il importe de procéder à un débat approfondi et complet sur les questions éthiques ainsi soulevées. Les conclusions de ce débat doivent ensuite constituer la base d'une stratégie européenne.

En ce qui concerne le rôle important des facteurs génétiques pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile, nous donnerons ici quelques chiffres. Environ un demi-million d'enfants naissent annuellement en Europe avec de sérieux défauts congénitaux ou génétiques ; la prévalence moyenne de ceux-ci à la naissance est d'environ 40 pour 1000 naissances vivantes. Avec un taux de mortalité imputable à ces défauts de 2,5 pour 1000 naissances vivantes, ceux-ci représentent au moins 25% de la mortalité infantile dans les pays d'Europe occidentale. Il faudra donc adopter des stratégies fondées sur des approches génétiques de la gestion et de la prévention si l'on veut réduire encore ces taux.

La « nouvelle génétique » combine les techniques de pointe de la biologie moléculaire avec les connaissances acquises concernant le patrimoine biologique grâce à la recherche génétique. La localisation d'un gène sur un chromosome et la détermination de sa séquence ADN sont des étapes clés de la mise au point de tests diagnostics pour les individus susceptibles d'avoir une copie défectueuse de ce gène. La nouvelle génétique ira encore plus loin dans cette voie, en permettant de mieux connaître aussi bien la fonction normale des gènes que les mécanismes, au niveau moléculaire, des maladies qui sont intégralement ou en partie imputables à des gènes défectueux.

Jusqu'ici la recherche dans ce domaine a été centrée sur des maladies génétiques héritées simples telles que la mucoviscidose, la drépanocytose et la chorée de Huntington. Les gènes impliqués ont pour la plupart été identifiés, et il est maintenant possible d'exécuter des tests pour détecter les mutations particulières jouant un rôle dans un grand nombre de ces maladies à gène défectueux unique.

Les chercheurs s'intéressent maintenant aux gènes particuliers intervenant dans les maladies courantes des phases ultérieures de la vie. Dans ce cas, le mode de transmission héréditaire apparaît moins clairement et il pourrait dépendre de plusieurs gènes ; en outre les facteurs environnementaux peuvent jouer un rôle majeur. Ces maladies incluent le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers, la schizophrénie et la maladie d'Alzheimer.

Actuellement, dans la Région européenne, il existe deux composantes des services génétiques pour lesquelles on peut observer des inégalités manifestes en ce qui concerne l' accès :

- aux services de génétique cliniques offrant un diagnostic ainsi que des conseils et un soutien local aux individus et aux familles. L' équipe clinique, normalement, est dirigée par un spécialiste, assisté de généticiens ayant la responsabilité de coordonner la dispensation des services au niveau local ;
- aux services de laboratoire, y compris l' analyse cytogénétique et moléculaire (ADN).

La recherche en cours offre des perspectives de réaliser de nouveaux progrès cliniques dans trois grands domaines :

- Dépistage et tests. Au cours des 5 à 10 prochaines années, de plus en plus de tests permettant de détecter des déficiences d' un gène unique et une prédisposition génétique aux maladies courantes seront mis au point ; les programmes de dépistage dans la population se développeront probablement. Grâce à des tests exécutés sur des individus asymptomatiques pour déterminer leur prédisposition aux maladies courantes, on pourra agir pour modifier le mode de vie en vue de minimiser des risques. Ces tests pourraient aussi inclure des techniques de détection permettant d' effectuer des interventions plus précoces, c' est-à-dire avant l' apparition des symptômes.
- Tests sur les individus symptomatiques. De plus en plus, l' on utilisera les tests génétiques sur les individus symptomatiques pour confirmer avec une plus grande précision les diagnostics.
- Régimes nouveaux de traitement. Ceux-ci pourraient relever de deux types :
 - lorsque l' on connaît mieux les processus moléculaires de la maladie, on pourra, grâce à l' identification de cibles précises, mettre au point plus rationnellement les médicaments en vue d' un traitement efficace ;
 - des thérapies géniques spécifiques sont aussi théoriquement possibles, mais les progrès risquent d' être plus lents dans ce domaine.

Les mesures d' intervention ont jusqu' ici été fondées sur un diagnostic prénatal, ce qui posait des problèmes liés à une interruption de la grossesse en cas de défaut constaté. À l' avenir, la mise au point de méthodes de diagnostic préconceptionnelles devrait rendre les services génétiques plus acceptables sur le plan éthique, en donnant la possibilité de contrôler d' avance le résultat de la conception.

STRATÉGIES PROPOSÉES

L' évolution de la nouvelle génétique laisse entrevoir la possibilité qu' au début du XXI^e siècle, dans de nombreux secteurs de la médecine, les nouvelles techniques génétiques soient utilisées dans la pratique. Cette évolution aura des conséquences importantes pour l' organisation, les ressources humaines et la dispensation des services de santé, et obligera à affronter un certain nombre de problèmes d' éthique.

L' élaboration d' une stratégie européenne commune pour la mise en place de services génétiques fondés sur les principes de la Santé pour tous permettrait d' adopter une approche internationale coopérative et d' établir un partage de savoir et d' expérience. Chaque pays devrait évaluer ses besoins en matière de services génétiques et élaborer une politique nationale de développement de ceux-ci fondée sur le principe de la rationalisation des services.

Dans l' élaboration d' une telle politique, il faudra prendre en compte cinq impératifs :

- prendre en compte les très importants problèmes d' éthique soulevés par la mise en place de plusieurs services ;
- améliorer la prise en compte des besoins de la population, y compris les besoins des groupes ethniques, associer le public à la planification de services appropriés, et rendre les services plus attentifs aux préférences du public ;
- dispenser une formation suffisante aux professionnels de santé ;
- assurer l' égalité d' accès de la population aux services génétiques, y compris les services de tests génétiques de haute qualité au niveau des soins primaires, et la disponibilité de services et conseil et d' orientation à partir de ce niveau vers les services spécialisés ;
- améliorer la qualité des services.

Tout programme mis au point dans le domaine génétique devrait être axé sur les aspects prioritaires pouvant avoir un impact majeur sur la santé. Ceux-ci devraient inclure les maladies congénitales et génétiques les plus courantes en Europe telles que mucoviscidose, hémoglobinopathies, malformations congénitales graves et mongolisme. La plupart des maladies courantes à gène défectueux unique devraient être prises en compte dans des programmes européens à long terme dans le cadre des services de santé maternelle et infantile et de prévention et de lutte contre la maladie.

En outre, compte tenu de la grande importance des maladies cardio-vasculaires pour la santé dans la Région, et des dernières informations recueillies sur le rôle des déterminants génétiques pour ce groupe de maladies, celles-ci pourraient être utilisées comme sujets pour étudier l' impact éventuel des approches génétiques en matière d' activités de promotion de la santé.

À l'avenir, l'information sera manifestement un facteur clé ; on peut considérer que la nouvelle génétique s'inscrit parfaitement dans le cadre de la « médecine de l'ère de l'information » dans laquelle la technologie de l'information donne aux consommateurs les moyens de prendre plus largement en charge leur propre santé, et permet aux professionnels de santé de jouer un rôle renforcé de soutien, en axant leurs efforts sur la promotion de la santé plutôt que sur la prise en charge de la maladie.

Plusieurs questions d'éthique seront à prendre en considération au cours de cette période de mutation rapide, et il sera important de surveiller et d'évaluer les implications éthiques, scientifiques et sociales du génie génétique, y compris en ce qui concerne la technologie du clonage. Les connaissances génétiques devront impérativement être appliquées dans le respect des principes de l'éthique médicale, et notamment des principes de dignité humaine, de libre choix et de justice. Les principes et le contenu de la Convention du Conseil de l'Europe pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine et de son protocole additionnel portant interdiction du clonage d'êtres humains sont extrêmement importants et doivent être respectés universellement.

Le clonage des gènes peut être d'un grand intérêt clinique pour le diagnostic et traitement des maladies ; il ne doit pas être confondu avec le clonage reproductif. La thérapie génique appliquée aux cellules somatiques, dans le cas de personnes ayant des problèmes médicaux, est, sur le plan éthique, comparable à toute autre thérapie, et la recherche dans ce domaine prometteur devrait être encouragée. Par contre, la thérapie génique appliquée aux cellules germinales, lorsqu'il existe une intention ou une possibilité de modifier les gènes transmis à la génération suivante, ne devrait pas être utilisée dans un avenir prévisible.

Le dépistage et les tests génétiques peuvent être un auxiliaire efficace de la planification de la santé publique dans tout pays, mais ils ne devraient pas être obligatoires. Des services de conseil génétique devraient être disponibles, dans le respect des choix et convictions de la population locale ; ils devraient à ce titre être aussi peu directifs que possible. La confidentialité et l'utilisation non discriminatoire des données génétiques devraient être protégées, s'il le faut, par des moyens légaux.

Il devrait en outre être promulgué une déclaration ou un code de pratique traitant des nouvelles questions d'éthique soulevées par les applications de la génétique en médecine et en santé publique. Le projet établi par le Groupe d'experts consultatif OMS de la génétique médicale pourrait servir de base pour une telle déclaration (voir le document A51/6 Add.1 de l'Assemblée mondiale de la santé).

5.2 Déterminants physiques et socioéconomiques de la santé

Une des conditions de la bonne santé et du bien-être est de vivre dans un environnement non pollué et harmonieux dans lequel les facteurs physiques, physiologiques, sociaux et esthétiques reçoivent l'importance qu'ils méritent. L'environnement physique devrait être considéré comme une ressource pour l'amélioration des conditions de vie et du bien-être. La santé humaine est tributaire de la disponibilité et de la qualité des aliments, de l'eau, de l'air et du logement. Bien que l'impact de l'environnement physique sur la santé soit connu depuis un certain temps, c'est surtout au cours de ces dernières années qu'il y a eu au sein du public une prise de conscience de l'incidence des risques environnementaux. Cette évolution résulte en partie de la publication de nouvelles informations scientifiques démontrant le lien entre l'environnement physique et la santé et en partie de la multiplication des technologies nouvelles et potentiellement dangereuses. À une échelle générale, des mesures politiques tendant à améliorer l'environnement, qui ont fait la preuve de leur efficacité, sont notamment les mesures incitant à utiliser des technologies plus efficaces dans l'utilisation des ressources, l'introduction des taxes environnementales, la mobilisation des consommateurs par des campagnes d'information et dans les médias, et le soutien aux ONG en tant qu'instruments de changement.

Il subsiste une incertitude considérable quant à l'impact de l'activité humaine sur l'environnement, et par voie de conséquence sur l'état de santé futur des populations. Au niveau mondial il a été estimé qu'il était de loin préférable de prévenir la dégradation de l'environnement qui pourrait résulter d'un changement climatique que d'essayer d'y remédier une fois qu'elle se serait produite, sans tenir compte du délai et de la vitesse avec lesquels elle pourrait survenir. Le message émis par la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, tenue à Rio de Janeiro (Brésil), en 1992, était qu'une réorientation fondamentale des politiques était nécessaire si l'on voulait protéger l'environnement mondial et assurer à un développement viable.

Les données scientifiques recueillies ont beaucoup contribué à sensibiliser les individus à l'impact des déterminants socioéconomiques sur la santé, tant directement que par leur influence sur les comportements vis-à-vis de la santé et par les voies d'action neuro-endocrinales. On dispose maintenant d'un fonds de données prouvant que les groupes socioéconomiques défavorisés sont plus susceptibles d'être exposés à des risques sanitaires et d'adopter des modes de comportement dangereux que les autres groupes. En termes pratiques, il reste beaucoup de chemin à parcourir avant de pouvoir établir un environnement socioéconomique favorisant la santé et le bien-être, et en particulier avant de pouvoir éliminer les causes socioéconomique de la mauvaise santé (voir le but 2). Cette section décrit certaines des menaces pour la santé présentes dans l'environnement physique et dans l'environnement socioéconomique et propose des solutions pour les combattre.

5.2.1 Environnement physique

Dans le cadre de la planification stratégique et de la mise en œuvre des programmes, il sera nécessaire de veiller à une coopération constante entre les secteurs de la santé, de l'environnement et de l'économie afin de maintenir au plus bas niveau possible les risques pour la santé dus à l'exposition aux polluants. L'air, l'eau et le sol doivent être considérés comme constituant un seul environnement et il faudra donc éviter tout transfert des risques d'un secteur à l'autre. Les politiques visant à protéger l'environnement devront s'appuyer sur des investissements dans tous les secteurs en vue de mettre en place les structures institutionnelles, les ressources humaines et les moyens de développement des capacités nécessaires pour s'attaquer à la pollution de l'air, de l'eau et du sol et à des problèmes particuliers tels que les rayonnements.

Les risques d'hygiène de l'environnement ne sont pas également répartis, que cela soit au plan géographique ou entre couches de la société. Ce sont habituellement les groupes défavorisés qui souffrent le plus des conséquences de la pollution. Il existe donc une relation réelle entre les objectifs d'amélioration de l'environnement et ceux de réduction des inégalités.

Un engagement politique à mener une action en faveur de l'environnement et de la santé a été conclu à l'échelle de toute la Région avec l'adoption de la Charte européenne de l'environnement et de la santé à Francfort en 1989, et de la Déclaration d'Helsinki sur l'action en faveur de l'environnement et de la santé en Europe de 1994, ainsi qu'avec la création du Comité européen de l'environnement et de la santé.

Faisant suite à la Déclaration d'Helsinki de 1994, le Plan d'action en faveur de l'environnement et de la santé dans la Région européenne et les plans d'action nationaux et locaux offrent à la Région et à ses États membres une base technique solide et complète. Les plans d'actions nationaux pour l'hygiène de l'environnement, collectivement, définissent une stratégie pour prévenir et lutter contre les risques d'hygiène de l'environnement en Europe. En juin 1998, plus de 90% des 51 États membres européens de l'OMS avaient établi ou étaient en train d'établir de tels plans, chacun sur la base de ses propres priorités d'action. L'OMS et ses partenaires coopèrent avec les pays pour accélérer l'évolution, donner des conseils sur les méthodes et soutenir la mise en œuvre des plans d'action nationaux. Un élément important de cette collaboration est le partage de l'expérience entre pays.

Air

Il existe une relation étroite entre la pollution de l'air et les risques d'atteinte à la fonction pulmonaire, de troubles respiratoires et de mort par maladie respiratoire. Près de 30 à 40% des populations vivant dans les villes de la Région sont exposées à des concentrations moyennes de polluants de l'air qui dépassent les valeurs guides fixées par l'OMS ou l'Union européenne. Les

niveaux d'exposition aux polluants de l'air tels que dioxyde de soufre, particules, oxyde d'azote et composés organiques volatils demeurent élevés dans la Région, en particulier dans la partie orientale. Près de 90% des émissions totales de soufre proviennent de l'utilisation de combustibles, surtout dans le secteur énergétique. En ce qui concerne les transports routiers, ils sont la source principale d'émissions d'oxyde d'azote et de composés organiques volatils. Ces émissions sont susceptibles de progresser encore, en particulier dans la partie orientale de la Région.

Les dépôts acides, en particulier sulfureux et azotés, causent des dégâts importants aux ressources naturelles ayant une grande importance environnementale et économique telles que forêts, sols et masses d'eau. Pour la santé humaine, le risque principal est lié aux mouvements des métaux tels que cadmium et mercure, qui, à partir du sol, pénètrent dans la chaîne alimentaire, et plomb et cuivre qui, à partir des réseaux de distribution d'eau, pénètrent dans l'eau potable. Les effets sur la santé sont des atteintes au système nerveux pour le mercure et le plomb, des atteintes rénales pour le cadmium et des atteintes hépatiques pour le cuivre. En outre, les allergies liées aux différents polluants de l'air représentent aussi un problème de santé important.

Eau potable et eaux usées

Des incidents d'intoxication aiguë sont observés dans toute la Région par suite de contamination microbienne de l'eau potable (cause de maladies gastro-intestinales) ou de contamination par les nitrates (cause de méthémoglobinémie chez les enfants) ou par des pesticides ou d'autres substances chimiques. Plus de 100 millions d'habitants de la Région sont privés d'accès à un réseau de distribution d'eau potable. Des épisodes d'infection d'origine hydrique se produisent par suite d'un traitement non hygiénique des effluents, de déversements non contrôlés d'excréments animaux, de pannes des installations de traitement ou de contamination dans les circuits de distribution. Pour ce qui est des épisodes de contamination chimique, ils résultent le plus souvent d'accidents ou d'une conception inappropriée des systèmes de distribution.

Dans de nombreux endroits en Europe, l'eau est gravement contaminée par des déchets, y compris des déchets métalliques et des effluents. Dans les zones rurales, l'utilisation à grande échelle par l'agriculture de pesticides et de nitrates pendant de nombreuses années a causé une contamination des eaux souterraines et des cours d'eau et entraîné une eutrophisation. Dans ce cas également, ces problèmes se posent avec plus d'acuité dans la partie orientale de la Région. La contamination des eaux superficielles et souterraines est une menace pour la santé parce qu'elle nuit à la qualité des sources d'eau potable. Outre cette utilisation de l'eau, celle-ci est aussi utilisée pour l'irrigation, la pêche et les activités récréatives. Il est donc impératif de protéger le cycle de l'eau dans son intégralité. Les pénuries d'eau sont aussi un problème majeur dans certains pays méridionaux, ce qui est principalement dû à une mauvaise gestion des ressources disponibles lorsque l'économie est en expansion, aggravée par l'irrigation, l'industrialisation ou la croissance du tourisme. Les coûts résultant d'une mauvaise gestion des ressources en eau et de l'absence de mesures correctives sont

très élevés. Parfois les dégâts peuvent être irréversibles, comme dans certains cas de pollution ou de surprélèvement des eaux souterraines.

De manière générale, on peut estimer que la proportion de la population disposant de services satisfaisants de collecte et de traitement des effluents est inférieure à celle ayant accès à de l'eau potable de qualité suffisante. En fait, le sous équipement en matière d'assainissement, par rapport à l'approvisionnement en eau, est une cause de contamination dangereuse des ressources en eau et réduit les bénéfices de santé pouvant être tirés d'investissements dans des projets relatifs à l'eau. Les déperditions par fuites dans les systèmes de distribution d'eau potable augmentent la consommation d'eau, surchargent les installations de traitement (ce qui favorise la recontamination) et obligent à recourir à des sources de plus mauvaise qualité. Les défauts des systèmes de distribution mal entretenus, ainsi que les interruptions de service, peuvent favoriser une contamination du réseau.

Déchets solides

Il existe des risques pour la santé là où l'absence ou l'insuffisance des services de collecte et d'élimination des déchets cause une contamination microbienne et chimique de l'air, de l'eau, des aliments ou du sol. Les dépôts incontrôlés de déchets dangereux, la contamination des terrains industriels et les infiltrations d'effluents de décharges non étanches présentent des risques d'intoxication et nécessitent la prise de mesures concertées pour éviter la contamination des eaux souterraines ou des aliments.

La production de déchets solides continue de progresser à un rythme supérieur au développement des capacités de traitement et d'élimination dans un certain nombre de pays. La production moyenne de déchets est d'environ un kilo par habitant et par jour, chiffre qu'il faudra réduire considérablement si l'on veut instaurer un développement viable.

Rayonnements

Le rayonnement naturel ambiant, cosmique et terrestre est le plus important facteur de la radioexposition moyenne humaine. Les concentrations de radon dans les bâtiments construits sur des roches libérant cette substance ont augmenté depuis l'application de mesures réduisant la ventilation des locaux en vue d'économiser l'énergie. Il existe aussi une exposition professionnelle aux rayonnements dans les secteurs des soins médicaux et de l'industrie nucléaire ainsi que d'autres. Exception faite de certains pays de la partie orientale de la Région, l'exposition professionnelle annuelle moyenne tend à décroître vers un niveau équivalent à la dose totale de rayonnement naturel.

La production d'énergie nucléaire, dans les conditions normales d'exploitation, produit des doses de rayonnement pour la population générale qui sont considérablement inférieures aux doses totales provenant des sources naturelles. Les problèmes actuels et potentiels d'exposition sont donc principalement liés à la sécurité des installations de production d'énergie nucléaire, à la prolifération des matériaux nucléaires et à l'élimination et au stockage corrects des déchets nucléaires. Par suite d'une sensibilisation aux risques présentés par ces techniques et de la pression accrue de l'opinion publique, l'utilisation de ce mode de production d'électricité est actuellement en recul dans un certain nombre de pays.

En ce qui concerne les accidents liés au rayonnement, ils relèvent de deux catégories : les accidents majeurs causant des émissions de matières radioactives sur de vastes étendues et les fuites se produisant dans des installations non endommagées. Le plus grave accident survenu jusqu'ici dans la Région européenne a été l'accident de Tchernobyl, en Ukraine, en 1986. Cet accident a causé des dépôts à grande échelle de matières radioactives, qui ont entraîné une contamination importante des denrées alimentaires, une forte augmentation des taux de cancer de la thyroïde, un stress psychosocial persistant et profond chez un vaste nombre de personnes, et des coûts considérables pour la fermeture et le nettoyage de la zone du réacteur et de son voisinage immédiat ainsi que du fait de l'impossibilité d'utiliser les terres polluées pendant de longues années.

Il y a actuellement un débat très animé sur les éventuels effets négatifs sur la santé des rayonnements non ionisants émis par les appareils électroniques et de télécommunications. Bien qu'il existe certains rapports associant ces rayonnements à des risques accrus en matière de santé, la validité des résultats, le degré de risque et les mécanismes causatifs sont encore entachés d'incertitude.

En ce qui concerne l'exposition aux rayonnements ultraviolets, celle-ci accroît le risque de cancer de la peau. Du fait du développement des voyages et du tourisme, ainsi que de l'épuisement de la couche d'ozone, les cancers de ce type sont devenus plus fréquents.

BUT 10 – UN ENVIRONNEMENT PHYSIQUE SAIN ET SÛR

D'ICI 2015, LA POPULATION DE LA RÉGION DEVRAIT VIVRE DANS UN ENVIRONNEMENT PHYSIQUE PLUS SÛR ET L'EXPOSITION À DES CONTAMINANTS DANGEREUX POUR LA SANTÉ DEVRAIT ÊTRE RAMENÉE À DES NIVEAUX NE DÉPASSANT PAS DES NORMES RECONNUES INTERNATIONALEMENT.

En particulier :

10.1 il faudrait réduire sensiblement l'exposition de la population aux contaminants physiques, microbiens et chimiques de l'eau, de l'air, des déchets et des sols, dangereux pour la santé,

conformément au calendrier et aux taux de réduction fixés dans des plans d' action nationaux pour l' environnement et la santé ;

- 10.2 il faudrait que toute la population ait accès en quantité suffisante à une eau potable de qualité satisfaisante.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Air

Des modifications du comportement individuel et collectif des consommateurs, et des modifications des méthodes de production industrielles seront indispensables pour l' amélioration de la qualité de l' air. Chaque État membre devra veiller à appliquer des normes et valeurs guides fondées sur des preuves. Des normes de qualité de l' air devraient être fixées et les niveaux d' émission devraient être réglementés de manière à garantir le respect des valeurs guides de l' OMS et de l' Union européenne pour la qualité de l' air. Les États pourront par exemple adopter des mesures fiscales telles que la perception de redevances sur les émissions ou de taxes sur des émissions polluantes. Pour réduire les émissions, il faudra veiller à l' utilisation des meilleures techniques connues ou à la mise au point de nouvelles techniques. Les stratégies devraient inclure l' impact sur la qualité de l' air de différents secteurs : circulation routière, production d' énergie, industrie, agriculture et sources domestiques. Une attention particulière devrait être portée au secteur des transports.

Eau potable et assainissement

Les mesures de politique en vue de protéger les eaux de surface et les sources d' eau devraient inclure l' adoption de règlements (en particulier pour la mise en œuvre des directives de l' UE sur les nitrates), des investissements dans l' infrastructure, en particulier pour les installations d' élimination et de traitement des effluents, le traitement des effluents urbains, des mesures concernant les déchets de l' agriculture, des collectivités et de l' industrie en vue de protéger les sources d' eau, des mesures fiscales visant à limiter la pollution par application de redevances sur les produits, de taxes sur les engrais et pesticides, de redevances sur les émissions ou de taxes sur les déchets.

Pour garantir l' accès des populations à de l' eau potable de bonne qualité en quantités suffisantes, diverses mesures sont recommandées : application de normes fondées sur les valeurs guides de l' OMS pour la qualité de l' eau, investissements dans le système de distribution, et répercussion des coûts sur le consommateur. Dans le domaine de la législation concernant le secteur de l' eau, il devrait être adopté une loi générale sur l' eau ou un instrument législatif équivalent pour garantir la prise en compte efficace des divers aspects. Un projet de convention relative à l' eau pour la Région sera soumis pour approbation à la troisième Conférence ministérielle européenne sur l' environnement et la santé (Londres, 1999)

RÉHABILITER LES RESSOURCES EN EAU POTABLE EN FAISANT APPEL À LA NATURE

Jusqu' à une date récente, les mécanismes naturels d' épuration de l' eau existant dans le bassin versant d' où provient l' eau de la ville de New York étaient suffisants pour produire une eau répondant aux normes. Depuis, cependant, l' épandage d' effluents, d' engrais et de pesticides dans le sol avait réduit l' efficacité de ces mécanismes au point que la qualité de l' eau avait cessé de répondre aux normes. La ville de New York s' est donc vue confrontée au choix entre deux solutions : soit réhabiliter le bassin versant pour un coût de 1–1,5 milliard de dollars, soit construire une nouvelle installation de traitement pour un coût de 6–8 milliards de dollars. Manifestement, il était moins coûteux d' acheter des terrains sur le bassin versant et aux alentours de manière à pouvoir réglementer leur utilisation et de subventionner la construction d' installations plus efficaces de traitement des effluents, que de construire une nouvelle usine. Cette solution ne permettait pas seulement de protéger la santé, mais de réaliser une économie et de préserver un écosystème.

Source : Chichilnisky, G. & Heal, G. Economic returns from the biosphere. *Nature*, **391**: 629–630 (1998).

Les services de distribution d' eau, d' assainissement et d' élimination des déchets sont des services publics d' importance fondamentale pour la santé et le bien-être des individus et des collectivités. Toute économie mal considérée ou toute mauvaise gestion dans ces services n' est pas seulement une cause de gaspillage financier, mais elle a des conséquences négatives pour la santé et l' environnement. Des investissements considérables seront nécessaires dans toute la Région, mais plus particulièrement dans la partie orientale de celle-ci, afin d' étendre la zone desservie par les circuits de distribution d' eau potable et de construire de nouvelles installations de collecte et de traitement des effluents. Ces investissements ne seront pas seulement bénéfiques aux pays eux-mêmes, mais ils permettront aussi de protéger les cours d' eau internationaux et mers intérieures.

Les stratégies en matière de tarification des infrastructures pourront inclure des redevances de raccordement, d' utilisation et de consommation aux heures de pointe, afin de favoriser une utilisation efficace et la répercussion des coûts sur le consommateur.

Les eaux souterraines sont une ressource particulièrement importante, d' une part parce qu' à l' état naturel elles sont habituellement de qualité assez bonne, et d' autre part parce que la pollution et le surprélèvement ont souvent des conséquences de très longue durée. En ce qui concerne le traitement et la réutilisation des effluents, ils sont en général plus faciles là où les eaux industrielles sont séparées des eaux domestiques. La réutilisation d' eaux usées traitées permet de réduire la demande de ressources primaires en eau. Il faudra veiller en outre à ce qu' il existe une collaboration locale entre secteurs, y compris ceux de l' agriculture et de l' aménagement du territoire, afin d' assurer la protection des eaux potables.

Déchets solides

La majeure partie des déchets est actuellement déposée dans des décharges. Les progrès techniques devraient permettre de réduire à un minimum l' importance de ce mode d' élimination, en le remplaçant par l' incinération, le compostage ou le recyclage, qui n' ont que des effets négatifs négligeables sur l' environnement ou sur la santé dans les zones urbaines ou rurales. Des actions à grande échelle et en profondeur seront nécessaires pour modifier les comportements individuels et collectifs en vue de réduire la quantité de déchets produits et d' améliorer la gestion des déchets.

Les mesures aux niveaux national et local devraient inclure la réglementation des rejets de déchets, l' utilisation des meilleures techniques disponibles pour la gestion des déchets et l' adoption de mécanismes fiscaux stricts tels que taxes sur la mise en décharge, afin de réduire la production de déchets et de favoriser le recyclage et la répercussion des coûts. L' adoption de méthodes améliorées de gestion du traitement des déchets industriels et de gestion intégrée des déchets solides urbains pourrait être encouragée, par exemple au moyen d' incitations financières en faveur de la réutilisation et du recyclage.

Au niveau international, des mesures devront être prises pour empêcher un commerce illégal ou inacceptable de déchets entre les pays.

TRANSPORTS TRANSFRONTIÈRES CONTESTÉS DE DÉCHETS DANGEREUX

L'organisation non gouvernementale internationale Greenpeace surveille les transports transfrontières de déchets dangereux dans le monde entier depuis 1986. Certains de ces transports se font en violation des règlements nationaux et des conventions internationales sur le transport transfrontière de déchets dangereux. Une grande partie des transports contournent les dispositions des règlements du fait qu'ils sont censés avoir pour but le recyclage, alors qu'en fait les déchets sont acheminés des pays producteurs vers des pays ayant une réglementation moins développée et où leur élimination est moins coûteuse. C'est cela que la Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières de déchets dangereux et de leur élimination doit maintenant prévenir.

Source : Stannes, D. & Bourdeau, P. ed. *Europe's environment – the Dobriš assessment*. Copenhagen, European Environment Agency, 1995.

Rayonnements

Il existe certes des normes de sécurité pour les installations de production d'énergie nucléaire, mais il faudrait veiller à ce qu'elles soient mieux appliquées dans toute la Région sur la base des meilleures techniques et avec l'appui de réseaux européens renforcés de solidarité et d'information et des activités de développement des capacités aux niveaux national et local. L'utilisation à moyen terme de l'énergie nucléaire au niveau de sécurité le plus élevé possible, avec l'aval de l'opinion publique, devrait être étudiée comme solution permettant de réduire la pollution de l'air causée par les combustibles fossiles en attendant la mise au point des sources d'énergie renouvelables. L'information sur les plans d'urgence et les mesures prises pour faire face aux urgences devrait être largement communiquée au public.

Afin d'améliorer les communications à l'intérieur des États membres et entre ceux-ci ainsi qu'avec les organismes internationaux compétents tels que l'AIEA et le Réseau mondial de préparation médicale aux urgences radiologiques et d'assistance (REMPAN) de l'OMS, le Bureau régional a établi un bureau de projet associé à un centre d'excellence nationale, en vue de développer encore les capacités de préparation et d'intervention dans ce domaine.

De nouveaux travaux de recherche devront être lancés pour évaluer les études récentes concernant les effets des rayonnements non ionisants sur la santé et pour déterminer dans quels domaines il faudrait poursuivre les études. Les efforts pour mettre au point des technologies à faibles émissions devraient être poursuivis et encouragés.

Dans de nombreux pays, il faudrait concevoir de meilleurs codes et plans de construction afin de limiter les concentrations de radon dans les nouveaux bâtiments. En respectant plus rigoureusement les normes de sécurité et en investissant dans de nouvelles technologies plus sûres, on devrait

pouvoir réduire, sur le lieu de travail, l'exposition des dispensateurs de soins et de leurs patients au radon.

5.2.2 Les déterminants socioéconomiques de la santé

La santé est très sensible, même dans les sociétés les plus opulentes, aux facteurs socio-économiques et donc aux politiques et aux mesures sociales et économiques. Les principaux déterminants sont le niveau de revenus, l'instruction et l'emploi. Certains chercheurs attribuent plus de la moitié des maladies à ces facteurs sous-jacents. Même dans les pays à faible revenu, il serait possible d'améliorer la situation sanitaire en se penchant sur ces facteurs. L'évolution dans le temps de la situation sanitaire de groupes défavorisés est un indicateur précieux pour évaluer la réussite de politiques socioéconomiques.

AMÉLIORER LA SANTÉ À FAIBLE COÛT : INVESTIR DANS LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL

La faiblesse des revenus et les contraintes budgétaires ne doivent pas faire obstacle à l'amélioration de la situation sanitaire d'un pays. Le cas de Sri Lanka, pays pauvre de l'Asie du sud-est, est à cet égard instructif, y compris pour les pays européens. En quelques décennies, on y a amélioré la santé plus rapidement que dans certains pays voisins plus riches en appliquant un plan de développement des grands secteurs de l'économie dont ont bénéficié tous les ménages : enseignement gratuit pour les deux sexes, allocations de logement, mise en place de systèmes d'approvisionnement en eau salubre et d'assainissement, amélioration de l'accès physique aux services de santé grâce à des subventions accordées aux transports en commun et à l'amélioration du réseau routier, et mise en place, grâce à des transferts de revenus et à des aides alimentaires, d'un filet de protection sociale pour les pauvres.

Source : Kumaratunga, C. *Improving health at low cost: lessons and challenges from Sri Lanka*. (Allocution prononcée lors du séminaire de la Banque asiatique de développement intitulé « Health in Developing Asia: Seizing the Opportunities », Genève, 28–30 avril 1998).

Répartition des revenus

Les niveaux absolus de revenu expliquent la mauvaise santé liée à la pauvreté. Les écarts de revenus relatifs expliquent, indépendamment de la classe sociale, le gradient de maladie et de mortalité qui caractérise tous les échelons de la hiérarchie sociale. À mesure que les écarts de revenus se creusent, le risque de maladie augmente. Dans le domaine de la santé, les différences de classe sociale s'observent à tous les âges, les groupes socioéconomiques les plus défavorisés se caractérisant par une plus grande incidence de naissances prématurées, de faible poids à la naissance des nourrissons, de cardiopathies, d'accidents vasculaires cérébraux et de certains cancers de l'adulte. Les facteurs de risque (absence d'allaitement, tabagisme, inactivité physique, obésité,

hypertension et mauvaise alimentation) s'accumulent dans les groupes socioéconomiques les plus défavorisés.

La répartition des revenus influe de façon importante non seulement sur la santé, mais aussi sur la cohésion sociale. Les sociétés dans lesquelles on relève une forte inégalité des revenus tendent également à avoir une prévalence plus élevée de crimes violents. La pauvreté engendre stress et difficultés économiques, limite l'aptitude des individus à jouer un rôle social et contribue à leur mal-être psychologique. L'inégalité des revenus, toutefois, doit aussi être considérée en tenant compte, plus globalement, des biens sociaux (enseignement gratuit, par exemple) mis à la disposition des groupes à faible revenu.

Les sociétés socialement soudées sont des sociétés dotées d'institutions qui fonctionnent bien et de collectivités locales développées. Lorsque les inégalités de revenus s'atténuent, les individus peuvent former à tous les échelons des réseaux sociaux et y participer au moyen de diverses organisations et activités sociales. Il est nécessaire de conserver un sentiment de collectivité morale et de vocation sociale. Lorsque les inégalités se creusent, les divisions sociales s'accroissent.

Les sociétés qui appliquent des politiques plus égalitaires enregistrent des rythmes plus rapides de croissance économique et un meilleur niveau de santé. Les inégalités ne se traduisent par aucun avantage économique, handicapent fortement l'économie et limitent la compétitivité de l'ensemble de la société.

STRATÉGIES PROPOSÉES

- Les politiques visant à assurer une répartition plus équitable des revenus et des richesses (régimes fiscaux progressifs) jouent un rôle important, de même que les prestations de sécurité sociale accordées à certains groupes d'âges ou aux familles à faibles revenus. Il est prouvé que lorsqu'on accorde un soutien financier aux individus à faible revenu qui fondent une famille, le poids des nouveau-nés à la naissance augmente.

POIDS À LA NAISSANCE ET REVENUS

Le poids à la naissance est un marqueur des degrés de pauvreté et représente un risque cumulé. Même par rapport aux autres individus d' une même classe sociale, les personnes ayant un moindre poids à la naissance risquent davantage de souffrir, à l' âge adulte, de troubles physiques, y compris de cardiopathies coronariennes et de troubles mentaux. Le poids à la naissance influe également, quel qu' il soit de l' enfance au début de l' âge adulte, sur la condition sociale ultérieure d' un individu, y compris sur sa catégorie socioprofessionnelle. Un essai randomisé contrôlé mené aux États-Unis a montré que lorsque des femmes enceintes à faible revenu continuaient d' être couvertes par le système de protection sociale ordinaire et d' autres recevaient une aide financière de 50%, les femmes recevant une aide financière mettaient au monde nettement moins de nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance que les femmes du groupe de contrôle.

Source : Kehrer, B. & Wolin, C.M. Impact of income maintenance on low birth weight: evidence from the Gary experiment. *Journal of Human Resources*, 14(4): 434–462 (1979).

- Les politiques qui tendent à influencer sur la répartition des revenus devraient être complétées par d' autres garantissant la gratuité des soins et de l' enseignement et par des allocations de logement. Les services de placement et les services sociaux contribuent aussi grandement à améliorer la santé et à réduire l' exclusion sociale.
- Les mesures visant à promouvoir la solidarité, la participation et l' intégrité ainsi que les réseaux sociaux et politiques pluralistes peuvent également contribuer à améliorer la santé car ils favorisent la création de collectivités propices à cette dernière.

Emploi

Au cours des dix dernières années, le chômage a atteint de nouveaux sommets en Europe : environ 12% dans l' Union européenne, approximativement le même niveau dans les PECO et près de 6% dans les NEI (les chiffres étaient très faibles à la fin de l' époque communiste). Selon les prévisions à court terme, la situation ne devrait guère changer¹².

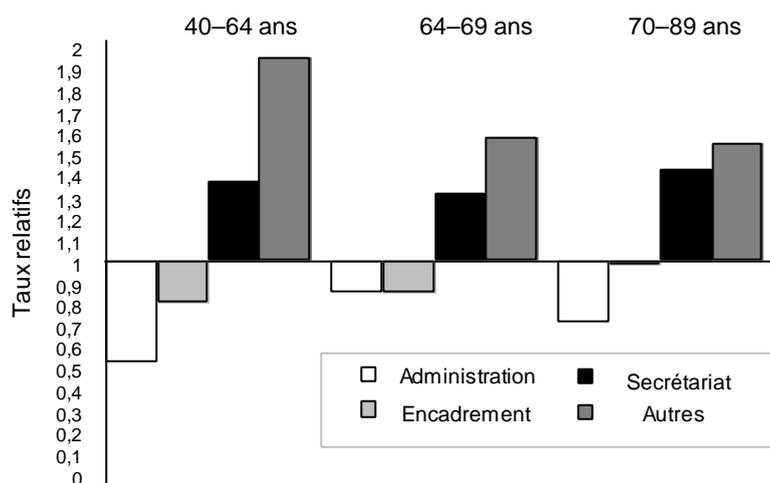
La quantité de travail et sa qualité exercent toutes deux une grande influence sur de nombreux facteurs liés à la santé : revenus, réseaux sociaux et estime de soi, etc. Le chômage engendre des troubles psychologiques et physiques et constitue un handicap sur le marché du travail. Dans de nombreux pays, en effet, on est passé d' emplois qualifiés ou semi-qualifiés sûrs assortis d' une formation en cours d' emploi à des emplois exigeant un niveau élevé d' instruction préalablement à l' obtention desdits emplois, évolution qui a exacerbé le chômage des jeunes, notamment.

¹² *Economic survey of Europe 1998* Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 1998.

On a beaucoup parlé des vertus de la croissance économique globale et de la mise en place d'un marché du travail plus souple dans lequel nombre d'emplois sont temporaires et où davantage de travailleurs ne disposent que de contrats à durée déterminée ou sont officiellement indépendants. Cette insécurité du travail s'accompagne d'une détérioration de la santé. Or, les estimations des coûts de production tiennent rarement compte des pertes en matière de santé et de qualité de vie liées à cette insécurité.

Chez les personnes titulaires d'un emploi, il existe un lien manifeste entre la catégorie d'emploi, la mortalité et la morbidité, y compris le taux d'absence pour cause de maladie. Ce lien, qui subsiste même lorsqu'on tient compte d'autres facteurs tels que le niveau d'instruction et le mode de logement, semble s'expliquer par les exigences plus élevées en matière de supervision, de stimulation et de soutien liées aux emplois des catégories supérieures. Dans l'administration britannique (Whitehall), par exemple, on a observé que le gradient de mortalité suivait la même courbe que le gradient des emplois (voir figure 6).

Figure 6. Mortalité (toutes causes) par catégorie d'emploi dans l'administration britannique, hommes, suivi sur 25 ans



Source : Marmot, M. G. & Shiple, M. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25-year follow-up of civil servants from the first Whitehall study. *British medical journal*, 313: 1177-1180 (1996).

Le secteur sanitaire pourrait commencer par donner lui-même l'exemple d'un cadre de travail modèle. Dans ce secteur qui emploie, en effet, une grande partie de la population, l'écart de santé entre les différents groupes d'employés fait rarement l'objet de discussions. Or, cet écart est très important et de nombreux agents et aides-soignantes peu rémunérés courent, vis-à-vis d'un grand nombre de maladies, des risques bien plus élevés que les médecins.

Si, comme certains milieux le prédisent, la vie active se concentre à l'avenir sur une période plus brève, il faudra trouver de nouveaux moyens de faire participer les individus à la société en dehors du travail et de partager le travail existant entre un plus grand nombre d'individus.

STRATÉGIES PROPOSÉES

- Mise en œuvre de systèmes satisfaisants d'aide financière et sociale pour les groupes privés d'emploi.
- Promotion de la formation et de l'emploi, notamment auprès des personnes ayant bénéficié de conditions moins favorables au début de leur vie.
- Investissement dans des emplois stables au profit de la santé et de la productivité à long terme.
- Prise en compte, dans l'analyse économique, du stress lié à une charge de travail importante et à l'insécurité du travail afin d'obtenir un tableau plus précis des véritables résultats de l'activité économique.
- Mécanismes souples de partage du travail.
- Nouvelles formes de travail social et collectif visant à éviter un chômage structurel à long terme.
- Ajustement des politiques du travail afin de réduire le risque de discrimination liée au sexe, à l'âge ou à l'origine ethnique.

Enseignement

On observe, en matière de niveau d'instruction, un gradient de mortalité analogue à celui observé en matière de classe sociale. Les moyens matériels et culturels dont dispose une famille exercent une grande influence sur le développement intellectuel d'un enfant, sur l'aide qu'il reçoit et sur ses résultats scolaires. On observe, en matière de résultats scolaires, une forte influence de la classe sociale. Les enfants qui ont reçu un enseignement pré-universitaire ou une formation technique supérieure ou de troisième cycle ont de bien meilleures chances en matière de santé, de travail et de revenus. De surcroît, l'instruction prédispose fortement à faire des choix sains. L'enseignement

supérieur et les autres formes d' instruction encouragent l' innovation qui, à son tour, favorise le progrès sur l' échelle des revenus.

STRATÉGIES PROPOSÉES

- Obtention de l' intérêt et de l' enthousiasme des parents pour l' instruction.
- Offre d' un enseignement préscolaire pour aider à rompre le lien avec la pauvreté.
- Poursuite de l' amélioration de l' accès à l' instruction et du niveau d' instruction, en particulier chez les femmes et chez d' autres groupes défavorisés.
- Affectation de moyens aux programmes d' enseignement en fonction des besoins de la population et des exigences d' équité sociale.
- Fixation de normes d' enseignement plus ambitieuses et réduction du nombre d' élèves par classe.
- Formation des enseignants et des étudiants aux questions sanitaires.

ENSEIGNEMENT : PERMETTRE AUX ENFANTS DE PRENDRE UN BON DÉPART

Dans les pays industrialisés, on se soucie moins, depuis quelques années, d' élever le taux global d' alphabétisation que de résoudre, en matière d' instruction, les handicaps liés à la pauvreté. Le meilleur programme connu, à cet égard, est *Head Start*, qui accorde depuis 1965 des aides à un demi-million d' enfants des régions les plus pauvres des États-Unis. Trente ans plus tard, ce programme fonctionne toujours. Il offre un ensemble complet de services : instruction précoce, vaccinations, visites médicales pour détecter d' éventuels troubles auditifs et visuels, repas chauds pendant la journée, services sociaux, formation et aide pédagogique aux familles.

Des études contrôlées ont montré que la santé des enfants participant au programme était meilleure (vaccination, régime alimentaire et santé bucco-dentaire, accès aux services, estime de soi et facultés cognitives) que celle des enfants des groupes de contrôle. Les résultats à plus long terme ont révélé des taux plus élevés d' admission à l' université chez les participants au programme que dans les groupes de contrôle et des taux plus faibles d' arrestations et de grossesses chez les adolescentes.

Source : Benzval, M. et al., ed. *Tackling inequalities in health – an agenda for action*. London, King' s Fund, 1995.

5.3 Modes de vie sains

On estime souvent à tort qu' il suffit de fournir aux gens des informations pour qu' ils soient automatiquement en mesure d' opérer des choix sains. S' il importe de proposer davantage d' informations et de moyens d' éducation sanitaire, les faits montrent que la décision d' adopter des comportements favorables à la santé – manger sain, pratiquer une activité physique suffisante et veiller à une bonne hygiène sexuelle – est souvent conditionnée par les environnements physique, social, économique et culturel plus vastes qui influencent les choix que font les individus et les collectivités. Qui plus est, ce sont souvent les groupes les plus défavorisés qui adoptent les types de comportement les plus néfastes pour la santé avec, souvent, des taux plus élevés de tabagisme, de consommation d' alcool et de drogues. Ces groupes souffrent en effet d' un niveau particulièrement élevé de stress lié à l' insuffisance des revenus, au manque d' instruction, au chômage et à l' insécurité du travail.

Tout programme se doit donc de modifier ces facteurs environnementaux de façon à faire du choix de la santé le choix le plus facile.

Étant donné que ce sont plus souvent les groupes les mieux instruits et les plus favorisés qui relèvent les messages de promotion de la santé, cela risque de renforcer encore davantage les écarts en matière de santé et l' exclusion sociale des groupes vulnérables. Toute initiative visant à promouvoir des modes de vie sains doit donc avant tout comprendre des activités d' éducation sanitaire et des programmes d' information et de développement des compétences adaptés aux groupes défavorisés.

Outre qu' elles renforcent l' aptitude des individus à prendre des décisions concernant leur mode de vie, l' information et l' instruction sur les risques pour la santé – liés, par exemple, à un régime alimentaire malsain, au tabagisme et à la conduite en état d' ébriété – permettent, dans le temps, de mobiliser plus fortement le public en faveur de mesures visant à lutter contre le tabagisme et contre la consommation d' alcool, et à promouvoir une alimentation saine. En sensibilisant le public, on peut donc favoriser le changement. Les exigences du public en matière d' accès aux loisirs, de pistes cyclables et de transports en commun lui ont permis de mener une vie plus active. Ses préoccupations en matière d' environnement se sont traduites par une plus grande demande de produits sains et respectueux de l' environnement. Lorsque ce soutien est organisé, par exemple sous la forme d' associations de consommateurs, le public peut devenir un puissant allié de la santé et faire obstacle aux forces qui la menacent.

Pour le XXI^e siècle, les États membres de la Région européenne de l' OMS devraient tirer parti de la vaste expérience et des grandes compétences acquises dans le domaine des modes de vie et de la santé ces 15 dernières années. Le temps est venu de nouer une vaste alliance d' États membres et d' organisations afin de créer une masse critique de forces capables d' opérer, dans l' ensemble de la Région, un réel changement vers des modes de vie plus sains.

5.3.1 Choix sains et comportement

Alimentation saine

Une alimentation saine dépend de plusieurs facteurs : politiques alimentaire et nutritionnelle, sécurité alimentaire, salubrité des aliments, carences en oligo-éléments et choix alimentaires favorables à la santé. Tous les États membres de l'OMS ont approuvé, lors de la Conférence internationale sur la nutrition qui s'est tenue en 1992, une Déclaration mondiale et un plan d'action sur la nutrition. Ce texte peut servir de cadre stratégique pour l'élaboration de politiques alimentaires et nutritionnelles nationales.

Cette expression « sécurité alimentaire » signifie que l'on dispose toujours d'aliments accessibles à tous, satisfaisants sur le plan nutritionnel (quantité, qualité et variété) et acceptables dans le cadre d'une culture donnée. Après la deuxième guerre mondiale, le principal objectif de l'Europe était de renforcer la sécurité alimentaire, notamment en ce qui concernait les produits d'origine animale tels que la viande et le lait. Certaines politiques d'après-guerre ont cependant connu un trop grand succès et, dans les années 80, les pays de l'Union européenne comptaient des excédents massifs de beurre, de viande et de lait. Ces politiques alimentaires ont eu en Europe un impact direct non seulement sur la santé, mais également sur l'environnement.

Des épidémies imputables à des agents pathogènes récemment identifiés ont touché les pays industrialisés. Par ailleurs, il faut surveiller en permanence les contaminations, les matériaux toxiques, les pesticides, les médicaments pour animaux, les substances agrochimiques et les antibiotiques utilisés dans les aliments pour animaux. En raison des échanges mondiaux, il va devenir de plus en plus difficile de surveiller ces pratiques et les maladies qui en découlent. De nouvelles réglementations vont donc devoir être adoptées pour protéger la salubrité des aliments et la santé. Il faudra prendre soin, cependant, de ne pas adopter des réglementations excessivement complexes.

À la lumière des découvertes scientifiques relatives à certains éléments (antioxydants, flavonoïdes et phyto-estrogènes) qui protègent contre les maladies cardio-vasculaires et contre le cancer, par exemple, lesdites maladies sont parfois appelées « troubles de la carence en légumes et en fruits ». Des carences en d'autres oligo-éléments sont également relevées dans des situations données dans certains pays européens : les maladies liées à une carence en iode, par exemple, sont endémiques en Europe et touchent la population de la quasi-totalité des États membres. La carence en iode est la principale cause de troubles intellectuels évitables, outre le goitre et le crétinisme. On s'est fixé pour objectif d'éliminer les maladies liées à une carence en iode dans le monde d'ici 2020 (résolution WHA49.13). Dans certains pays, on recommande de consommer davantage de folates pour réduire le nombre de nourrissons souffrant d'anomalies du tube neural.

Un régime alimentaire caractérisé par une forte proportion de produits laitiers à forte teneur en graisses, de viandes grasses, de sel et d'aliments très énergétiques contenant des sucres peut accroître le risque de contracter des maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires et le cancer. Cela contraste avec la consommation considérable de légumes, de fruits, de pain, de céréales et de légumineuses recommandée par l'OMS.

La surcharge pondérale est un facteur indépendant et de plus en plus important de mortalité prématurée. Elle peut résulter d'un apport calorique élevé dû à un régime alimentaire riche en graisses et en aliments énergétiques et d'un manque d'activité physique, sans compter d'éventuelles prédispositions génétiques. La surcharge pondérale et l'obésité sont répandues et de plus en plus fréquentes dans la plupart des pays. En fait, elles sont tellement courantes aujourd'hui que, dans de nombreux endroits, elles remplacent les préoccupations de santé publique traditionnelles telles que la malnutrition et les maladies infectieuses comme principales causes de mauvaise santé. Les effets de l'obésité sur la santé vont d'un risque accru de décès prématuré, en particulier dû à des maladies cardio-vasculaires et à certains cancers, à plusieurs affections non mortelles mais débilantes qui ont des effets négatifs directs sur la qualité de la vie. En outre, l'obésité est un important facteur de risque pour des maladies non transmissibles chroniques (voir chapitre 4) telles que les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux, le diabète sucré (type 2, non-insulinodépendant) et divers cancers. Dans de nombreux pays industrialisés, l'obésité a diverses conséquences psychosociales. La consultation de l'OMS sur l'obésité, qui a eu lieu en 1997, a débouché sur une série de recommandations concernant des mesures préventives¹³.

Activité physique

L'amélioration de la santé découlant d'une activité physique modérée revêt plusieurs aspects : amélioration de l'humeur et de l'estime de soi, amélioration de l'apparence physique et du maintien et réduction substantielle de la mortalité prématurée, de l'obésité, de l'hypertension, des maladies cardio-vasculaires, du diabète non-insulinodépendant et de l'ostéoporose. Une enquête réalisée en Angleterre en 1990 a démontré que près d'un tiers des adultes de ce pays mènent une vie inactive et que cette proportion augmente avec l'âge. Ce fait est très inquiétant, car il risque de faire passer plus tôt les personnes âgées – notamment les femmes – au-dessous du seuil minimum de force musculaire nécessaire pour mener une vie indépendante. L'enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire vis-à-vis de la santé menée dans 19 pays de la Région a révélé qu'en 1993–1994, 60% à 90% des garçons âgés de 11 à 15 ans et 40% à 80% des filles âgées de 11 à 15 ans pratiquaient une activité physique intense deux fois ou plus par semaine.

¹³ *Obesity: preventing and managing the global epidemic* Report of a WHO consultation on obesity, 3–5 June, 1997 Geneva, World Health Organization, 1998 (unpublished document WHO/NUT/NCD/98.1).

Le risque d'inactivité physique va probablement s'accroître compte tenu de la tendance observée à la sédentarisation. Dans certains pays, l'inactivité atteint un tel degré qu'il n'est pas possible d'y conserver un régime alimentaire contenant un niveau satisfaisant d'oligo-éléments sans que cela se traduise par une surcharge pondérale.

Hygiène de la sexualité

Les relations sexuelles, qui sont une expression de communication, d'amour et d'affection, sont un élément important de la vie adulte. Si l'activité sexuelle est propice à la santé et au bien-être, elle peut également poser un risque pour la santé. On estime qu'une partie considérable du coût total de la maladie dans la Région est le résultat de pratiques sexuelles à risque, comme en témoignent l'épidémie actuelle de syphilis dans les NEI et les avortements faisant suite à des grossesses non voulues. La propagation rapide du VIH liée à la consommation de drogues et la nouvelle épidémie de MST dans la partie orientale de la Région accentuent également le risque de transmission sexuelle de l'infection à VIH. L'évolution des comportements sexuels et des attitudes, l'intensification des voyages et le développement de la pauvreté, du chômage et de la prostitution sont autant de facteurs qui contribuent à la propagation rapide des MST.

BUT 11 – ADOPTER DES MODES DE VIE PLUS SAINS

D'ICI 2015, TOUS LES GROUPES DE LA POPULATION DEVRAIENT AVOIR ADOPTÉ DES MODES DE VIE PLUS SAINS.

En particulier :

- 11.1 un comportement plus sain dans des domaines tels que la nutrition, l'activité physique et la sexualité devrait être beaucoup plus répandu ;
- 11.2 il faudrait augmenter nettement la disponibilité, le caractère économiquement abordable et l'accessibilité d'aliments sûrs et sains.

STRATÉGIES PROPOSÉES***Alimentation saine***

Une politique alimentaire et nutritionnelle garantissant la sécurité alimentaire en matière de céréales, de pommes de terre, de légumes et de fruits est indispensable à un régime alimentaire sain. Il serait souhaitable que la réforme de la politique agricole commune (PAC) menée par l'Union européenne tienne compte des recommandations sanitaires et alimentaires, car la nouvelle PAC exercera un impact important sur la consommation alimentaire dans l'ensemble de l'Europe.

Les spécialistes de la santé publique (salubrité des aliments et nutrition) devraient coopérer davantage avec ceux d'autres secteurs (agriculture, industrie alimentaire, commerce de gros et de détail, consommateurs) pour élaborer la politique alimentaire et nutritionnelle. Par ailleurs, il faudrait inciter les spécialistes de la salubrité des aliments et de la nutrition à contribuer davantage, ensemble, à l'élaboration de politiques alimentaires intersectorielles. Cela s'imposera de plus en plus, la ligne séparant la salubrité des aliments et la nutrition s'estompant du fait de l'introduction d'aliments précuits, d'aliments fonctionnels, nouveaux et spéciaux et de l'utilisation de plus en plus fréquente de suppléments alimentaires.

Il est pleinement de l'intérêt des consommateurs de soutenir l'offre d'aliments salubres, respectueux de l'environnement, de qualité et sains sur le plan nutritionnel. Il est possible de nouer des alliances plus solides en faveur de la santé avec les groupes d'intérêt œuvrant dans les secteurs de l'environnement et de l'action bénévole. Une enquête menée à l'échelon de l'Union européenne en 1996 a montré que les organisations de consommateurs et de défenseurs de l'environnement étaient considérées par le public comme les sources les plus fiables d'information. Il est nécessaire de fournir au public des informations plus exactes et actuelles sur les aliments et la nutrition.

HEARTBEAT WALES

Ce projet a été lancé au début des années 80 pour aider à réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires au pays de Galles. Ce projet, qui constituait une innovation à son époque et représente toujours un modèle de bonne pratique parmi le grand nombre d'activités visant à réduire les risques de cardiopathie coronarienne, s'est notamment traduit par un grand nombre d'actions visant à promouvoir une alimentation saine. Pour réduire, par exemple, les graisses dans la viande, du producteur au consommateur :

- les éleveurs ont été encouragés à produire des animaux plus maigres ;
- les abattoirs ont été encouragés à changer de méthode et à laisser plus de graisses sur les carcasses ;
- les bouchers ont été encouragés à ôter davantage de graisse et à promouvoir les morceaux les plus maigres ;
- les consommateurs ont été encouragés à acheter de la viande plus maigre et à la cuire d'une façon plus saine.

Ces efforts se sont inscrits dans le cadre d'une stratégie intégrée de promotion de la santé qui associait, par exemple, l'élaboration de politiques, des activités locales et des opérations de promotion faisant intervenir plusieurs centaines de représentants des secteurs privé et public ainsi que de diverses ONG.

Source : Health Promotion Wales, Cardiff, 1998.

Régime alimentaire sain

Il serait possible d'améliorer nettement la santé, en particulier celle des personnes défavorisées, si les consommateurs pouvaient accéder à un régime alimentaire plus riche en légumes, en fruits, en céréales non raffinées, en poisson et en petites quantités d'huiles végétales de qualité, ce qui leur permettrait d'avoir un régime riche en nutriments et pauvre en graisses et en aliments énergétiques.

Les choix alimentaires des consommateurs peuvent être influencés de plusieurs façons. Tous les liens de la chaîne alimentaire peuvent être utilisés pour produire des aliments sains, attrayants, économiques et bien distribués. La politique des prix, quant à elle, peut également être utilisée pour promouvoir un régime alimentaire sain. Des programmes d'enseignement conférant les connaissances et les compétences requises pour cultiver, acheter, préparer et consommer des aliments sains devraient être mis en œuvre dans le cadre familial et local, puis dans le cadre de l'enseignement préscolaire, scolaire et pour adultes. Des programmes d'enseignement professionnel peuvent être proposés notamment aux restaurateurs et aux dispensateurs de soins.

Il est possible de lutter contre les maladies liées à une carence en iode de façon économique, simple et avec succès à condition que cela se fasse de façon cohérente et suivie. Si l' adjonction d' iode au sel est une solution à long terme, des mesures immédiates telles que l' administration d'un supplément chez certains groupes cibles peuvent se révéler nécessaires. Une population bien approvisionnée en iode est également mieux protégée dans l' éventualité d' un accident nucléaire entraînant des rejets d' iode radioactifs.

PRÉVENTION DES CARENCES EN IODE

L' un des moyens actuellement recommandé pour la prévention des carences en iode est l' adjonction systématique d' iode au sel. Un maximum de 6 g de sel par jour est recommandé par l' OMS. Dans certains pays, tels que les pays nordiques et le Royaume-Uni, la population consomme de l' iode via le lait et les produits laitiers, étant donné que de l' iode est donné aux vaches. Aux Pays-Bas, le sel qui entre dans la composition du pain industriel contient de l' iode et, en Islande, l' apport en iode provient principalement du poisson.

Source : Department of Health. *Dietary reference values for food energy and nutrients for the United Kingdom*. London, H.M. Stationery Office, 1991 (Report on Health and Social Subjects No. 41) ; *Report on the addition of essential micronutrients to food*. The Hague, Netherlands Food and Nutrition Council, 1993.

UNE PRODUCTION VIABLE POUR UNE CONSOMMATION VIABLE : ÉTUDE PROSPECTIVE MENÉE EN SUÈDE

La production et la consommation d' aliments appropriés peuvent réduire le risque de graves maladies et, simultanément, favoriser un développement viable et un environnement salubre. Par exemple, une étude prospective sur le thème « La Suède en 2021 » portera notamment sur les effets environnementaux d' une réduction de la consommation d' aliments d' origine animale. À cet égard, on a créé un groupe de référence représentant des secteurs très divers (industrie alimentaire, commerce de détail, organisations de transports, consommateurs, etc.). Dans le cadre de cette étude, l' Administration suédoise de l' alimentation a conçu un régime alimentaire comportant moins d' aliments d' origine animale par rapport au régime alimentaire actuel des Suédois et plus d' aliments d' origine végétale. Ce régime comporte un tiers de protéines animales et deux tiers de protéines végétales et se caractérise par un meilleur équilibre entre les protéines, les graisses et les hydrates de carbone que dans le cas du régime actuel des Suédois. La viande et le lait sont partiellement remplacés par des légumes à cosse, des pommes de terre, du pain, d' autres légumes et des fruits (au moins une portion de légumes à cosse par jour est nécessaire pour l' obtention de suffisamment de protéines). Ce régime nouveau contient plus de vitamine C et de fibres que le régime actuel des Suédois mais, bien que la teneur en zinc et en fer soit plus élevée, il existe un risque légèrement accru de carence, étant donné que les protéines animales stimulent l' absorption de fer ; cela pourrait en particulier être le cas pour les femmes, les enfants et les personnes âgées. Cependant, ce régime expérimental donnera des indications utiles sur la façon dont des recommandations identiques en faveur de la santé et d' un environnement viable sont compatibles et concordent parfaitement.

Salubrité des aliments

Pour protéger le consommateur contre les aliments insalubres, l'accent s'est déplacé, dans les législations alimentaires, de l'essai et de l'homologation du produit final vers des programmes d'évaluation des risques et d'assurance de la salubrité des aliments (utilisant, par exemple, le système des points de contrôle critiques pour l'analyse des risques). Quant à la tendance internationale en matière de législation alimentaire, elle consiste à s'éloigner de normes « verticales » s'appliquant à certains aliments pour s'orienter vers une réglementation « horizontale » s'appliquant à l'ensemble des aliments. Les informations figurant sur l'étiquetage devraient être complètes, correctes et rédigées dans la langue du pays où le produit est proposé à la vente.

Les échanges internationaux font qu'il est difficile d'endiguer des maladies d'origine alimentaire telles que l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) à l'intérieur des frontières nationales. C'est pourquoi la plupart des pays harmonisent leur législation avec les directives internationales formulées par l'Union européenne ou par le Codex Alimentarius et appliquées par l'Organisation mondiale du commerce (OMC) pour faciliter les échanges internationaux. Il est impératif que les professionnels de la santé publique soient mieux informés sur les accords internationaux relatifs aux échanges alimentaires mondiaux et prennent pleinement part aux travaux de la Commission des mesures sanitaires et phytosanitaires de l'OMC. Ce n'est qu'en participant que les spécialistes de la santé publique (salubrité des aliments et nutrition) pourront espérer influencer les futures politiques alimentaires.

Restauration collective

La nécessité de fournir et de promouvoir des régimes alimentaires sains dans tous les établissements, y compris les établissements sanitaires, devient de plus en plus impérative. Cela vaut en particulier compte tenu de l'augmentation du nombre de repas servis par des établissements de restauration collective (collectivités locales, cafétérias de l'Administration et des écoles, hôpitaux, services de distribution de repas à domicile, établissements militaires).

Commerce de détail

De nombreux services offerts par les détaillants peuvent grandement faciliter l'accès des individus à un régime alimentaire sain :

- grande variété de légumes et de fruits frais proposés à la vente ;
- vente d'aliments en petites quantités à des prix raisonnables ;
- fruits et légumes bon marché non emballés vendus à la pièce aux petits ménages ;
- service gratuit de navette vers et à destination des quartiers non desservis, mise à disposition de fauteuils roulants et aide à la marche pour les personnes handicapées ;

- cartes de fidélité ou timbres offrant des réductions sur les fruits et légumes ;
- service de livraison à domicile.

Activité physique

On peut nettement améliorer sa santé en pratiquant au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée (marche soutenue à vive allure) au moins cinq jours par semaine. Les améliorations les plus sensibles sont obtenues chez les sédentaires qui marchent davantage. Les stratégies visant à accroître l'activité physique devraient englober les transports, les loisirs et les politiques d'aménagement urbain. Il faudrait recourir à diverses méthodes novatrices susceptibles d'inciter chaque individu à utiliser davantage son corps au cours de ses activités quotidiennes. En outre, il existe une synergie entre un bon régime alimentaire et de l'exercice physique, qui combinés ont des effets tout particulièrement favorables sur la santé.

Le fait de pratiquer en commun une activité physique peut renforcer la cohésion familiale ou d'autres réseaux sociaux et inciter à respecter l'environnement. Les logements et les quartiers peuvent, en fonction de leur conception, grandement promouvoir la marche comme activité quotidienne naturelle. Les automobiles peuvent être séparées des cyclistes et des piétons en installant suffisamment de pistes cyclables et de trottoirs. Les politiques d'aménagement urbain et d'habitat doivent veiller à préserver des espaces ouverts pouvant être utilisés pour des loisirs actifs. Les ONG, les clubs sportifs, les associations féminines, les mouvements de scouts et les clubs pour personnes âgées ont tous un rôle important à jouer à l'échelon local. Pour que les endroits où les individus marchent, courent et jouent soient sûrs, il faudrait instaurer des partenariats avec d'autres secteurs (maintien de l'ordre public, par exemple).

Hygiène de la sexualité

Les politiques et programmes d'hygiène de la sexualité doivent s'adresser à tous les membres de la société, en particulier aux adolescents, aux jeunes et aux groupes à risque tels que les prostitué(e)s et leurs clients, aux homosexuels masculins et aux toxicomanes se droquant par voie intraveineuse. Il faudrait diffuser et communiquer largement, par l'intermédiaire de programmes d'éducation soigneusement conçus, des informations visant à apprendre à respecter les spécificités de chaque sexe, à développer les aptitudes utiles pour la vie et le sens de la communication et à encourager l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque ainsi que l'acceptation du concept de planification familiale. Il faudrait promouvoir activement, notamment auprès des jeunes, l'utilisation des préservatifs et les proposer largement à la vente à des prix abordables, mesure particulièrement nécessaire dans la partie orientale de la Région.

5.3.2 Réduire les dommages causés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme

Le tabac

Le tabagisme est le premier facteur de risque de maladie dans la Région. Cinquante pour cent des gens qui fument régulièrement mourront de la cigarette, pour moitié à un âge moyen (période la plus active de la vie sur le plan économique) et pour moitié à un âge avancé. Le tabagisme accroît le risque de nombreux cancers, de cardiopathies coronariennes, de faible poids à la naissance, de mort subite du nourrisson, d'allergies et d'une multitude d'autres problèmes de santé. En 1995, plus de 30% des adultes de la Région fumaient quotidiennement. La même année, le tabagisme a causé 1,2 million de décès et une perte moyenne de 20 années d'espérance de vie. Dans la partie orientale de la Région, 20% des hommes âgés de 35 ans mourront d'une maladie liée au tabagisme avant l'âge de 69 ans, soit une proportion deux fois plus élevée que dans la partie occidentale de la Région. D'ici 2020, si des mesures plus rigoureuses ne sont pas prises, le tabagisme sera responsable de 20% des décès dans la Région.

Les produits à base de tabac coûtent dans le monde au moins 200 milliards de dollars par an, causent des souffrances indicibles aux individus, à leurs familles et à leurs amis, handicapent lourdement l'économie et nuisent à l'environnement (sous la forme d'incendies, notamment). Les pertes économiques importantes sont essentiellement dues à l'interruption prématurée de la vie productive et au coût élevé du traitement des maladies liées au tabagisme. L'absence de prélèvement de taxes sur les produits à base de tabac passés en contrebande (particulièrement fréquents dans la partie orientale de la Région, zone disposant de faibles moyens gouvernementaux) est également une source de préoccupation. Un quart des cigarettes exportées dans le monde le sont en effet clandestinement.

Alcool

Les produits à base d'alcool sont responsables d'environ 9% de la totalité des pertes causées par la maladie à la société dans la Région. Ils augmentent le risque de cirrhose du foie, de certains cancers, d'hypertension, d'accidents vasculaires cérébraux, et de malformations congénitales. Bien que l'alcool réduise le risque de maladies coronariennes, ce risque diminue en grande partie lorsque la consommation est inférieure à 10 g par jour et les effets bénéfiques n'apparaissent qu'à partir de l'âge de 50 ans. À des niveaux de consommation élevés, l'alcool accentue le risque de mort subite par accident coronarien. En outre, la consommation d'alcool multiplie les risques de problèmes familiaux, professionnels et sociaux, tels que la dépendance à l'alcool, les accidents (et notamment les incendies), les agressions, la délinquance, les blessures non intentionnelles, les actes de violence, les homicides et le suicide. Entre 40 et 60 % de tous les décès dus à des blessures intentionnelles et non intentionnelles sont attribuables à la consommation d'alcool. Les dommages liés à l'alcool sont

particulièrement élevés dans la partie orientale de la Région et sont à l'origine d'une proportion élevée de la diminution d'espérance de vie.

Dans 90% des pays de la Région, la consommation annuelle par habitant dépasse deux litres d'alcool pur (niveau qui, selon les données disponibles, représente le plus faible risque de mortalité pour la population). On estime que le coût de l'alcoolisme pour la société, du fait des coûts directs et des coûts liés à la perte de productivité, se situe entre 2 et 5% du PNB.

Drogues illicites

Les drogues illicites englobent un grand nombre de substances qui, en raison de leur nocivité potentielle, sont réglementées par des conventions internationales. Elles augmentent le risque d'intoxication, de dépendance, de psychose et de suicide, et provoquent une augmentation de la mortalité et de la criminalité globales. On estime que le nombre de consommateurs de drogue gravement atteints dans la Région européenne se situe entre 1,5 et 2 millions de personnes. La consommation de drogue contribue à une propagation encore plus considérable du VIH et de l'hépatite, surtout dans les parties orientales de la Région. La consommation de drogues par voie intraveineuse est à l'origine de 40% de tous les cas de sida dans la Région européenne. Il est probable qu'un nombre plus important de drogues psychotropes, dont certaines sont potentiellement moins nocives, deviendront disponibles sur le marché et viendront s'ajouter aux médicaments psychotropes prescrits qui continueront d'être utilisés.

Malgré des efforts non négligeables visant à réglementer les drogues à l'échelon national et international, les signes témoignant d'une véritable amélioration ne sont pas légion. Les méthodes de prévention et de traitement se sont perfectionnées au cours de ces dernières années et les traitements de substitution pour les personnes dépendantes aux opiacés recueillent un plus large suffrage. Selon des données disponibles, les sociétés qui ont les moyens de mettre en place un vaste réseau de services à l'intention des consommateurs de drogue réussissent à limiter les comportements à risque ou carrément dangereux pour la santé, ainsi qu'à mettre un frein aux activités antisociales et criminelles chez les consommateurs de drogue.

**BUT 12 – RÉDUIRE LES DOMMAGES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISME, LA
TOXICOMANIE
ET LE TABAGISME**

D'ICI 2015, LES EFFETS NÉGATIFS SUR LA SANTÉ RÉSULTANT DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ENGENDRANT UNE DÉPENDANCE, TELLES QUE LE TABAC, L'ALCOOL ET LES MÉDICAMENTS ET DROGUES PSYCHOTROPES, DEVRAIENT AVOIR ÉTÉ SENSIBLEMENT RÉDUITS DANS TOUS LES ÉTATS MEMBRES.

En particulier :

- 12.1 dans tous les pays, la proportion de non-fumeurs devrait être d' au moins 80% parmi les personnes âgées de plus de 15 ans et proche de 100% parmi les moins de 15 ans¹⁴ ;
- 12.2 dans tous les pays, la consommation d' alcool par habitant ne devrait pas augmenter ou dépasser 6 litres par an et devrait être proche de zéro parmi les moins de 15 ans ;
- 12.3 dans tous les pays, la prévalence de la consommation de drogues psychotropes illicites devrait être réduite d' au moins 25% et la mortalité correspondante d' au moins 50%.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Tabagisme

La réduction de la consommation de tabac est l' une des mesures les plus importantes de santé publique que l' on peut prendre pour améliorer la santé des 870 millions d' habitants de la Région. La Charte de Madrid de 1988 contre le tabagisme consacre le droit qu' ont tous les citoyens à un environnement sans tabac et non pollué. Les stratégies visant à créer une Europe sans tabac prévoient d' inscrire dans la législation le droit à des espaces communs sans tabac, d' interdire la publicité pour les produits à base de tabac et le parrainage de marques connues et d' utiliser les recettes provenant des taxes sur le tabac pour financer des activités antitabac et de promotion de la santé. La Charte de Madrid et le Plan d' action pour une Europe sans tabac fournissent le cadre d' action. Les stratégies de prévention devraient viser à faire évoluer les mentalités de sorte qu' il devienne socialement acceptable de ne pas fumer. Il faut mettre en œuvre des politiques se rapportant spécifiquement aux femmes, étant donné qu' elles sont la cible des industries du tabac, particulièrement en Europe orientale.

Dans le cadre de l' élaboration d' une convention-cadre des Nations Unies sur les produits à base de tabac, l' OMC devrait envisager de ne pas appliquer les principes du libre échange aux produits à base de tabac en raison de leurs graves conséquences sur la santé. L' interdiction de fumer sur le lieu de travail et dans tous les lieux publics permet de faire des économies et d' accroître la productivité tout en diffusant un important message culturel : réduire la consommation de tabac améliore la santé et la situation économique.

Toute augmentation de taxes sur les produits à base de tabac se traduit par une augmentation des recettes publiques et par une diminution de la consommation de tabac, notamment chez les jeunes. Les taxes sur le tabac peuvent être utilisées pour financer des activités antitabac, et notamment l' éducation sanitaire, la recherche antitabac et l' aide aux services de santé. La taxation du tabac est

¹⁴ Ou d' autres limites d' âge, en fonction de la législation nationale.

aussi un moyen efficace d'obtenir des recettes pour financer des manifestations sportives et artistiques auparavant parrainées par l'industrie du tabac. Il ne convient pas de recourir à des subventions publiques nationales et internationales pour favoriser la production agricole de tabac.

Si l'on veut réduire la consommation de tabac, et notamment chez les enfants et les jeunes, il faut interdire totalement à la fois la publicité pour ce produit et tout parrainage explicite par l'industrie du tabac. La publicité diffusée par les médias internationaux, et notamment l'Internet, devrait également faire l'objet d'une réglementation. Le fait de limiter l'accès des adolescents de moins de 18 ans aux produits à base de tabac s'est révélé efficace pour lutter contre la vente illicite de cette substance et réduire la consommation.

LA CHARTE DE MADRID DE 1988 ET LES DIX STRATÉGIES POUR UNE EUROPE SANS TABAC

1. Reconnaître et défendre le droit des individus au choix d' une vie sans fumée
2. Ériger en loi le droit à un environnement public sans fumée
3. Proscrire la publicité et la promotion des produits du tabac ainsi que le parrainage par l' industrie du tabac
4. Informer chaque membre de la collectivité des dangers du tabac et de l' ampleur de la pandémie
5. Assurer de larges possibilités d' aide aux consommateurs de tabac qui désirent renoncer à leur habitude
6. Prélever au moins un pour cent du produit de l' impôt sur le tabac pour financer des activités spécifiques de lutte antitabac et de promotion de la santé
7. Instituer des mesures financières progressives de dissuasion
8. Interdire de nouvelles méthodes de présentation de la nicotine et faire obstacle aux stratégies futures de commercialisation
9. Surveiller les effets de la pandémie tabagique et évaluer l' efficacité des mesures antitabac
10. Collaborer avec tous les secteurs de la collectivité désireux de promouvoir la santé

Source : *It can be done, A smoke-free Europe* . Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1990 (WHO Regional Publications, European Series, No. 30).

Bien que l' on puisse faire appel aux meilleures technologies disponibles pour concevoir des produits à base de tabac ayant une teneur réduite en goudron et en nicotine, il ne faut pas croire que les cigarettes « légères » sont moins nocives pour la santé. La consommation plus intensive de ce type de cigarettes débouche sur des taux élevés de goudron et de nicotine et ne se traduit pas par une réduction globale et significative des taux de cancers du poumon.

LES DESSOUS DE L'INDUSTRIE DU TABAC

Du fait des actions en justice intentées aux États-Unis, l' industrie du tabac est de plus en plus sous les feux de la rampe et se voit dans l' obligation de payer des indemnités pour les dommages causés. Les documents de l' industrie du tabac, réunis dans une publication intitulée « *The cigarette papers* », sont intéressants à lire. Dans les années 60, les industriels du tabac écrivaient, « notre activité consiste à vendre de la nicotine qui est une drogue toxicomanogène ». Dans les années 70, les milieux industriels savaient que « dans la plupart des cas, celui qui fume une cigarette filtre absorbe autant, voire plus, de nicotine et de goudron que lorsqu' il fume une cigarette normale ». En raison partiellement de l' existence de ces documents, la juridiction de la Food and Drug Administration des États-Unis s' étend désormais aux cigarettes. On pourrait adopter en Europe une approche similaire.

Source : Glantz, S.A. et al. *The cigarette papers* . London, University of California Press, 1996.

Selon plusieurs enquêtes, environ deux tiers des fumeurs actuels indiquent qu'ils voudraient s'arrêter de fumer. Le sevrage tabagique est bénéfique à tout âge, mais le fait d'arrêter de fumer avant l'âge mûr réduit la quasi-totalité des risques dus à une consommation immodérée. L'utilisation de certains produits pour lutter contre la dépendance au tabac – notamment les produits de remplacement de la nicotine – double le taux de succès des interventions visant à mettre fin au tabagisme. Des interventions de courte durée et non sélectives effectuées par des dispensateurs de soins de santé primaires sont efficaces pour aider à cesser de fumer. Il s'agit de l'un des types d'interventions les plus efficaces sur le plan des coûts ; son coût est en effet 40 fois moins élevé que le coût moyen de 300 interventions médicales ordinaires. Il faut mettre en œuvre sur une grande échelle des programmes de formation à l'intention des dispensateurs de soins primaires, et notamment le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les dentistes, et adopter des mesures d'incitation pour les interventions de courte durée données dans le cadre des soins de santé primaires.

Les professions de santé en Europe ont un rôle important à jouer qui est de promouvoir des actions antitabac, d'aider leurs propres membres à moins fumer et de mettre en place des services d'aide au sevrage tabagique pour les fumeurs qui veulent s'arrêter de fumer. Dans ce contexte, il est très important que toutes les associations nationales de médecins en Europe, agissant dans le cadre du Forum européen des associations de médecins et de l'OMS, soutiennent très activement cette politique. Les médecins, le personnel infirmier, et les pharmaciens ont un rôle clé à jouer qui est de fournir des conseils et des services pour aider les gens à arrêter de fumer, et le forum EUROPHARM (Forum européen des associations de pharmaciens et de l'OMS) joue un rôle de premier plan dans la promotion de ce mouvement dans la Région européenne.

Alcool

De nombreux faits dans les pays de la Région européenne de l'OMS concourent à indiquer qu'il est possible de réaliser des progrès importants en matière de santé et d'économie en prenant des mesures pour lutter contre l'alcoolisme. La Charte européenne sur la consommation d'alcool (Paris, 1995) décrit les principales stratégies de promotion de la santé qui prévoient d'élaborer et de faire respecter des lois efficaces, de taxer les boissons alcoolisées et de réglementer la publicité directe et indirecte en faveur des boissons alcoolisées. L'évaluation des effets sur la santé est une stratégie complémentaire importante.

CHARTRE EUROPÉENNE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL – dix stratégies de lutte contre l'alcoolisme

1. Informer les citoyens au sujet des effets de la consommation d'alcool sur la santé, la famille et la société et des mesures efficaces pouvant être prises pour en prévenir ou en réduire autant que possible les conséquences nocives, en élaborant de larges programmes éducatifs destinés notamment aux jeunes enfants.
2. Favoriser des environnements publics, privés et professionnels protégés des accidents, des actes de violence et des autres effets négatifs de la consommation d'alcool.
3. Élaborer et faire respecter des lois efficaces contre l'alcool au volant.
4. Promouvoir la santé en contrôlant la vente, par exemple aux jeunes, et en influençant le prix des boissons alcoolisées, par exemple par la fiscalité.
5. Mettre en œuvre des réglementations strictes, tenant compte des limitations ou interdictions existantes dans certains pays, concernant la publicité directe et indirecte en faveur des boissons alcoolisées, et faire en sorte qu'aucune forme de publicité ne vise expressément les jeunes, par exemple en établissant un lien entre alcool et sport.
6. Garantir l'accès à des services de traitement et de réadaptation efficaces, dotés de personnel qualifié, pour les personnes ayant une consommation d'alcool dangereuse ou novice et les membres de leur entourage.
7. Favoriser la prise de conscience de leur responsabilité morale et juridique par toutes les personnes qui commercialisent ou servent des boissons alcoolisées, et prendre des mesures appropriées contre la production et la vente illicites.
8. Accroître les moyens dont dispose la société pour lutter contre l'alcoolisme en formant des spécialistes dans différents secteurs, tels que la santé, la protection sociale, l'éducation et la justice, et en renforçant les pressions exercées par la collectivité.
9. Aider les organisations non gouvernementales et les mouvements d'entraide promoteurs d'un mode de vie sain, en particulier ceux qui s'emploient à prévenir ou à réduire les effets nocifs de la consommation d'alcool.
10. Élaborer de larges programmes de lutte contre l'alcoolisme dans les États membres, en tenant compte de la présente Charte européenne sur la consommation d'alcool ; définir des buts précis et des indicateurs de résultats ; suivre les progrès accomplis et actualiser régulièrement les programmes après évaluation.

Source : *Avec l'alcool – moins c'est mieux*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1996 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 70).

La Charte de 1995 sur la consommation d'alcool et le Plan d'action contre l'alcoolisme en Europe, fournissent donc un cadre pour une politique visant à réduire les dommages causés par la consommation d'alcool. L'augmentation des taxes sur les produits à base d'alcool réduit les dommages dus à l'alcool, notamment chez les jeunes et les gros buveurs. Une baisse de 10% de la consommation par habitant se traduit par une baisse d'environ 20% de la mortalité liée à l'alcool chez les hommes et par une baisse de 5% des accidents mortels, des suicides et des homicides dans l'ensemble de la population.

Il faut adopter des dispositions réglementaires pour limiter la teneur en alcool des boissons, interdire les allégations établissant à tort des liens entre certains produits et la santé, édicter des règles sur le conditionnement des produits à base d'alcool et faire en sorte que les étiquettes portent les informations nécessaires (telles que la teneur en alcool de la boisson concernée). Les boissons alcoolisées présentées comme étant prétendument des boissons sans alcool, qui sont conçues et commercialisées de façon à séduire les adolescents, accentuent le risque de dépendance et d'intoxication et doivent être interdites. La publicité a des répercussions considérables sur la consommation de produits à base d'alcool ; la limitation de la publicité entraîne une réduction de la consommation d'alcool et une diminution des dommages qui en résultent. Si l'on autorise la publicité pour l'alcool, celle-ci doit être limitée aux publications imprimées et se borner à donner des informations sur le produit.

Les mesures visant à limiter les heures et les jours de vente et la réglementation concernant le nombre, le type et la localisation des points de vente font baisser la consommation. Une augmentation de l'âge minimum peut réduire le nombre d'accidents de la circulation et faire baisser la consommation d'alcool et le nombre de décès qui en résultent. Le comportement responsable des personnes qui servent des boissons alcoolisées, la mise en place de programmes de formation leur étant destinés et une responsabilité juridique accrue de ces personnes contribuent à réduire le nombre d'accidents dans lesquels l'alcool joue un rôle. On pourrait utiliser les meilleures technologies disponibles pour mettre au point des boissons alcoolisées de haute qualité ayant une faible teneur en alcool.

Les décès dus à des blessures intentionnelles et non intentionnelles, la mort subite provoquée par un accident coronarien et de nombreuses conséquences sociales de la consommation d'alcool résultent d'états d'ivresse graves. Des stratégies ciblées tendant à réduire les dommages dus à l'alcool doivent viser principalement à faire baisser le nombre de cas d'ivresse et à éviter de combiner la consommation d'alcool avec des actes qui peuvent provoquer des dommages. Les programmes de prévention de la consommation d'alcool sur le lieu de travail revêtent une importance particulière, de même que les actions et les lourdes sanctions destinées à prévenir la conduite en état d'ivresse.

Les interventions de courte durée dans le cadre des soins de santé primaires sont utiles pour réduire la consommation d'alcool de plus de 25% chez les personnes dont la consommation d'alcool est dangereuse ou nocive. Économiquement efficaces, elles diminuent les coûts des soins de santé et se traduisent par une amélioration de l'état de santé. Les programmes d'intervention à l'échelon local peuvent contribuer de manière efficace à réduire le nombre d'accidents de la circulation liés à l'alcool, fixer un âge minimum pour la vente d'alcool, inciter les personnes qui servent des boissons alcoolisées à avoir un comportement responsable et à faciliter l'adoption d'une législation locale.

Drogues illicites

Il est nécessaire de développer une collaboration intersectorielle à tous les niveaux entre les secteurs sanitaire, social, éducatif, régressif et judiciaire afin de s'efforcer de résoudre les problèmes de santé liés à la consommation de drogues illicites. Il est nécessaire d'adopter une approche intégrée en réduisant à la fois l'offre et la demande. Des actions menées du côté de l'offre peuvent limiter l'accès à la drogue. Il faudrait mettre davantage l'accent sur la réduction de la demande de drogues dans le cadre de programmes éducatifs à l'échelon local et dans les écoles. Les programmes de réduction de la demande doivent se fonder sur une action globale à l'égard de toutes les substances psychotropes dangereuses.

Il faut fournir à l'échelon local aussi bien aux consommateurs de drogue qu'à leur famille, des services de traitement et de soins appropriés adaptés aux besoins de chacun. Le traitement a pour but de permettre aux consommateurs de drogue d'adopter un mode de vie sain et de ne plus consommer de drogue à long terme. Il est possible de réduire certains dommages liés à la consommation de drogues illicites (infections transmises par le sang, problèmes de santé, pauvreté, criminalité, violence et baisse de la productivité, etc.), en appliquant des stratégies de limitation des risques. Il est possible de limiter la diffusion de l'infection à VIH par les moyens suivants : chercher à atteindre les toxicomanes s'injectant de la drogue par voie intraveineuse, organiser la distribution et l'échange de seringues, faciliter l'utilisation des préservatifs, proposer des traitements substitutifs sous contrôle médical et étendre les services destinés aux groupes mal desservis aux populations moins accessibles. Ces programmes nécessitent de réorienter vers le secteur de la santé certains aspects de la prise en charge de la consommation de drogue qui relevaient jusque-là de la justice pénale.

LA POLITIQUE DE LA SUISSE EN MATIÈRE DE DROGUE

En 1991, la Suisse a adopté une politique en matière de drogue comportant quatre éléments stratégiques : i) Répression : Réglementer de manière stricte ou interdire certaines substances et préparations engendrant la dépendance. Mettre en œuvre des nouvelles dispositions légales contre le blanchiment d'argent et le crime organisé. ii) Prévention : Convaincre les jeunes de ne pas consommer de drogue et mettre en place des programmes destinés à des groupes à haut un risque. iii) Réduction des risques : Protéger autant que possible l'état de santé des consommateurs de drogue pendant la phase de leur vie où ils sont dépendants à la drogue par le biais de mesures appropriées (par exemple, programmes d'échange de seringues, programmes de logement et d'emploi, etc.). iv) Thérapie : Un réseau regroupant des centres de thérapie et une centaine d'institutions spécialisées (destinées tout particulièrement à accueillir et à soigner les consommateurs de drogue avec comme but déclaré l'abstinence et la réinsertion). Quelque 14 000 consommateurs de drogue suivent un traitement à la méthadone.

Depuis 1994, le gouvernement fédéral finance des essais de prescription médicale de stupéfiants aux consommateurs de drogue gravement dépendants. Ces essais ont principalement pour but d'atteindre les personnes dépendantes à l'héroïne qui ne peuvent pas bénéficier d'autres formes de traitement, d'améliorer l'état de santé et les conditions de vie des participants à ces essais, de prévenir les comportements à risque (et notamment celui de l'infection par le VIH), et de comparer les résultats avec ceux d'autres méthodes de traitement. Parmi les participants à ces essais, 800 personnes (dont la moyenne d'âge est de 30,8 ans, la durée moyenne de la dépendance à l'héroïne est de 10,5 ans, pour lesquels plusieurs tentatives de traitement ont échoué et qui ont des problèmes évidents de santé et d'insertion sociale) reçoivent de l'héroïne sur prescription médicale. Les projets de thérapie prévoient l'injection dans les centres de traitement de drogues sous contrôle médical (interdiction de ramener chez soi des produits injectables), une évaluation médicale, psychiatrique et sociale complète et un programme de soins complets. La participation est volontaire. Les résultats de l'évaluation scientifique (1995–1996) sont notamment les suivants :

- amélioration sensible de la santé physique et mentale ;
- recul de la délinquance (de 69 à 10%) ;
- amélioration des conditions d'hébergement (baisse du pourcentage des sans-abri de 12 à 1%, baisse du nombre de sans domicile fixe de 49 à 21%) ;
- augmentation du taux d'emploi à des postes fixes (de 16 à 32%).

Grâce à cette politique dite « des quatre piliers », la Suisse a réalisé des progrès considérables dans la résolution des problèmes liés à la consommation de drogue : le nombre de cas de sida et d'hépatite a baissé de manière sensible, de même que la mortalité due à des overdoses (décès liés à la consommation de drogue : 1992 = 419 ; 1997 = 241) ; les quartiers ouverts aux consommateurs de drogue ont été supprimés et le taux de criminalité lié à l'obtention de drogue a baissé de manière significative.

Sources : *La politique de la Suisse en matière de drogue*, Berne, Office fédéral de la santé publique, 1998. Évaluation des mesures fédérales visant à résoudre les problèmes liés à la toxicomanie – Deuxième rapport de synthèse 1990–1996. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1997. Programme de

prescription médicale de stupéfiants – Résumé du rapport de synthèse. Zurich, Institut de recherche sur la toxicomanie et Berne, Office fédéral de la santé publique, 1997.

5.4 Cadres visant à promouvoir la santé

La section précédente portait sur certaines questions liées aux choix et au comportement individuels. La présente section tient compte du fait que ces choix sont effectués dans les cadres de la vie quotidienne – à la maison, à l'école, sur le lieu de travail et dans le quartier.

La démarche fondée sur l'action dans les cadres de vie permet :

- de mettre l'accent sur les lieux où sont menées des activités de promotion et d'amélioration de la santé (lieux de vie, de travail, d'apprentissage, de loisir et de soins) ;
- de fixer des limites d'action faciles à reconnaître ;
- de faciliter le recensement des partenaires potentiels ;
- d'offrir la possibilité d'observer et de mesurer les effets des interventions sur l'amélioration de la santé ;
- d'offrir d'excellentes possibilités aussi bien pour mener des actions pilotes que pour favoriser un changement durable dans la société.

De nombreux partenaires différents – ingénieurs, architectes, urbanistes, commerçants, personnes travaillant pour le compte d'ONG ou dans le secteur de la santé, et de nombreux autres – peuvent exercer une influence sur la création d'un cadre de vie. Ils forment, dans certains cas, des partenariats naturels, dans d'autres non ; cependant, en apprenant à travailler ensemble, les partenaires peuvent contribuer de manière importante et novatrice à la réalisation de l'objectif commun qui est d'améliorer la santé. La présente section décrit certaines stratégies permettant de faciliter la prise en commun des décisions et les actions conjointes dans les cadres de la vie quotidienne.

Grâce aux activités pilotes menées dans la Région européenne au cours des dix dernières années la démarche fondée sur l'action dans le cadre de vie a acquis une nouvelle dimension en tant que stratégie à part entière. Il ne suffit pas d'agir sur les lieux de vie, de travail et de loisir, il faut aussi donner aux gens les moyens de s'exprimer en tant qu'individus, groupes, et collectivités pour leur permettre d'influer de manière concrète sur le contexte qui détermine leur santé. En étant maître de leur cadre de vie, les individus prennent aussi davantage en charge leur propre santé. Cependant, pour se faire, ils ont besoin de structures efficaces.

Il existe de nombreux cadres différents – hormis ceux décrits ci-dessous – dans lesquels il est possible d'agir. Il importe de concevoir des politiques et des programmes qui tiennent compte des

intérêts de certains groupes cibles et d'examiner les cadres dans lesquels on peut les aborder. On peut, par exemple, utiliser des méthodes imaginatives pour communiquer des informations dans des cadres tels que des galeries de jeux vidéo, des bars et des clubs, et il peut être plus efficace d'agir dans le cadre des prisons pour aborder un groupe particulier (notamment les hommes jeunes à risque) que de travailler dans des cadres plus traditionnels.

Logements et quartiers

Les effets importants sur la santé dus à l'insalubrité du logement sont causés par l'absence d'installations d'assainissement, l'humidité, la moisissure, la mauvaise qualité de l'air, le bruit, les vices de construction qui font courir des risques d'accidents ou sont à l'origine de dommages en cas de tremblements de terre, et par l'utilisation de matériaux de construction dangereux pour la santé, dont l'amiante et les peintures à base de plomb. L'absence de ventilation provoque une pollution de l'air à l'intérieur des locaux, ce qui entraîne des allergies et des maladies respiratoires. Les personnes qui vivent avec des fumeurs sont exposées à une pollution due à des matières en suspension qui est de deux à trois fois plus élevée que celle à laquelle sont exposées les personnes qui vivent avec des non-fumeurs. L'exposition totale à la pollution de l'air dans les locaux sera plus ou moins importante en fonction de la proportion du temps passé à l'extérieur, de la capacité de certains polluants à pénétrer à l'intérieur des locaux et de la concentration de polluants à l'intérieur des locaux due aux appareils de cuisson, aux peintures, au mobilier et aux matériaux de construction.

Le parc de logements en Europe est très diversifié : il est composé aussi bien d'appartements et de maisons individuelles de qualité que d'immeubles collectifs de piètre qualité ou même les installations sanitaires de base, lorsqu'elles existent, sont toujours communes. En général, la qualité du logement laisse davantage à désirer dans la partie orientale de la Région. Le problème des sans-abris s'aggrave dans l'ensemble de la Région et ses conséquences sur la santé, qui sont intimement liées à la pauvreté, demeurent un problème urgent à résoudre.

Lieux de travail

Les adultes passent au moins le tiers de leur vie au travail et ce lieu revêt pour leur santé une importance énorme.

On estime que 3 à 5% du produit national brut est perdu en raison des conséquences économiques d'un cadre de travail dangereux et insalubre. Sur le lieu de travail, les problèmes de santé sont dus aux accidents, à l'exposition au bruit et à des produits chimiques, à de mauvaises conditions de travail et au stress. En outre, le cadre de travail psychosocial peut être lié à des problèmes de santé plus importants en dehors de la sphère professionnelle, tels que les maladies cardiaques et les troubles mentaux. L'investissement dans l'amélioration des conditions de travail peut se traduire par une amélioration de la santé des salariés et donc de l'augmentation de la productivité des entreprises.

Il ne s'agit pas uniquement d'éviter les maladies et les accidents professionnels. Le lieu de travail étant l'un des rares endroits où l'on peut aborder la population adulte de façon systématique et individuelle, il est le lieu idéal pour adresser efficacement, régulièrement et durablement aux adultes des messages de promotion de la santé. Il peut aussi offrir l'occasion de nouer des liens sociaux.

Écoles maternelles et écoles

Il existe de grandes différences dans les programmes et les établissements d'enseignement dans les différents pays de la Région. Dans la plupart des pays, les écoles maternelles ne sont pas suffisamment considérées comme des établissements d'enseignement, il leur manque une vision large permettant d'inculquer aux enfants les principes fondamentaux de la santé, de leur apprendre à avoir une bonne hygiène de vie et leur transmettre des aptitudes utiles pour la vie. Les programmes scolaires d'éducation sanitaire abordent souvent les questions de manière trop traditionnelle. En effet, ils donnent aux élèves des informations ayant trait à la santé mais n'utilisent pas des méthodes imaginatives et interactives pour leur apprendre à prendre des décisions réfléchies, à avoir une bonne hygiène de vie, à savoir-faire face au stress, à vivre en société et pour leur inculquer d'autres aptitudes utiles pour la vie.

Localités et villes

Actuellement, environ quatre cinquièmes de la population de la partie occidentale de la Région et quelque deux tiers de la population de la partie orientale de la Région vivent en milieu urbain, ce qui a des répercussions directes sur la santé. Les villes ont besoin d'une lourde infrastructure pour la protection de l'hygiène du milieu. Il est indispensable de disposer d'un système d'approvisionnement en eau potable, d'installations de traitement des eaux usées et de technologies d'élimination des déchets pour pouvoir vivre sainement en ville. La configuration de la ville, les stratégies de plans d'occupation des sols, les niveaux de bruit et les équipements collectifs sont des éléments importants pour promouvoir la santé en milieu urbain et contribuent à réduire le stress, la désorganisation sociale et la violence.

Dans de nombreux environnements urbains, il existe des zones localisées de pauvreté, en particulier dans les centres villes délabrés ou les quartiers périphériques difficiles dans lesquels la dégradation de l'environnement et l'exclusion sociale vont de pair. Il s'agit de lieux de pauvreté fonctionnelle, caractérisés par l'insalubrité des logements, le manque d'équipements et l'insuffisance des infrastructures sociales et de loisirs.

Dans une ville, le niveau d'intégration et de cohésion sociales et les courbes de mortalité sont étroitement liés. Il ressort des interventions menées au sein de groupes à haut risque que l'existence de services sociaux et d'un soutien social améliore les suites de maladies comme l'infarctus du myocarde et le déroulement de la grossesse jusqu'à son terme, chez les groupes vulnérables, et augmente la longévité de personnes atteintes de certains cancers. Les quartiers socialement

défavorisés et désorganisés contribuent à renforcer le sentiment de stress et de frustration des individus et empêchent la création de réseaux de soutien.

Cadres pour les personnes atteintes d'une invalidité

Il y aura toujours des personnes atteintes de déficiences et d'invalidités, et les tendances démographiques dans la Région donnent à penser que leur nombre augmentera. Les principales causes d'invalidité sont les troubles de l'appareil locomoteur, les problèmes de vue et d'audition, les traumatismes et des troubles mentaux de plus en plus répandus, ce qui va souvent de pair avec une dévalorisation et une perte de d'autonomie.

Cependant, les déficiences et les invalidités ne doivent pas entraîner un handicap. Trop souvent, les personnes atteintes d'invalidités subissent un handicap social lorsqu'on leur refuse des possibilités généralement offertes aux autres personnes. Dans de nombreux pays, l'intégration des personnes atteintes d'invalidités est encore loin d'être satisfaisante. Dans d'autres pays, l'intégration des invalides s'améliore considérablement.

De nombreux enfants atteints d'invalidités continuent d'être placés à tort dans des établissements où ils ne peuvent explorer pleinement leur potentiel de développement et d'existence indépendante. Un grand nombre d'adultes atteints d'invalidités se voient souvent refuser un emploi ou ne peuvent obtenir que des emplois mal payés. L'efficacité des interventions est souvent affaiblie par l'affectation d'une trop grande partie des ressources disponibles à des techniques hospitalières très spécialisées. Trop souvent, les activités et les services destinés aux personnes atteintes d'invalidités sont peu valorisés sur les plans social et professionnel.

BUT 13 – CADRES FAVORABLES À LA SANTÉ

D'ICI 2015, LES HABITANTS DE LA RÉGION DEVRAIENT AVOIR DES POSSIBILITÉS ACCRUES DE VIVRE DANS UN CADRE PHYSIQUE ET SOCIAL FAVORABLE À LA SANTÉ, CHEZ EUX, À L'ÉCOLE, SUR LEUR LIEU DE TRAVAIL ET DANS LEUR LOCALITÉ.

En particulier :

- 13.1 il faudrait améliorer la sécurité et la qualité de l'environnement domestique, en apprenant mieux aux individus et aux familles à promouvoir et à protéger la santé, et réduire les risques pour la santé liés au cadre de vie domestique ;
- 13.2 les personnes atteintes d'une invalidité devraient disposer de possibilités nettement meilleures d'accès au logement, au travail et à la vie publique et sociale conformément aux règles de l'ONU pour l'égalité des chances des handicapés¹⁵ ;
- 13.3 il faudrait réduire le nombre d'accidents domestiques et du travail comme indiqué dans le but

¹⁵ Annexées à la résolution 48/96 du 20 décembre 1993 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- 10 ;
- 13.4 au moins 50% des enfants devraient avoir la possibilité d' être instruits dans une maternelle-santé et 95% d' entre eux dans une école-santé¹⁶ ;
 - 13.5 au moins 50% des villes, zones urbaines et localités devraient être membres actifs d' un réseau de Villes-santé ;
 - 13.6 au moins 10% des entreprises grandes et moyennes devraient s' engager à appliquer les principes de l' entreprise-santé¹⁷.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Logements et quartiers

Le domicile est l' endroit où la famille, pierre angulaire de la société, doit débattre des problèmes de santé et se mettre d' accord sur la façon dont il est possible d' adopter un mode de vie sain et d' aider les autres à opérer des choix favorables à la santé. Comme il a été indiqué au chapitre 3, une infirmière familiale qualifiée, qui se rend à domicile, peut être extrêmement utile aux familles en les aidant à améliorer leur état de santé, tout comme peut l' être un médecin de famille.

Le domicile est aussi le cadre dans lequel les individus passent la plus grande partie de leur temps et il doit être favorable à la santé. Des normes relatives au logement et des réglementations en matière de construction doivent être adoptées pour garantir l' utilisation de matériaux sûrs et appropriés et de bonnes techniques de construction, ainsi que l' existence d' un éclairage suffisant, d' un approvisionnement en eau véritablement potable, la mise en place de systèmes d' assainissement, de chauffage et de ventilation, d' une protection contre les dommages provoqués par des catastrophes naturelles, d' une bonne isolation contre les bruits extérieurs, et d' un approvisionnement sûr et continu en énergie pour l' éclairage, le chauffage et la cuisson des aliments.

La politique du logement doit aussi être considérée dans le contexte plus large de l' urbanisme et de l' aménagement du territoire, et porter sur des aspects tels que l' amélioration du parc de logements, l' inversion de la tendance au déclin des villes et des campagnes et le recul des zones de pauvreté. Il ne peut y avoir d' environnement domestique favorable à la santé sans l' existence, d' une part, de services sanitaires et sociaux, d' un réseau de transport public, de commerces et d' installations de

¹⁶ Une école-santé inclut une action d' éducation sanitaire dans le programme d' enseignement et dans les activités de santé scolaires. L' OMS, l' Union européenne et le Conseil de l' Europe administrent conjointement un réseau d' Écoles-santé depuis 1992.

¹⁷ Les principes de l' entreprise-santé sont un cadre de travail sûr, des méthodes de travail saines, des programmes visant à promouvoir la santé et à s' attaquer aux facteurs de risque psychosociaux sur le lieu de travail, une évaluation des effets des produits commercialisés sur la santé et une contribution au développement sanitaire et social de la communauté locale.

loisirs appropriés et, d'autre part, des mesures pratiques de lutte contre la pollution et le bruit. Les politiques doivent tout particulièrement viser à protéger ceux qui risquent de devenir des sans-abri.

Ceux qui sont chargés de concevoir des logements et des quartiers doivent trouver des solutions pour lutter contre la solitude et renforcer les liens sociaux. Les réseaux sociaux et le soutien social améliorent la santé, renforcent la cohésion sociale et rendent les quartiers plus sûrs. Il faut aussi, au moment de concevoir les logements et les quartiers, faire particulièrement attention à encourager l'exercice physique quotidien et à prendre en considération des groupes aux besoins particuliers, comme les handicapés et les personnes âgées.

Dans de nombreux pays, les deux prochaines décennies seront consacrées à la reconstruction d'une très grande partie du parc de logements – cela sera l'occasion d'incorporer des principes de la Santé pour tous dans les plans de développement urbains et régionaux, ce qui établira ainsi une base solide pour l'avenir.

Lieux de travail

Il ne s'agit pas seulement de réduire l'exposition aux risques, mais aussi de faire en sorte que les employeurs et les salariés contribuent davantage à promouvoir des cadres de travail plus sûrs et plus sains et à réduire le stress. Dans cette optique, il faudrait élaborer sur chaque lieu de travail ou dans chaque entreprise une politique adaptée, reposant sur les principes de la Santé pour tous, fixant des buts précis et comprenant un programme d'action. Cette tâche pourrait être confiée à un comité sanitaire associant employeurs et salariés et services de médecine du travail. Les programmes devraient porter non seulement sur la prévention et le traitement des accidents et de la maladie, mais également sur des questions plus générales liées au mode de vie et à l'hygiène de l'environnement. Ils devraient promouvoir une culture d'entreprise favorisant le travail en équipe et la discussion, étant bien entendu que l'amélioration de la santé du personnel et des relations sociales au travail contribue, en fin de compte, à améliorer la productivité et la satisfaction de tous les intéressés.

Les principes sur lesquels repose une entreprise-santé sont les suivants :

- un cadre de travail plus sûr, y compris la lutte contre les dangers physiques et la détection des risques et des maladies professionnels ;
- des méthodes de travail favorables à la santé, ainsi que des mesures telles que le respect d'une alimentation saine à la cantine et l'interdiction de fumer ;
- des programmes de promotion de la santé au travail et en dehors du travail ;
- des initiatives visant à lutter contre les facteurs de risque psychosociaux sur les lieux de travail, par exemple des conseils ou une aide psychologique ; des mesures favorisant des

réseaux soutenant ceux qui en font partie ; la mise au courant et le « parrainage » des nouveaux membres de personnel ; des stratégies facilitant le départ à la retraite ; un soutien constant lors des licenciements ; et une assistance lorsque se produisent d' importants événements de la vie, comme la naissance du premier enfant ou le décès d' un proche ;

- l' évaluation des effets sur la santé des produits commercialisés par l' entreprise ; et
- une contribution au développement sanitaire et social du quartier ou de la localité, par exemple par des services à des groupes mal desservis et l' établissement de liens avec des chômeurs locaux.

Écoles

Les établissements d' enseignement doivent non seulement transmettre des valeurs, des connaissances et des aptitudes fondamentales, mais également permettre d' acquérir une identité culturelle et inculquer les notions de responsabilité sociale, de démocratie, d' équité et d' autonomie. Tous les enfants devraient avoir le droit d' être instruits dans une maternelle ou une école qui mène une action de promotion de la santé, dans le cadre, par exemple, du réseau européen des « Écoles-santé ».

Dans de tels établissements, l' instruction vise à transmettre les aptitudes et à mener l' action requise pour un changement de comportement et non uniquement à transmettre des connaissances. Des principes analogues à ceux mentionnés plus haut pour les lieux de travail sont également appliqués aux écoles. Ainsi, dans les maternelles et les écoles, les enseignants, les parents et les enfants doivent être des partenaires qui conçoivent, mettent en œuvre et évaluent ensemble des programmes pour développer leurs valeurs sanitaires fondamentales, promouvoir des modes de vie sains, prévenir les accidents et acquérir les aptitudes fondamentales utiles dans la vie, avec l' assistance technique du service de santé de l' école.

Les services préscolaires et les cours donnés pendant les premières années d' enseignement primaire peuvent favoriser la santé en posant des fondements éthiques et en créant un état d' esprit favorable à la santé, ainsi qu' en inculquant de bonnes habitudes alimentaires, des règles d' hygiène personnelle, des aptitudes fondamentales utiles pour la vie et la responsabilité sociale. Les programmes destinés aux enfants plus âgés et aux adolescents peuvent promouvoir la santé par la transmission d' aptitudes et une instruction dirigée par les pairs sur des questions telles que la consommation d' alcool, de drogue et de tabac, la santé sexuelle, le stress, les capacités relationnelles et l' art d' être parent.

Enfin, il importe d' associer les écoles à des activités visant à promouvoir la santé et à soutenir les soins de santé à l' échelon local (par exemple en encourageant les enfants à rendre visite à des personnes âgées vivant seules ou à participer à des campagnes antitabac), car cela permet de mieux comprendre les vrais problèmes auxquels les individus sont confrontés.

Quartiers et villes

La conception d'une politique sanitaire de proximité axée sur la Santé pour tous, comportant des buts et un programme d'action, et la surveillance et l'évaluation de sa mise en œuvre constituent un élément essentiel des activités menées pour réaliser la Santé pour tous ; cette tâche doit être menée à bien de façon planifiée par chaque quartier, zone rurale et ville de chaque État membre. Le réseau Villes-santé de l'OMS dans la Région européenne (qui a ouvert la voie à une initiative mondiale allant dans le même sens) compte une quarantaine de villes membres du programme Villes-santé de l'OMS et des réseaux nationaux dans 25 États membres. En tout, plus de 1000 villes et localités de la Région participent à ce mouvement et s'efforcent ainsi d'améliorer la santé de leurs citoyens.

La notion de villes-santé ou de quartiers-santé suppose la participation du conseil municipal élu et de représentants d'importants secteurs, tels que ceux de la santé, de l'enseignement et des affaires sociales, ainsi que des principales ONG, des médias et de la population locale. Le directeur local de la santé publique et d'autres professionnels de santé publique doivent jouer un rôle important dans ces activités, au niveau technique et sur le plan de la direction. Pour les grandes villes, on recommande une subdivision en secteurs aux fins de la planification et de l'organisation des services de soins primaires, car cela assure une meilleure participation de groupes locaux et une plus grande utilité des mesures prises.

L'infrastructure urbaine doit permettre aux habitants de jouir d'un bon environnement, qui favorise et protège leur santé. C'est pourquoi les individus et leurs conditions de vie doivent être la considération essentielle en matière d'urbanisme. Il est possible d'obtenir un développement urbain viable par une utilisation équilibrée des sols et une utilisation rationnelle de l'espace. Il faut éviter autant que possible la ségrégation de groupes et d'individus, et les équipements collectifs et les espaces publics doivent être accessibles à tous. Il faut encourager les citoyens à vivre paisiblement ensemble, en favorisant des échanges actifs entre les générations et entre les groupes ethniques, culturels et socioéconomiques.

Il est possible de réduire la pollution atmosphérique, les embouteillages, le bruit et les accidents en favorisant une gestion rationnelle des transports par la fixation de redevances pour l'utilisation des routes, des transports en commun intégrés, des systèmes de véhicules prioritaires, un ralentissement de la circulation, l'interdiction de la circulation dans certaines zones et une réglementation du stationnement. On peut créer un développement urbain viable en orientant les projets de rénovation urbaine vers l'amélioration de la qualité de la vie dans la ville, en réduisant l'utilisation de l'eau, de l'énergie et des matériaux, et en mettant en œuvre des programmes de collecte sélective, de récupération et de recyclage des déchets.

Amélioration de la situation des personnes atteintes d'une invalidité

Il est possible d'améliorer la santé des personnes atteintes d'invalidités si les politiques sociales et sanitaires créent une égalité des chances pour ces personnes, de façon à ce qu'elles puissent être pleinement intégrées dans la vie sociale et économique normale de leur localité. Les personnes atteintes d'invalidités doivent disposer de toutes les possibilités de bénéficier d'une vie familiale, d'une instruction, d'un emploi, d'un logement, d'un accès aux services et installations publics et de la liberté de mouvement. Les mesures prises doivent viser à lutter contre la perte d'autonomie et la dévalorisation.

Il est urgent de lancer un débat public, reposant sur des informations sur toute la gamme des invalidités, en vue de mettre fin à la dévalorisation de ceux qui souffrent de déficiences et d'invalidités, et de sensibiliser la population au fait que, comme toute personne peut devenir invalide, les invalidités constituent une question d'importance générale pour la société. Les politiques adoptées doivent prévoir des systèmes permettant de surveiller la qualité et le caractère approprié des services de santé destinés aux personnes atteintes d'une invalidité. Les campagnes menées par les médias, telles que celle qui a porté sur la dyslexie en Suède, ont donné des résultats très prometteurs. Une conception globale et pluraliste du traitement des déficiences et des invalidités est plus efficace qu'une démarche axée sur une méthode unique.

Il faudrait mettre en œuvre des stratégies d'intervention précoce, pour assurer la réalisation de mesures spécifiques de soutien et de traitement. Une coordination intersectorielle demeure essentielle pour garantir une formation et un placement, une action éducative, l'accès aux transports en commun et la création d'environnements physiques conçus pour une utilisation par tous. D'autre part, il est essentiel que les personnes atteintes d'une invalidité (et leurs associations) aient la garantie de pouvoir jouer un rôle important dans la planification et la prise de décisions sur des programmes nationaux et locaux visant à répondre à leurs besoins particuliers.

5.5 Responsabilité multisectorielle pour la santé

Comme indiqué dans les chapitres précédents et dans les sections 5.1 à 5.4, la seule façon de favoriser des modes de vie sains et de créer des environnements salubres consiste à mobiliser un grand nombre de secteurs différents. Pour mettre en œuvre une approche efficace du développement sanitaire, il faut que tous les secteurs de la société soient responsables des conséquences sanitaires de leurs politiques et programmes, et que les secteurs autres que la santé reconnaissent les avantages qu'offrent la promotion et la protection de la santé.

La santé et le bien-être d'une société est l'expression de ses environnements sociaux, économiques et physiques, de l'aptitude des individus à faire des choix sains, et des cadres dans lesquels ils

vivent. Il est manifeste que la santé ne résulte pas d'activités menées uniquement par le secteur sanitaire ; il s'agit en fait d'une manifestation de toutes les politiques des pouvoirs publics et de la façon dont elles favorisent la santé ou nuisent à celle-ci, isolément ou par leur interaction les unes avec les autres. Jusqu'à présent, il a été largement reconnu que la promotion et la protection de la santé incombent aux personnes qui travaillent dans le secteur sanitaire, depuis la prévention jusqu'à la réadaptation, en passant par le traitement. Cependant, le message fondamental du but 14 est la nécessité de susciter une action et une responsabilité plus larges en matière de santé et une prise de conscience d'objectifs communs pour la protection de la santé dans tous les secteurs.

Pour créer la responsabilité en matière de santé, deux éléments sont essentiels. En premier lieu, il faut réaliser une évaluation des effets sur la santé de toutes les politiques et de tous les programmes sociaux et économiques pouvant avoir des effets sur la santé. Deuxièmement, il faut développer la participation de la population. D'une manière générale, on se rend encore mal compte de l'importance de l'évaluation des effets sur la santé, sauf dans le secteur de l'environnement. Les acteurs de la plupart des autres secteurs, mis à part le secteur social, ne se rendent pas compte qu'ils ont un rôle à jouer dans la création de la santé et qu'ils peuvent lui nuire.

BUT 14 – RESPONSABILITÉ MULTISECTORIELLE POUR LA SANTÉ

D'ICI 2020, TOUS LES SECTEURS DEVRAIENT AVOIR RECONNU ET ACCEPTÉ LEUR RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ.

En particulier :

- 14.1 les décideurs de tous les secteurs devraient prendre en considération les avantages qu' il est possible de retirer de l' investissement pour la santé dans leur secteur et orienter les politiques et les actions en conséquence ;
- 14.2 les États membres devraient avoir mis en place des mécanismes d' évaluation des effets sur la santé et fait en sorte que tous les secteurs deviennent responsables des effets de leurs politiques et actions sur la santé.

STRATÉGIES PROPOSÉES**5.5.1 Parvenir à la responsabilité**

Il faut mettre en place des mécanismes efficaces, et notamment des incitations et des dispositions législatives appropriées, pour motiver tous les secteurs à prendre des mesures favorables à la santé et pour les rendre responsables des effets sur la santé de leurs politiques et de leurs activités. Il incombe principalement, mais non uniquement, au secteur de la santé de veiller à ce que la santé figure en meilleure place parmi les préoccupations politiques, en produisant les données probantes nécessaires pour renforcer les préoccupations en matière de santé et en les diffusant aux milieux gouvernementaux, à tous les secteurs, à la population, aux dirigeants politiques et aux chefs d' entreprise. Le secteur sanitaire doit également jouer un rôle pilote dans l' élaboration de politiques intégrées pour la santé et le développement, comportant des priorités, des objectifs et des buts bien définis, des indicateurs fiables pour suivre les progrès et des processus transparents pour rechercher des objectifs communs ou convergeant dans d' autres secteurs (voir chapitre 7).

Pour que d' autres secteurs soient suffisamment motivés pour agir et être responsables pour la santé, ils doivent aussi jouer un rôle pilote chaque fois que cela est approprié, et le secteur de la santé doit reconnaître et soutenir les initiatives prises par d' autres secteurs lorsqu' elles ont des effets positifs sur la santé. Cette reconnaissance de ces efforts peut soutenir l' identification et la création d' alliances avantageuses pour toutes les parties concernées. Le secteur de la santé doit également rechercher les moyens de concilier des objectifs potentiellement contradictoires entre secteurs, tout en assurant la promotion et la protection des valeurs de la Santé pour tous et en mettant en évidence les avantages probables de mesures favorables à la santé prises par d' autres secteurs.

Une responsabilité incombe aussi aux dirigeants politiques qui élaborent des politiques, ouvrent des crédits et proposent des dispositions législatives, dans le secteur sanitaire comme dans tous les autres secteurs. Les gouvernements, les parlements nationaux et régionaux et les conseils municipaux devraient demander des évaluations des effets sur la santé des principales dispositions législatives et politiques. Dans tous les pays, la mesure des progrès accomplis en matière de développement socioéconomique – c'est-à-dire l'évolution de l'état de santé des personnes les plus vulnérables – est un élément essentiel pour l'obtention d'une telle responsabilité.

De la même façon que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) examine les politiques économiques et d'enseignement, l'OMS pourrait examiner, en tant qu'observateur indépendant, sur demande, des politiques nationales et régionales. Cela a déjà été réalisé ; par exemple, l'OMS a examiné la politique finlandaise de la Santé pour tous et a réalisé des « audits sanitaires » en Hongrie et en Slovaquie. En ce qui concerne la méthodologie, les évaluations des effets sur la santé devraient être relativement simples et pratiques, tout en étant suffisamment complexes pour tenir compte du fait que la santé est influencée par des déterminants socioéconomiques et les politiques menées dans d'autres secteurs.

Tous les pays de la Région devraient accorder un degré de priorité élevé sur le plan politique à des mesures permettant à la population d'être pleinement informée concernant les impacts sur la santé. Il est possible d'améliorer la participation du public en l'associant largement aux évaluations des effets sur la santé, en diffusant les résultats des évaluations et en organisant des enquêtes et des auditions publiques sur les effets de grands projets sur la santé.

Les parlements nationaux et régionaux et les conseils municipaux peuvent faire en sorte que l'information soit disponible et accessible en diffusant régulièrement des données sur l'équité en matière d'état de santé. Une façon efficace de responsabiliser le secteur privé consisterait à faire obligation aux sociétés cotées en bourse, de diffuser, lors de leur assemblée générale annuelle et dans leur rapport annuel, des informations sur la pollution ou les émissions dues aux activités de production, les effets de leurs produits sur la santé, et l'hygiène et la sécurité sur le lieu de travail. L'incorporation des valeurs de la Santé pour tous dans les codes de déontologie de divers experts et gestionnaires de l'ensemble de l'économie favoriserait dans une large mesure la prise de responsabilité pour l'équité et la viabilité en matière de santé et de développement. Les journalistes, par exemple, ont récemment élaboré des codes d'éthique et de déontologie allant dans ce sens.

Les organisations non gouvernementales à tous les niveaux sont d'indispensables agents du changement. Elles sensibilisent la population aux tendances en matière de santé et d'environnement et à leurs conséquences et font la démonstration de systèmes sociaux et économiques différents et viables.

5.5.2 Action pour la santé menée par d'autres secteurs

La présente section vise à engager un dialogue avec d'autres secteurs sur la façon dont ceux-ci peuvent promouvoir la santé et sur les avantages qu'ils peuvent en retirer. Les différentes politiques proposées ne sont que le fruit d'une première analyse et la liste présentée n'est nullement exhaustive. L'élargissement de la gamme des options (sur la base des intérêts communs des secteurs sanitaires et autres) devrait représenter un objectif important pour le XXI^e siècle. Les exemples donnés reposent sur l'idée que la promotion et la protection de la santé publique doivent constituer des critères essentiels pour le choix des politiques et des stratégies dans les secteurs économique et social, et que d'autres secteurs ont également tout intérêt à adopter ces critères.

Les entreprises commerciales et industrielles prennent de mieux en mieux conscience des avantages de bonnes pratiques en matière d'environnement et de santé. Cela ne résulte pas uniquement de l'action menée par le secteur de la santé ; cela tient aussi à des exigences accrues des consommateurs, qui demandent des produits et des procédés de production respectueux de l'environnement et favorables à la santé. De plus en plus, on fixe le prix des produits en fonction de leur coût véritable, c'est-à-dire en incluant leurs coûts pour la santé et l'environnement. Les consommateurs savent de plus en plus pour quoi ils paient et sont souvent disposés à payer plus pour un produit qu'ils savent sûr et sain, et fabriqué dans des conditions sûres.

L'INITIATIVE DE VÉRONE

En 1998, on a lancé l'Initiative de Vérone, en vue de trouver des moyens pragmatiques de faciliter la coopération entre les acteurs et les partenaires qui jouent un rôle décisif dans la santé. Il s'agit de définir les possibilités de coopération intersectorielle et les obstacles qui existent à cet égard, et de faire connaître les effets possibles de décisions des pouvoirs publics sur les déterminants de la santé. On a adopté des « points de repère », qui permettent de mesurer la capacité des pays, régions et localités à mettre en œuvre une coopération intersectorielle conformément au concept et aux principes de la SANTÉ 21. Des projets pilotes d'une durée de trois ans, sont actuellement en cours d'exécution en Italie, au Royaume-Uni et en Autriche. Il est probable que d'autres pays, tels que la Finlande, mettront également sur pied des projets de démonstration de ce type.

Énergie

La fourniture d'énergie dans des conditions viables est essentielle pour les ménages et la production économique. Le secteur de l'énergie peut investir dans la santé et l'environnement en améliorant la qualité de l'air dans les villes et en réduisant les émissions de gaz à effet de serre, les dépôts d'acide, les rayonnements et les accidents. Il peut également investir dans la santé de ses travailleurs et des personnes qui vivent dans les environs immédiats.

OPTIONS

- Incorporation des coûts environnementaux « externes » dans les prix de l'énergie pour que ceux-ci correspondent mieux aux prix réels du marché (en particulier en Europe centrale et orientale) et pour contribuer aux économies d'énergie. Utilisation d'instruments économiques tels que des prélèvements au titre de la pollution, des taxes et des permis négociables.
- Discussion ouverte et franche concernant les risques et les nouvelles stratégies de production et d'utilisation de l'énergie, avec la participation d'experts et de la société dans son ensemble.
- Politiques énergétiques favorisant les sources renouvelables et fixant des limites pour les émissions de soufre provenant de la consommation de combustible (le passage au gaz naturel permettra de produire moins de soufre par unité d'énergie).
- Programmes visant à optimiser le rendement énergétique, axés sur le rendement de centrales électriques et des réseaux de distribution d'énergie et sur les économies d'énergie qu'il est possible de réaliser dans les foyers et les transports.
- Mesures visant à réduire les effets transfrontaliers du secteur de l'énergie sur l'environnement, conformément à la Convention sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance.

Transports

Un système de transports rationnel est nécessaire pour la circulation de personnes et des biens. Le secteur des transports représente 7 à 8% du PIB dans l'Union européenne. Les transports routiers constituent l'un des marchés de consommation d'énergie qui se développent le plus rapidement dans la Région européenne. En particulier, le nombre de voitures dans la partie orientale de la Région devrait augmenter considérablement à l'avenir. Un doublement du trafic voyageurs et marchandises se produira probablement de 1990 à 2010, à moins que des mesures particulières ne soient prises bientôt. Si les tendances actuelles se poursuivent, les émissions de dioxyde de carbone dues aux transports augmenteront de 25% de 1990 à 2000. Les augmentations relatives seront encore plus importantes en Europe centrale et orientale. Le secteur des transports routiers doit jouer un rôle pilote dans l'amélioration de la qualité de l'air, la réduction du bruit et des embouteillages (en particulier dans les zones urbaines), et les économies d'énergie. Les coûts sociaux et environnementaux des transports ont été évalués à près de 5% du PIB dans la zone OCDE.

Les accidents de la circulation représentent une cause importante et croissante de traumatismes en Europe. Les voitures augmentent également les risques de mauvaise santé de façon moins directe : manque d'activité physique ; habitats dispersés dans lesquels les enfants ne peuvent se déplacer de

façon autonome ; et infrastructures, telles que les routes, ayant des effets négatifs importants sur la qualité de l'environnement.

ACTION INTERSECTORIELLE POUR LA RÉDUCTION DES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Au début des années 70, le Danemark avait le taux le plus élevé de mortalité infanto-juvénile due aux accidents de la circulation en Europe occidentale. C'est pourquoi l'on a lancé un projet pilote à Odense, afin de mettre en œuvre un programme qui dispose aujourd'hui d'un budget d'environ 150 000 dollars par an. Quarante-cinq écoles ont participé à une opération qui a bénéficié du concours de spécialistes des accidents, de planificateurs, de la police, d'hôpitaux et d'autorités routières. Il s'agissait de repérer les dangers liés à la circulation routière auxquels il fallait remédier. On a créé un réseau de chemins interdits à la circulation et de pistes cyclables, tout en adoptant une politique de réduction de la vitesse des véhicules, de rétrécissement des routes et de construction d'îlots directionnels. À la suite du succès de l'étude pilote, ce programme de sécurité routière pour les écoliers a été appliqué dans 65 des 185 localités proposées et le nombre d'accidents a baissé de 85%.

Source : Walking and cycling in the city. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (Local authorities, health and environment series, No. 35).

OPTIONS

- Politique unifiée des transports visant à gérer les transports privés et publics, favorisant une réduction des transports routiers au moyen de véhicules consommant de l'essence, limitant les émissions d'oxyde d'azote et de carbone provenant des véhicules à moteurs et imposant des limitations de vitesse sur les routes.
- Politiques fiscales, dispositions réglementaires et travaux de recherche-développement visant à réduire la pollution et à déplacer les transports vers le rail et la navigation fluviale, qui polluent moins et ont un meilleur rendement énergétique.
- Restructuration des taxes énergétiques existantes sur l'essence et les voitures compte tenu de leurs effets sur la pollution.
- Politiques visant à protéger les consommateurs et à prévenir les traumatismes, et notamment conception plus sûre des voitures et des routes ; politiques visant à prévenir la conduite en état d'ivresse ; et programmes d'amélioration de la santé et des aptitudes des personnes qui travaillent dans le secteur des transports.

Industrie

Tous les pays ont besoin d'une infrastructure industrielle viable. Il s'agit d'une source essentielle de marchandises, de services, d'emplois et de richesse. Une activité industrielle viable et rentable investit dans la santé et l'environnement et, dans le cadre de la politique en matière de travail, dans le développement humain et le bien-être. Une activité industrielle qui ne correspond pas à ces critères est directement responsable d'une grande partie de la pollution qui se traduit par des déficits environnementaux et sanitaires et risque de causer de graves accidents industriels ayant des conséquences très néfastes sur la santé. L'opinion publique et les consommateurs ont contribué à un important changement en matière d'activité industrielle, à la suite d'une exposition accrue de la population à des risques sanitaires et d'examen critiques de la situation. De petits changements dans les pratiques industrielles permettent de dégager des sommes qui non seulement peuvent servir à améliorer la santé mais augmentent en outre la rentabilité. Il est justifié d'investir dans la santé, et des produits sains peuvent accroître la rentabilité des entreprises.

Dans de nombreuses industries, on se rend compte qu'un cercle plus large de parties prenantes est intéressé par les activités des entreprises. Ces parties prenantes ne sont pas seulement les actionnaires, les prêteurs et les autorités de réglementation, mais également les salariés, les clients, les fournisseurs, les associations professionnelles, le mouvement associatif, les associations de défense de l'environnement, la population dans son ensemble et, dans une perspective plus large, les générations futures. De plus en plus, l'industrie fixe des objectifs publics d'amélioration de la santé et de réduction de la pollution, et adopte les programmes d'investissement qui s'imposent à cet égard.

OPTIONS

- Fixation du prix des produits compte tenu des coûts sanitaires de leur fabrication.
- Adoption de procédés moins polluants et de stratégies préventives, qui comportent des économies supplémentaires en ce qui concerne les matériaux, les coûts d'élimination des déchets et les frais découlant de la responsabilité civile.
- Création d'inventaires des déversements et émissions de produits toxiques et adoption de mesures pour que la population puisse en prendre connaissance.
- Les entreprises qui commercialisent des produits qui représentent un risque direct pour la santé, tels que les cigarettiers (qui constituent un cas extrême), devraient assumer pleinement la responsabilité pour les coûts économiques et sanitaires de leurs produits.
- Les produits qui ne peuvent être utilisés dans leur pays de production ne doivent pas être exportés. En particulier les produits médicaux et pharmaceutiques devraient faire l'objet

d' une réglementation dans des accords internationaux concernant leur sécurité, leur utilité et l' absence de risque pour l' environnement.

- Il faudrait lancer des initiatives relatives aux entreprises-santé pour faciliter les échanges de meilleures pratiques sur le lieu de travail, favoriser des partenariats entre les secteurs privé et public, et donner aux entreprises la possibilité d' être « certifiées » en tant que producteurs respectueux de la santé.

RECYCLAGE DES DÉCHETS ET AMÉLIORATION DE LA SANTÉ

À Kalundborg (Danemark), des déchets industriels et de la chaleur résultant de la production sont échangés dans le cadre d' un accord entre une centrale d' électricité, une raffinerie de pétrole, un fabricant de produits pharmaceutiques, une usine de fabrication de placoplâtre, un cimentier, des agriculteurs et l' entreprise qui fournit de la chaleur aux habitants de la localité. Ce système est financièrement avantageux pour toutes les parties et représente un modèle pratique de petit écosystème industriel.

Les actions de prévention de la pollution de ce type peuvent suivre une hiérarchie naturelle d' options de gestion des déchets. On réduit les déchets à la source. Les déchets produits sont réutilisés ou recyclés, de préférence sur place, et sont réinjectés directement dans le processus de production. Les déchets qui ne peuvent être empêchés ou recyclés sont traités au moyen des technologies les plus avancées, ce qui permet de les détoxifier, éliminer ou détruire.

Source : World Resources Institute. *World resources 1994-95. A guide to the global environment* . Oxford, Oxford University Press, 1994.

Secteurs agro-alimentaires

Le secteur agricole offre un service essentiel à la société, car les aliments sont indispensables à la santé et au bien-être. Cependant, il incombe également à ce secteur de protéger et d' améliorer l' environnement, d' économiser les ressources en eau douce, d' assurer un développement viable en milieu rural, de veiller à l' hygiène des denrées alimentaires, et de contribuer à la promotion d' une bonne nutrition. La façon dont la population conçoit l' agriculture a changé ces derniers temps : le consommateur critique, plus que par le passé, les effets de l' agriculture sur l' environnement et se préoccupe de l' hygiène des denrées alimentaires (les inquiétudes suscitées par la maladie de la vache folle constituent à cet égard un bon exemple).

Quelque 30% de la consommation d' énergie des pays industrialisés sont dus au secteur agro-alimentaire. Dix pour cent de l' énergie en question sont utilisés dans la production et l' élevage, tandis que les transports, le conditionnement et la préparation des aliments représentent 90%. Les avantages potentiels pour la santé d' une meilleure disponibilité de produits alimentaires doivent être mis en balance avec les effets à long terme du changement climatique sur la santé. Il est dans l' intérêt de toutes les parties prenantes dans le secteur agricole que la production alimentaire soit

viable, que l'environnement soit sauvegardé et que la santé soit protégée. Ces parties prenantes sont les producteurs primaires, l'industrie agro-chimique, les consommateurs, le secteur des transports et celui de la distribution de l'eau.

OPTIONS

- Promotion de méthodes novatrices d'agriculture, y compris fixation de normes concernant le contenu agro-chimique de l'eau, la planification de l'occupation des sols et l'utilisation des sols à proximité des installations prélevant des eaux souterraines et des zones de loisir.
- Action coopérative menée au niveau local pour gérer la qualité et la quantité des ressources en eau douce.
- Information et législation visant à mettre les écosystèmes et les consommateurs à l'abri des effets néfastes potentiels des manipulations génétiques.
- Politiques concernant la fixation des prix et la recherche-développement, en vue d'assurer une moindre consommation de matières grasses et une plus grande consommation de fruits et légumes, en particulier parmi les groupes défavorisés.
- Développement du dialogue avec les consommateurs.
- Augmentation des investissements dans l'agriculture écologique et la production viable d'aliments sûrs au niveau local, en vue de protéger les sources de revenus et la santé des populations locales.
- Coopération étroite entre l'OMS, l'OMC et la FAO, et observation du Codex Alimentarius afin de réduire les maladies transmises par les aliments faisant l'objet d'une commercialisation.
- Évaluation de politiques mondiales (telles que les réformes de la politique agricole commune de l'Union européenne) sur le plan de leurs effets sur la santé et l'environnement.

Tourisme

Le tourisme est devenu l'un des principaux secteurs économiques de la Région et il le deviendra de plus en plus dans la partie orientale de celle-ci. Le tourisme représentait environ 5,5% du PIB de l'Union européenne en 1990 et on s'attend à 400 millions d'arrivées de touristes dans les pays européens d'ici l'an 2000. Le nombre de touristes qui se rendent dans des villes et des sites faisant partie du patrimoine culturel devrait augmenter à l'avenir, étant donné que le tourisme urbain rencontre de plus en plus de succès. Le tourisme, qui repose sur la qualité de l'environnement naturel et bâti, peut avoir un effet négatif sur l'environnement et nuire ainsi à son propre développement. Les effets du tourisme sur l'environnement comprennent l'enlaidissement des paysages en

raison de constructions touristiques, l'érosion des côtes et des pentes montagneuses, l'accumulation des déchets, la perte des habitats naturels et le prélèvement de quantités excessives d'eau.

Certaines zones du pourtour de la Méditerranée sont sujettes à des pénuries d'eau pendant l'été, lorsqu'il y a un grand afflux de touristes. La contamination des zones de baignade par les eaux d'égout et une pollution industrielle est considérable dans l'ensemble des mers et des lacs de la Région. Environ 70% des eaux d'égout de la région méditerranéenne sont déversées sans traitement, et les eaux de baignade et les crustacés subissent une contamination microbienne. Des accidents, tels que des noyades et des lésions de la moelle épinière, peuvent résulter d'activités de loisirs dans un environnement aquatique, en particulier lorsqu'on est ivre. Une exposition accrue aux rayons ultraviolets lors des baignades peut augmenter l'incidence du cancer de la peau. Dans les régions montagneuses, les effets environnementaux cumulatifs du ski sont considérables et, à cet égard, les pires effets sont constatés dans les Alpes. Chaque année, cette région d'environ 190 000 km² reçoit 100 millions de touristes. La protection de l'environnement, des touristes et de la population locale devrait être l'objectif prédominant d'une politique touristique viable.

OPTIONS

- Investissement dans des infrastructures de distribution d'eau, d'assainissement et d'élimination des déchets, et adoption de règlements stricts concernant les déchets industriels et les ordures ménagères, afin de préserver les zones touristiques et de loisir et de protéger les touristes.
- Programmes de loisir qui favorisent l'activité physique, l'épanouissement personnel, les aptitudes à faire face à l'adversité et la détente.
- Logements et installations qui favorisent la santé sexuelle, l'absence de fumée de tabac et la consommation modérée d'alcool.
- Mesures visant à une meilleure répartition saisonnière des flux de touristes.
- Investissement dans les habitats sauvages et restauration de ces derniers afin d'améliorer la diversité biologique.

Finances

Le secteur financier doit jouer un rôle important en soutenant les activités visant à atteindre les objectifs en matière d'environnement et de santé. Les politiques de fixation des prix et les politiques fiscales figurent parmi les moyens d'action les plus efficaces pour les gouvernements, les secteurs, les collectivités locales, les individus et la société. Cependant, ces instruments ne sont pas

suffisamment utilisés lorsqu'il s'agit de promouvoir le développement humain et une activité économique viable qui engendre le bien-être et la santé.

OPTIONS

- Adoption d'une politique fiscale visant à réduire les inégalités de revenu, à promouvoir le développement viable, à protéger l'environnement et à promouvoir la santé.
- Les banques devraient prévoir une évaluation des effets sur la santé et en faire l'un des critères de décision en matière de prêt et d'investissement.
- Création d'incitations pour encourager des entreprises à fabriquer des produits favorables à la santé et institution de taxes visant à décourager la fabrication de produits qui nuisent à la santé.
- Les politiques de fixation de prix des produits industriels devraient incorporer les coûts résultant des détériorations de la santé dues aux produits.
- Il faudrait adapter la mesure du produit national brut pour tenir compte des effets positifs et négatifs sur le développement humain, la santé et l'environnement.

RÉFORME FISCALE FAVORABLE À LA SANTÉ AUX PAYS-BAS

Une disposition réglementaire adoptée en 1996 prévoit le prélèvement de taxes sur l'utilisation à petite échelle du gaz et de l'électricité et sur certains produits pétroliers (taxe sur le carbone), en vue d'atteindre les objectifs nationaux fixés pour les niveaux de CO₂ en l'an 2000. Les recettes correspondantes, qui s'élèvent à un milliard de dollars, sont restituées aux ménages grâce à une modification des impôts sur le revenu et aux entreprises par une réduction des cotisations sociales payées par les employeurs, ce qui opère un transfert des impôts sur le revenu vers les taxes sur les polluants. De telles taxes contribuent à réduire la pollution et tiennent compte des coûts véritables pour la société, ce qui se traduit à long terme par une meilleure santé grâce à une amélioration de la qualité de l'air, à une utilisation plus rationnelle des ressources et à des performances économiques plus viables. Le caractère potentiellement régressif des taxes sur le carbone est compensé par d'autres taxes progressives dans l'ensemble du système fiscal.

Source : Vos, H. Environmental taxation in the Netherlands. In: O' Riordan, T., ed. *Ecotaxation*. London, Earthscan Publications, 1997.

Protection sociale et services sociaux

Le secteur social fait face aux problèmes résultant de la pauvreté et de l'exclusion sociale, et vise à prévenir les maux sociaux. De ce fait, ce secteur doit fournir une importante contribution à la pro-

motion de la santé et du bien-être. La politique de protection sociale fait l'objet d'un débat dans de nombreux pays, étant donné que la protection sociale semble représenter un fardeau plus important à la suite de l'évolution des tendances démographiques et d'un chômage persistant.

OPTIONS

- Mettre en place un filet de sécurité, en particulier dans les pays ayant des économies en transition ou en déclin.
- Adopter des politiques de protection sociale favorables à la famille et reconnaissant que la possibilité de prendre soin des autres et en particulier de ses enfants est un droit social.
- Établir un équilibre entre deux besoins des parents : travailler et participer à l'éducation des enfants.
- Fixer des normes pour les logements, le revenu et les services d'aide sociale conformément aux besoins de différents groupes cibles.
- Instaurer une coopération plus étroite avec le secteur des soins de santé dans la dispensation de soins de santé primaires de proximité.

Système judiciaire et législation

Le système judiciaire doit veiller à la mise en œuvre de la législation visant à protéger l'environnement et à promouvoir la santé et est responsable des mesures judiciaires lorsque les lois concernant la protection de l'environnement et de la santé sont enfreintes. La mondialisation a augmenté les possibilités d'éviter ou de ne pas respecter les dispositions réglementaires dans les pays.

OPTIONS

- Adopter des mesures législatives au niveau national pour faciliter l'application de la Déclaration mondiale sur la santé, en coopération avec les professionnels de la santé publique et de l'environnement.
- Harmoniser les régimes juridiques et de responsabilité des différents pays et faire en sorte que les activités menées dans un pays ne nuisent pas à l'environnement ou causent des blessures dans d'autres.
- Faciliter les procédures contre des entreprises commerciales et industrielles qui portent atteinte à la santé.

Médias

Les divers médias influencent de plus en plus les valeurs et façonnent l'opinion publique, les conceptions et les comportements relatifs à la santé. L'influence des médias a été renforcée par l'évolution rapide des technologies de la communication, et notamment des télécommunications.

Les questions de santé prennent une importance croissante dans les médias et le secteur de la communication. D'une part, cela permet de donner des informations sur la santé et de dénoncer publiquement les activités qui représentent des risques pour la santé. D'autre part, il existe un risque que la publicité et la promotion sous toutes leurs formes ne servent les intérêts des producteurs de risque, par exemples les industries de l'alcool et du tabac, qui font de la promotion pour des choix malsains.

OPTIONS

- Création de partenariats pour une communication favorable à la santé (avec la participation de l'État central, des autorités locales et municipales, des instituts de santé, des entreprises industrielles et commerciales et des associations de consommateurs), pour fournir des informations exactes, utiles et rapides sur la santé.
- Formation des personnes qui ont des activités de communication dans le domaine de la santé et élaboration de codes de déontologie pour elles.

Secteur sanitaire

Le présent chapitre ne porte pas sur le secteur sanitaire, bien qu'il joue un important rôle de motivation dans l'action multisectorielle pour la santé et constitue un partenaire important. Le chapitre suivant portera sur l'action à mener à l'intérieur du secteur de la santé. La question de la responsabilité commune et du partenariat entre secteurs sera examinée au chapitre 7.

Chapitre 6

Secteur de santé axé sur les résultats

But 15 – Secteur de santé intégré

But 16 – Gestion axée sur la qualité des soins

But 17 – Financement des services de santé et affectation des ressources

But 18 – Amélioration des ressources humaines pour la santé

6.1 Introduction

La stratégie de la Santé pour tous, par nécessité, aborde sous un angle très large la question de l'étendue et du contenu du secteur de santé, ce qui est inévitable car beaucoup de déterminants de la santé se situent en dehors du champ d'action des soins cliniques. Le secteur de la santé, sous la direction d'un ministre de la santé, a pour fonction première l'amélioration de la santé : il dispense les services de santé, est responsable de la politique et de la gestion sanitaires et mène des activités orientées aussi bien vers le citoyen ou patient individuel que vers la collectivité ou population.

Par services de santé on entend les structures et le personnel menant des activités dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, du traitement et de la réadaptation, en utilisant des ressources spécialement affectées à ces fins.

Les services de santé contribuent dans une mesure importante à la santé de la population. Ils absorbent des ressources économiques considérables et sont parmi les principaux employeurs dans chaque pays. Leur activité entretient un climat de sécurité chez les individus et de confiance dans la société ; il s'agit là de facteurs importants pour le développement de l'économie, et plus généralement de l'ensemble de la société.

Les conditions dans lesquelles les services de santé sont dispensés sont en train de changer rapidement du point de vue démographique, économique, politique et social, et les demandes adressées à ces services tendent à croître. L'augmentation du nombre de personnes âgées et l'aggravation des problèmes de pauvreté, de chômage et de migration (qui tous s'accompagnent de taux plus élevés de maladies chroniques et d'incapacité) soumettent l'ensemble des services de santé à une

pression toujours plus forte ; simultanément, l'introduction de technologies et de traitements nouveaux et coûteux sont un facteur majeur de renchérissement. Il n'est donc pas étonnant que dans tous les pays l'une des grandes préoccupations soit de maîtriser les dépenses de santé.

LA CHARTE DE LJUBLJANA

La Conférence de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé a donné l'occasion pour la première fois d'analyser les tendances en matière de réforme des systèmes de santé en Europe, d'identifier les problèmes et contraintes, et d'établir un échange d'expérience sur ces questions. Dans le cadre de ce processus d'analyse, on a aussi pu dégager les principes communs sur lesquels étaient fondés les systèmes de santé. La Charte de Ljubljana, fruit de ces efforts, a été adoptée par tous les États membres en 1996.

La Charte traite des réformes des systèmes de santé dans le contexte spécifique de la Région européenne et elle s'inspire d'un principe fondamental, à savoir que les services de santé devraient avoir pour finalité première d'améliorer la santé et la qualité de vie des populations. Elle souligne que la réforme du système de santé doit faire partie intégrante d'une politique sanitaire d'ensemble. La première étape consiste à élaborer une politique de la Santé pour tous ; il faut ensuite mettre au point des stratégies de réforme appropriées. Elle énonce aussi d'autres conditions auxquelles devraient satisfaire les systèmes de santé

- être guidés par les valeurs fondamentales de la dignité humaine, de l'équité, de la solidarité et de l'éthique professionnelle
- s'appuyer sur des objectifs clairs d'amélioration de la santé
- répondre aux besoins des citoyens ;
- viser à une amélioration constante de la qualité des soins ;
- être financés de telle manière que les soins de santé puissent être dispensés à tous les citoyens de manière viable ;
- être orientés vers les soins de santé primaires.

La Charte énonce aussi les principes d'une gestion efficace du changement : formulation de politiques cohérentes des services de santé, prise en compte des opinions et choix des citoyens, restructuration de la dispensation des services, réaffectation des ressources humaines, amélioration de la gestion et exploitation des enseignements de l'expérience.

La Charte de Ljubljana a des implications importantes pour la réforme des systèmes de santé dans le contexte européen. Au cours de la dernière décennie, la réforme prenait en compte d'autres impératifs que celui de la santé. Les principaux avaient trait à l'introduction de mécanismes de marché et à la maîtrise des dépenses, et de nombreux instruments avaient été mis au point pour mettre en place un marché concurrentiel dans le domaine des services de santé. Lors des débats de la Conférence de Ljubljana et des travaux sur l'élaboration de la Charte, ces instruments de réforme ont été remis en cause, en particulier ceux fondés sur la concurrence, du point de vue de leur impact sur la santé. Il est apparu que les mécanismes financiers et systèmes d'incitation devraient s'exercer sur le côté offre, plutôt que sur le côté demande, et si l'on voulait améliorer les résultats en matière de santé. En bref, la

Charte de Ljubljana a permis de recentrer l'attention sur l'amélioration de la santé et sur la prise en compte des résultats de santé dans la politique des systèmes de soins.

Source : La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé . Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l' Europe, 1996 (document non publié EUR/ICP/CARE 9401/CN01 Rev.1).

Au cours de ces dernières années, de nombreux efforts ont été faits pour réformer les systèmes de santé dans la Région. De nombreux gouvernements ont réexaminé leur rôle dans la fourniture des services de santé et ont commencé à introduire certains mécanismes de marché dans la dispensation des services. Parmi les approches adoptées, on peut citer la séparation des fonctions d'acheteur et de dispensateur de services, la mise en place d'éléments de concurrence dans les services de santé et de divers mécanismes de paiement. Par contre, les intentions exprimées au niveau politique dans de nombreux pays de réorienter les systèmes de santé vers les soins primaires n'ont souvent pas eu d'effet pratique. Un aspect qui a reçu une attention plus grande cependant est celui de l'introduction, de la formation et des fonctions du généraliste ou médecin de famille.

Les écarts en matière de dispensation des services de santé sont en train de s'accroître entre pays, et entre régions et groupes sociaux à l'intérieur des pays. Dans beaucoup de pays de la partie orientale de la Région la situation est maintenant critique. Dans de nombreux cas l'accessibilité et la qualité des services de santé se sont détériorées. De manière générale on continue de donner trop d'importance aux soins eux-mêmes et en particulier aux soins curatifs, alors que les éléments de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de réadaptation reçoivent beaucoup trop peu d'attention.

Jusqu'à-là, dans la plupart des pays, on considérait les soins cliniques individuels et la « santé publique » comme deux entités séparées, ayant des orientations, des principes d'affectation des ressources et une gestion différents. En outre, dans le cadre des soins cliniques, il existait trop souvent une coordination insuffisante entre le secteur hospitalier et celui des soins primaires, voire même une rivalité pour s'approprier prestige, influence et ressources.

L'approche de la Santé pour tous offre une nouvelle perspective, qui recentre l'attention sur le résultat final en matière de santé et traite des éléments de promotion de la santé, de prévention de la maladie, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de soins, non comme des entités séparées, mais comme les maillons d'une chaîne continue axés sur l'amélioration de la santé. Pour pouvoir traduire ce principe dans la réalité cependant, il faut disposer :

- d'un dénominateur commun permettant de comparer l'efficacité relative de chacun des éléments ci-dessus ; celui-ci peut seulement être une amélioration mesurée de l'état de santé de la population cible ;
- d'un système de gestion garantissant que les différents éléments du système reçoivent des ressources proportionnelles à leur valeur relative, qu'ils fonctionnent de manière à optimiser

les actions individuelles et combinées, et qu' ils sont suivis et évalués sur la base de leur impact sur les indicateurs reconnus de résultats en matière de santé.

Par conséquent, l' adoption de l' approche de la Santé pour tous implique l' adoption d' un étalon commun et la mise en œuvre d' une coopération plus étroite entre soins individuels aux patients et santé publique. De plus en plus cette approche consistera à mettre en œuvre le concept de la gestion de la santé publique par le biais de programmes de soins à large champ spécifiques à chaque maladie, dans lesquels les éléments promotion de la santé et prévention de la maladie, thérapie et réadaptation sont conçus de manière intégrée et où les décisions quant au choix et à l' importance relative des services à fournir se fondent sur des preuves.

6.2 Intégration des soins de santé primaires et des services hospitaliers

Une telle approche devrait s' appuyer sur un système de services et de soins de santé structurellement et fonctionnellement mieux intégrés que le système actuel, où les services sont souvent fragmentés aussi bien horizontalement que verticalement. Il est courant que les soins soient donnés de façon ponctuelle et divisés entre plusieurs médecins spécialistes, infirmières et autres professionnels de santé, au lieu d' être organisés dans le cadre d' une équipe multiprofessionnelle fournissant des soins complets et horizontalement intégrés. Quant à l' intégration verticale entre les soins primaires, les soins secondaires et les soins tertiaires, elle est aussi souvent insuffisante dans de nombreux pays, ce qui s' applique aussi bien entendu à la continuité des soins entre les divers échelons.

Différentes solutions en matière d' organisation et de dispensation des soins primaires ont été appliquées dans les pays : polycliniques, cabinets de groupe, pratique individuelle. Dans beaucoup de pays, les soins de santé sont mal coordonnés et leur responsabilité est divisée entre plusieurs autorités. Des structures verticales parallèles de soins subsistent dans un certain nombre d' États membres, par exemple pour la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles ou la santé maternelle et infantile, alors que leurs fonctions pourraient et devraient être assurées dans un cadre coordonné et intégré.

Les services d' hygiène de l' environnement, souvent, ne sont pas correctement intégrés avec les autres services de santé. Dans certains pays, les soins de santé primaires ont été utilisés comme cadre pour introduire la pratique libérale dans le système de santé, sans qu' il ait été pris de mesures sérieuses pour préserver l' équité, l' accessibilité et la continuité des services.

Incontestablement, les possibilités que devraient offrir les soins primaires de réduire le grand nombre d'hospitalisations injustifiées sont loin d'être réalisées. Dans beaucoup de pays, les hôpitaux continuent de dominer le secteur sanitaire et de traiter des patients qui pourraient être mieux pris en charge par la médecine de ville. Bien qu'en théorie il existe des mécanismes permettant d'une part l'hospitalisation rapide de patients provenant du secteur des soins primaires, mais aussi leur retour vers celui-ci après sortie d'hôpital, ces mécanismes, fonctionnent rarement en pratique.

Le rôle des individus dans l'auto-prise en charge et dans la détermination de leur propre santé n'est pas encore suffisamment reconnu, et les collectivités locales ne participent pas encore assez activement au traitement des problèmes de santé et aux soins. Les tendances récentes ont accru le potentiel d'action des citoyens en matière de soins ; ceux-ci sont mieux informés grâce à un meilleur niveau d'instruction, aux médias et à la technologie informatique, qui ont rendu l'information plus accessible. L'accès aux informations pertinentes, qui permet de lever les objections de sécurité, ouvre des perspectives accrues d'automédication.

Les services hospitaliers se sont développés de manière considérable dans la Région européenne aux cours des années 60, 70 et au début des années 80, mais ils ont depuis rencontré des difficultés croissantes. En Europe occidentale, après des années de compression des dépenses, on a observé dans de nombreux pays une baisse notable du nombre de lits hospitaliers et un renforcement des exigences en matière de productivité. Dans beaucoup d'hôpitaux, cette évolution s'est accompagnée d'une intensification du rythme de travail, d'une élévation du niveau de stress et d'une dégradation de la continuité des soins.

Dans la partie orientale de la Région, le nombre excessif de lits hospitaliers, hérité de la politique des services de santé menée par le passé, joint à une grave pénurie économique aux cours des années 90 ont abouti à une crise des hôpitaux caractérisée par la dégradation des bâtiments, l'usure des équipements, la pénurie de fournitures de base et l'incapacité financière à exploiter les progrès réalisés en technologie hospitalière.

BUT 15 – SECTEUR DE SANTÉ INTÉGRÉ

D'ICI 2010, LA POPULATION DE LA RÉGION DEVRAIT AVOIR UN BIEN MEILLEUR ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AXÉS SUR LA FAMILLE ET LE CADRE LOCAL, SOUTENUS PAR UN SYSTÈME HOSPITALIER SOUPLE ET APTE À FAIRE FACE À DIVERSES SITUATIONS.

En particulier :

- 15.1 au moins 90% des pays devraient avoir mis en place des services de soins de santé primaires complets, qui assurent la continuité des soins en utilisant des systèmes d'orientation des patients – garantissant une bonne utilisation des ressources et efficaces sur le plan des

coûts – vers des services de soins hospitaliers secondaires et tertiaires, et qui effectuent le renvoi de l'information depuis ceux-ci

- 15.2 dans au moins 90% des pays, les médecins et les infirmières de santé familiale devraient former le noyau de ces services intégrés de soins de santé primaires, qui devraient faire appel à des équipes pluridisciplinaires regroupant des professionnels des secteurs de la santé et de l'action sociale et d'autres secteurs, et devraient bénéficier de la participation de la population locale;
- 15.3 au moins 90% des pays devraient avoir mis en place des services de santé qui permettent aux individus de participer aux soins, en reconnaissant et en soutenant leur rôle de dispensateur de soins.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Aussi bien pour l' Europe occidentale que pour l' Europe orientale, la seule solution raisonnable du problème actuel consiste à mettre en place un système de services de santé mieux intégré dans lequel les soins de santé primaires sont équipés de manière à pouvoir résoudre tous les problèmes qui peuvent être efficacement traités à ce niveau, les services hospitaliers étant réservés aux autres problèmes. Dans cette approche, l' on donne fondamentalement la priorité aux soins de santé primaires et l' on s' efforce d' utiliser les ressources de la société de manière à maximiser les résultats en matière de santé. Un tel système est fondé sur une intégration des soins primaires, secondaires et tertiaires, et il est économiquement, politiquement et socialement adapté aux conditions spécifiques de la société au sein de laquelle les soins sont dispensés.

6.2.1 Les fonctions de services de santé intégrés

Évaluation des besoins

Les fonctions d' un service de santé devraient répondre aux besoins de la société, et une évaluation de ces besoins, effectuée par les méthodes de l' épidémiologie appliquée, devrait servir de base à la planification et à la dispensation des services. Les besoins spéciaux des enfants, des personnes âgées, des groupes marginalisés, et de fait, de toute la population desservie (compte tenu du nombre croissant de personnes sans-abri et autres personnes « exclues » dans tous les pays) devraient être pris en compte de cette manière.

Les priorités des programmes et activités ainsi définis pourraient se rapporter à diverses fonctions des services de santé telles que celles de promotion de la santé et de prévention de la maladie, ou à des problèmes situés à l' extérieur du champ d' action normal des services de santé, tels que ceux ayant trait à l' environnement ou aux conditions sociales au sein de la collectivité.

Promotion de la santé et prévention de la maladie

Les services de santé ne sont pas limités au diagnostic et au traitement, et, par le biais de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, ils contribuent au maintien de la santé pendant tout le cycle de vie. Ces services devraient se fonder sur une perception globale de l'être humain et viser à apporter à ce dernier bien-être physique, mental et social. C'est dans le cadre des soins primaires que ces services peuvent être le plus facilement intégrés et dispensés.

En matière de promotion de la santé, les activités de conseils sur des aspects importants du mode de vie tels que nutrition, exercice, consommation d'alcool et sevrage tabagique ont le plus d'efficacité lorsqu'elles sont prolongées, systématiques et continues, et lorsqu'elles sont dispensées aux familles et collectivités à tous les niveaux. Dans le cadre de cette approche axée sur la population, des conseils individuels peuvent être donnés au cas par cas à ceux qui consultent les services de santé pour une raison quelconque. Les activités de dépistage en vue de détecter les conditions préalables à une maladie ou les stades précoces de celle-ci doivent être systématiquement organisées au niveau des soins de santé primaires ; il en va de même des services de vaccination nécessaires.

LES INTERVENTIONS EN FAVEUR DU SEVRAGE TABAGIQUE AU NIVEAU DES SOINS PRIMAIRES

Au Royaume-Uni, l'intégration des objectifs nationaux de santé dans le cadre du système réglementaire a eu pour résultat la prise en charge de ces objectifs nationaux par les plans locaux d'achat de soins, en plus des priorités sanitaires fixées au niveau local. En outre, les contrats des généralistes spécifient expressément que ceux-ci doivent donner des conseils de promotion de la santé aux patients. Dans le cadre de l'achat de services de promotion de la santé par le biais de contrats, les interventions de promotion de la santé ont été évaluées aussi bien du point de vue clinique que du rapport coût-efficacité. Il a été démontré qu'en matière de sevrage tabagique, les interventions menées au niveau des soins primaires, tels que les services de conseils de courte durée, sont un moyen économiquement très efficace d'obtenir des améliorations de la santé au sein de la population.

Sources : *European health care reform*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO Regional Publications, European Series, No. 72); Buck, D. The cost-effectiveness of smoking cessation interventions: what do we know? *International journal of health education*, **35**(2): 44-52 (1997).

Le rôle des soins de santé primaires dans les actions d'hygiène de l'environnement devrait être réévalué. Les pays de la partie occidentale de la Région auront sans doute besoin de pouvoir s'appuyer sur un réseau de relations plus actives et sur un soutien organisationnel pour assumer ce rôle ; dans la partie orientale par contre, il faudra améliorer l'intégration, notamment par le biais des services sanitaires épidémiologiques dans les NEI.

Diagnostic et traitement

Le diagnostic en temps opportun et le traitement efficace des maladies doivent être assurés. Dans le premier cas il faudra que la population générale et les professionnels de santé soient informés des maladies qu' ils rencontreront à divers stades du cycle de vie, ainsi que de leurs symptômes. Les professionnels de santé devraient avoir reçu une formation leur permettant de vérifier, lors de consultations, l' existence de maladies éventuelles ayant un lien avec l' âge du patient.

Le schéma actuel de soins fragmentaires pour les épisodes isolés de maladie, souvent dispensé par différents médecins spécialistes, devrait être remplacé par un système intégré de soins de santé complet et continu, et par une relation de travail entre dispensateurs et population fondée sur la confiance. Une attention particulière devrait être portée aux services d' urgence pour les cas de maladies aiguës, d' accidents et de catastrophes.

Réadaptation

Une réadaptation efficace nécessite continuité, dialogue, suivi et persévérance. C' est une fonction qui relève des trois niveaux de soins. Les services spéciaux tels que ceux de physiothérapie, d' orthophonie et de réinsertion professionnelle et sociale ont des fonctions essentielles et spécifiques à remplir.

Les services de protection sociale, qui se situent en dehors du cadre normal des soins de santé, sont appelés à jouer un rôle important d' aide à la réinsertion sociale, ainsi que de soutien aux malades ayant une incapacité chronique et de conseil aux personnes ayant des difficultés à faire face aux problèmes de vie quotidienne et de survie dans la société moderne. Les soins primaires devraient être le lieu de coordination naturel des activités de ces réseaux.

6.2.2 Organisation de services de santé intégrés

Soins axés sur la famille

Comme il a déjà été dit au chapitre 5, les familles (ménages) sont l' unité de base de la société où les dispensateurs de soins sont en mesure non seulement de répondre aux plaintes du patient en ce qui concerne ses problèmes physiques somatiques, mais aussi de tenir compte des aspects psychologiques et sociaux de son état. Il est important pour les dispensateurs de soins primaires de savoir dans quelles conditions les patients vivent : les facteurs tels que logement, situation familiale, emploi et environnement social et physique peuvent avoir des répercussions considérables sur leurs maladies. À défaut de ces informations, les symptômes observés risquent d' être mal interprétés et les problèmes mal identifiés et mal traités. Il résultera à tout le moins des actes de diagnostic et de

traitement non appropriés, et donc des coûts injustifiés sans pour autant que les problèmes réels soient résolus.

Lorsque les professionnels de santé ont à desservir une population définie les relations entre les professionnels et la population sont resserrées. Pour la dispensation de la gamme complète de services décrite jusqu'ici, il est donc très important que chaque médecin de famille et chaque infirmière de famille desservent une population précise définie, soit en fonction d'une zone géographique, soit par inscription sur une liste. Dans l'un et l'autre cas, il est également important que les individus puissent choisir librement un professionnel qu'ils considèrent comme leur étant attiré, parmi la liste de ceux exerçant dans la zone. L'instauration d'une telle relation entre les professionnels et la population facilite beaucoup l'exécution des fonctions et activités de soins primaires. Elle offre aussi des garanties d'efficacité, les médecins étant mieux en mesure d'identifier les problèmes de santé lorsqu'il s'agit d'un patient qu'ils suivent pendant tout son cycle de vie. En outre, elle permet de satisfaire à la condition de continuité des soins, étant donné qu'une même personne est suivie de manière continue par le même professionnel.

Auto-prise en charge

Comme il a déjà été dit à la section 4.4, il sera possible d'exploiter beaucoup mieux le capital santé si les systèmes de santé reconnaissent pleinement la contribution que les individus peuvent apporter eux-mêmes à l'amélioration de leur propre santé (par l'auto-prise en charge) et prennent des mesures actives pour leur donner les moyens de le faire. Il incombe aux autorités publiques de faire en sorte que les citoyens reçoivent des informations détaillées, précises et en temps voulu sur la santé et les soins de santé par diverses voies de communication ; l'information est un facteur clé de la santé des populations et de la manière dont elles utilisent les services de santé.

Les professionnels de santé devraient aussi faire fonction d'agents, de guides et de conseillers auprès de leurs patients dans leurs relations avec les autres institutions et avec les services sociaux et autres services périsanitaires. Aussi bien au niveau national qu'à celui des collectivités locales, la formation d'organisation de patients devrait être encouragée et leur action soutenue.

AU PORTUGAL, LES PHARMACIENS PRODIGENT DES CONSEILS

« *Ne réutilisez pas les seringues* », disent les pharmaciens portugais, qui proposent de les échanger. Cette initiative permet d'éviter la transmission du VIH entre toxicomanes et, indirectement, la transmission sexuelle. Elle a été lancée en octobre 1993 dans les 2500 pharmacies du pays et a été couronnée de succès à en juger par le nombre de seringues échangées et la réaction positive des toxicomanes. D'autre part, les pharmaciens contribuent à prévenir la diabète primaire et secondaire en favorisant un diagnostic précoce et en donnant des conseils sur des modes de vie sains qui sont suivis

par un certain nombre de personnes. Le Forum européen des associations de pharmaciens et de l'OMS encourage le lancement d'actions comparables dans plusieurs autres pays.

Source : Matias, L. et Teles, A. Association portugaise des pharmaciens (informations non publiées) Soares, M.A. et coll. Hôpital Santa Maria, Lisbonne (informations non publiées).

Dans de nombreux pays, il existe une mode de plus en plus répandue de recours aux traitements et dispensateurs « alternatifs ». Toute philosophie dans laquelle les êtres humains sont perçus comme entités globales douées du libre choix est compatible avec l'existence de services de soins alternatifs parallèlement à la médecine classique. Il faudrait cependant veiller, en ce qui concerne ces services aussi, au respect de normes éthiques rigoureuses, à la protection des consommateurs contre l'exploitation, et à l'utilisation des fonds publics exclusivement pour des traitements dont l'effet est scientifiquement démontré.

Soins à domicile

Les besoins de soins à domicile se développent en même temps que l'évolution de la structure démographique, les progrès de la technologie et les demandes de la population. Le domicile est le cadre où les soins de santé sont le plus couramment fournis. Des visites régulières à domicile par du personnel de santé sont un élément important des services de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Le suivi de malades chroniques ou de patients convalescents a généralement lieu dans cet environnement.

Les services de soins de santé primaires devraient assumer un rôle spécial à cet égard vis-à-vis de la population qu'ils ont à desservir, et coopérer avec elle en tant que coproducteurs de santé et de soins ; ils devraient informer et conseiller les individus sur la manière de préserver leur santé et leur fournir un soutien, notamment sous la forme de soins à domicile, lorsqu'ils se soignent eux-mêmes.

Les soins de santé primaires doivent aussi apporter un soutien aux personnes atteintes d'une incapacité physique ou à celles souffrant de troubles de santé mentale, et s'efforcer de leur fournir des soins qui leur permettent de garder leur capacité fonctionnelle dans l'environnement domestique et si possible sur le marché du travail. Un habitat protégé doit être offert à ceux qui en ont besoin ; par contre on ne devra recourir aux soins en maison de retraite que dans les cas où cela est inévitable. Les programmes de santé pour ces groupes de clients devront être établis conjointement par les services de santé, les services sociaux, les écoles, les ONG et en particulier les groupes d'entraide.

Enfin, les soins de santé primaires doivent aussi apporter un soutien aux personnes âgées, compte tenu de leur nombre croissant et de l'aggravation de leur isolement et de leur dénuement, en particulier chez ceux souffrant de maladie chronique ou d'incapacité. Ils devraient fournir et coordonner

les soins à ce groupe de patients, y compris les soins à domicile et, lorsque cela est nécessaire, les soins en maison de retraite. Ceux-ci devraient être conçus pour répondre aux besoins divers de différents patients : les services de soins de jour, de soins de nuit et de soins de courte durée et de longue durée devraient faire partie, de l'activité des équipes de soins de santé primaires ou en tout cas être étroitement coordonnés avec celle-ci.

École et lieu de travail

Comme il a été dit au chapitre 5, il faudra porter plus d'attention à l'école et au lieu de travail, qui sont des cadres importants de dispensation des soins primaires. Les services de santé scolaire, par leurs activités de promotion et de prévention, et diagnostiques et thérapeutiques, peuvent jouer un rôle majeur en ce qui concerne la santé des enfants et leurs résultats scolaires.

Les services d'hygiène du travail devront s'occuper de tous les aspects de la relation entre travail et santé. Il faudra bien entendu porter une attention spéciale au lieu de travail du point de vue des services de prévention et de la sécurité du travail. Tout en s'appuyant normalement sur une structure organisationnelle distincte, ces services font partie des soins de santé primaires et devraient travailler en étroite liaison avec les autres cadres de soins primaires.

Systèmes d'orientation

Par « système efficace d'orientation » on doit entendre un système bien organisé d'orientation et de transmission d'informations entre les soins primaires, les soins secondaires et les soins tertiaires. Tous les problèmes dont souffrent les patients ne peuvent pas, bien sûr, être traités par les soins primaires. Les personnes ayant des problèmes complexes ou graves doivent être orientées selon les besoins vers le spécialiste compétent en temps voulu, pour éviter des complications ou incapacités évitables. L'aptitude à reconnaître les situations qui justifient une orientation est l'une des compétences importantes que devraient acquérir tous les professionnels de santé travaillant dans le domaine des soins primaires. Une fonction qui découle logiquement de l'orientation est l'échange d'information dans les deux sens entre les niveaux primaires, secondaires et tertiaires, afin de garantir le suivi et la continuité des soins, étant entendu que les services de soins primaires auront à nouveau la responsabilité de suivre et d'assister les patients après que ceux-ci aient reçu des soins aux niveaux secondaires et tertiaires. De nombreux pays sont allés plus loin dans cette voie en prescrivant que la première consultation du patient auprès des services de santé doit obligatoirement se situer dans un cadre de soins primaires, celui-ci jouant donc officiellement le rôle de « gardien de l'accès ». De fait, un tel système est favorable à l'efficacité du système de soins, car il permet d'éviter des consultations superflues ou d'un niveau technique injustifié auprès des services secondaires et tertiaires. La mise en place de ce système d'orientation, incontestablement, nécessite de disposer de médecins solidement formés travaillant dans un cadre de soins primaires bien organisé. Il est à noter que les patients orientés ne le sont pas seulement vers des services

médicaux secondaires et tertiaires, mais aussi vers d' autres professionnels de santé au niveau primaire, voire vers des institutions périsanitaires telles que les services de protection sociale.

6.2.3 Structures de soins de santé primaires

Les structures de soins de santé primaires peuvent jouer le rôle de relais entre les divers cadres dans lesquels fonctionnent les services de santé et ceux d' autres secteurs. Des structures telles que cabinets de groupe, polycliniques, centres de santé et autres lieux de premier contact jouent un rôle crucial dans l' exécution des fonctions principales des soins de santé primaires, en établissant des liens entre équipes de soins multidisciplinaires de professionnels, institutions locales, ONG, écoles locales, médias locaux et entreprises locales, par exemple pour l' application d' une approche multi-sectorielle du traitement des problèmes.

6.2.4 Hôpitaux

Les soins secondaires et tertiaires appuient l' activité des soins de santé primaires en fournissant des services techniques de diagnostic, de traitement et de réadaptation. Dans la plupart des États membres, ces services devraient assister et soutenir de manière plus effective les soins primaires, et se concentrer sur les fonctions qui ne peuvent pas être assumées efficacement par ces derniers. Par contre les patients qui peuvent être pris en charge de manière cliniquement correcte dans un cadre de soins primaires devraient l' être effectivement.

La planification des structures de soins secondaires et tertiaires conformément au principe d' un système « régionalisé » en fonction d' une population permet d' utiliser plus rationnellement des technologies coûteuses et l' expertise d' un personnel hautement qualifié. À cet égard, les administrateurs sanitaires régionaux et le personnel de gestion hospitalière devraient disposer d' informations beaucoup plus complètes sur les besoins de santé de la population desservie, pour pouvoir mettre en place une hiérarchie rationnelle des services et évaluer si les problèmes de santé sont efficacement pris en compte. Cela nécessitera de disposer de meilleurs systèmes d' information et de gestion traitant à la fois des soins aux patients et des procédures administratives.

Afin de rationaliser l' utilisation des structures de soins de santé secondaires et tertiaires, il devrait être adopté des politiques de « substitution » dans le cadre de l' orientation, ce qui impliquera de modifier le lieu de diagnostic et de traitement de manière à tenir compte d' autres structures, outre les services hospitaliers classiques, et de transférer les responsabilités et tâches d' une catégorie de personnel sanitaire à une autre. Une tendance que l' on retrouve actuellement dans beaucoup de pays est la réduction du nombre de patients hospitalisés. Divers systèmes : « hôpitaux de jour », « hôpitaux de court séjour » et « hôpitaux sans lits » ont été mis en place pour offrir des services de soins ambulatoires de très courte durée. Quant au terme « hospitalisation à domicile », il a été utilisé pour décrire des services très spéciaux organisés pour les hôpitaux pour desservir la population dans

son cadre de vie (par exemple pour les malades rénaux chroniques sous hémodialyse à domicile). Dans la partie orientale de la Région, il faudra réduire le nombre excessif de lits d'hôpitaux ; toutefois cette réduction devrait procéder parallèlement à la mise en place de politiques de substitution.

Les hôpitaux de la Région européenne fournissent maintenant souvent des services aussi bien aux malades aigus qu'aux malades chroniques. Il faudrait cependant mieux distinguer entre ces deux catégories afin d'optimiser l'utilisation des ressources et de l'expertise du personnel. Les hôpitaux pour la première catégorie de patients devraient fournir des soins aigus dans les cas graves où ceux-ci ont besoin d'avoir accès à leurs services cliniques de diagnostic, de traitement et de réadaptation. Par contre, les établissements de long séjour pour les malades chroniques et autres établissements de soins de longue durée devraient s'efforcer d'offrir un environnement plus proche du cadre de vie normal et des soins adaptés aux besoins spéciaux de leurs occupants. Ces établissements ne devraient pas être de trop grande dimension et devraient de préférence être considérés comme relevant du secteur des soins primaires ou du secteur social plutôt que du secteur hospitalier.

Outre les coûts en personnel, les frais d'exploitation des hôpitaux sont grevés par le coût de l'entretien de leur infrastructure et de l'amélioration constante de la sécurité et des équipements, des installations de gestion des déchets et d'autres aménagements physiques et techniques. Il y a là un argument de plus en faveur du recours le plus large aux soins primaires, économiquement plus efficaces, au lieu de ces structures coûteuses pour autant que cela soit cliniquement acceptable.

6.3 Gérer pour améliorer les résultats en matière de santé

La finalité du développement sanitaire est de contribuer à l'amélioration de la santé ; des mesures systématiques des résultats en matière de santé pour la Région dans son ensemble et pour chaque État membre ont été effectuées depuis 1984, au moyen d'indicateurs de la Santé pour tous relatifs aux résultats, adaptés à chaque but régional de la Santé pour tous. Toutefois, seuls quelques pays ont fixé leurs propres buts et indicateurs particuliers et très peu ont pris les résultats en matière de santé comme critère principal de la gestion du secteur sanitaire. Quant au nombre de pays où ces résultats sont utilisés comme paramètre principal pour la gestion des établissements individuels de soins, il est encore plus réduit. Enfin dans aucun pays, que ce soit de la Région européenne ou d'ailleurs, il n'a été mis en place un système où les cliniciens reçoivent en continu des informations sur les résultats des soins qu'ils dispensent.

Cette situation témoigne d'une très sérieuse lacune dans la philosophie et la pratique de la gestion des soins. Cette insuffisance empêche le système de soins d'être centré sur ses tâches premières et il en résulte que la pratique actuelle dans la Région européenne est en grande partie de qualité infé-

rieure à la qualité théorique ; elle entraîne aussi un gaspillage de ressources. Le principal défi dans le domaine des soins de santé qui se posent à tous les États membres de la Région européenne sera donc de recentrer la gestion des services et soins de santé sur la mesure de l' impact réel des différentes interventions sur la santé des populations. L' utilisation d' indicateurs de résultats en matière de santé offre une base uniforme pour cette entreprise.

Jusqu' à tout récemment, on admettait de manière générale que tout médecin ou autre dispensateur bien formé, tenu constamment au courant des derniers progrès scientifiques et travaillant dans un établissement de soins bien équipé dispenserait obligatoirement des soins de qualité homogène et élevée. Cependant, l' on dispose de plus en plus de preuves que cette hypothèse ne se vérifie pas et que malgré les vastes connaissances existantes, il existe de larges (voire de très larges) variations dans les résultats des soins. Ces disparités de résultats sont observées non seulement entre pays ou entre régions à l' intérieur d' un pays, mais aussi entre établissements, services hospitaliers et dispensateurs individuels.

La solution serait évidemment que les systèmes d' information, à tous les niveaux, favorisent une gestion fondée et une amélioration continue de la qualité. Actuellement cependant, dans la Région européenne, les établissements et dispensateurs de soins ne disposent pratiquement jamais des informations de base dont ils auraient besoin sur la qualité des soins qu' ils dispensent quotidiennement. Par contre, la situation est nettement meilleure en ce qui concerne l' information au niveau des populations, car les indicateurs régionaux de la Santé pour tous (plus de 200) adoptés en commun par les États membres depuis 1984 ont permis d' établir une base de données unique en son genre utilisable pour la comparaison de différentes stratégies sanitaires.

BUT 16 – GESTION AXÉE SUR LA QUALITÉ DES SOINS

D'ICI 2010, LES ÉTATS MEMBRES DEVRAIENT FAIRE EN SORTE QUE LA GESTION DU SECTEUR SANITAIRE, DEPUIS LES PROGRAMMES ORIENTÉS VERS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION JUSQU'AUX SOINS AUX PATIENTS AU NIVEAU CLINIQUE, SOIT AXÉE SUR LES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ.

En particulier :

- 16.1 l'efficacité des grandes stratégies de santé publique devrait être évaluée en fonction des résultats en matière de santé et il faudrait de plus en plus prendre des décisions concernant les différentes stratégies possibles pour faire face aux divers problèmes de santé sur la base d'une comparaison des résultats en matière de santé et du rapport coût-efficacité obtenu grâce à ces stratégies ;
- 16.2 tous les pays devraient avoir mis en place, à l'échelon national, un mécanisme de surveillance et d'amélioration constante de la qualité des soins pour au moins dix maladies graves, qui mesure les effets sur la santé, le rapport coût-efficacité et la satisfaction des patients
- 16.3 pour au moins cinq des maladies graves susvisées, les résultats en matière de santé devraient faire ressortir une amélioration sensible et des enquêtes devraient mettre en évidence une satisfaction accrue des patients à l'égard de la qualité des services reçus et un plus grand respect des droits des patients.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Par qualité il faut entendre degré d'excellence, et la recherche de la qualité ne devrait pas être interprétée comme étant un simple processus administratif visant à atteindre un niveau de qualité fixé au préalable, mais comme un processus dynamique stimulant l'esprit d'innovation en vue d'améliorer de manière continue les résultats en matière de santé. Il est donc essentiel que les services de santé soient organisés de telle manière que les résultats en matière de santé soient le principal critère d'identification des ressources entrantes, de définition des mécanismes et d'évaluation des produits sortants. Le processus entier devrait être axé sur les objectifs de l'amélioration de la santé, de la satisfaction du patient et du rapport coût-efficacité, contrairement aux pratiques traditionnelles de gestion dans lesquelles le système de santé est seulement considéré du point de vue des ressources entrantes, les plans étant établis sur la base de celles-ci.

Politiques au niveau national et au niveau professionnel

L'une des premières tâches sera d'élaborer une politique commune pour chaque pays fondée sur ces principes ; on pourra s'inspirer à cet égard des modèles mis au point par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en coopération avec les administrations nationales et organisations professionnelles (voir ci-dessous).

POLITIQUES NATIONALES D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS

Plusieurs pays se sont attaqués à la question de l'amélioration continue de la qualité des soins en établissant des politiques nationales à ce sujet. De telles politiques ont été mises au point avec l'assistance de l'OMS au Danemark (1993), en Belgique (1995), en Slovénie et en Pologne, ou sont en cours d'élaboration en Hongrie et en Lituanie notamment. Au Danemark, la formulation de cette politique a été suivie par la mise en place de nombreuses bases de données nouvelles et de critères de qualité fondés sur des preuves. Le Forum européen des associations nationales de médecins et de l'OMS a élaboré et approuvé un modèle de politique d'amélioration de la qualité des soins pour les associations, conforme aux politiques nationales, et il s'efforce de promouvoir des initiatives à ce sujet parmi ses membres.

Sources : Blomhøj, G. et al. *Continuous quality development: a proposed national policy*. (Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/CLR 059) Borgions, J. et al. Développement continu de la qualité des soins: Proposition de politique nationale. Bruxelles, Ministère de la santé publique et de l'environnement et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1995 *Recommendations for national medical associations regarding quality of care development*. *Medisch Contact*, 38: 166 (1993).

Indicateurs de résultats

Il faudra établir un jeu minimal d'indicateurs de résultats pertinents et mesurables, en particulier d'indicateurs sur les résultats en matière de santé, pour soutenir toutes les interventions menées dans les domaines de la santé publique et des soins cliniques individuels. Ces indicateurs devraient être adoptés au niveau international (pour permettre de tirer les enseignements de comparaisons entre pays), régulièrement suivis et évalués dans le cadre du fonctionnement régulier des services de santé. Pour tout programme sanitaire, de tels indicateurs de résultats, qui devraient être scientifiquement valides et fondés sur l'expérience pratique, traitant des divers éléments des soins (promotion de la santé, prévention de la maladie, traitement et réadaptation), devraient être utilisés pour comparer la valeur relative de chacun de ces éléments lors de la planification et de la gestion des programmes.

Les indicateurs de résultats aident à mesurer l'efficacité respective des interventions, et ils devraient être utilisés pour le suivi des soins quotidiens aux malades et pour l'évaluation des nouvelles technologies diagnostiques et thérapeutiques (ce qui devrait inclure les nouveaux produits pharmaceutiques et équipements médicaux), aussi bien pendant les essais préalables que l'utilisation régulière ultérieure. Ils peuvent aussi devenir un instrument important dans le cadre des nouvelles techniques de gestion, notamment pour le suivi de l'exécution des contrats entre acheteurs et dispensateurs de services et soins sanitaires. Ce point aura des implications pour le travail des experts de la gestion de la santé publique (voir la section 6.5 ci-dessous).

Une approche de l'amélioration continue de la qualité fondée sur une mesure effective des résultats et sur une pratique médicale à base objective permet d'utiliser avec plus d'efficacité les actes diagnostics et curatifs et de réduire les dépenses injustifiées en actes et en médicaments.

Il faudra veiller à ce que l'éducation et la formation des professionnels de santé leur confèrent les compétences nécessaires pour qu'ils participent activement à ce processus, et leur donnent les moyens d'évaluer la qualité et les résultats de leur activité clinique, ce qui est une condition nécessaire pour améliorer la dispensation des soins.

Pratiques de soins fondées sur des preuves

La qualité s'évalue sur la base de preuves et la détermination des résultats optimaux se fait en fonction des connaissances scientifiques. Les interventions (que ce soit dans le cadre des services sanitaires ou dans celui des soins eux-mêmes) doivent toujours tenir compte de faits scientifiquement démontrés. Les efforts pour recueillir systématiquement ces informations à propos de différentes interventions et pour les faire accepter par les dispensateurs de soins sont donc d'une grande importance.

Dans ce contexte, des tâches clés seront de faire le point et la synthèse des résultats de la recherche, de gérer des registres et bases de données sur la base d'indicateurs reconnus des résultats, et de diffuser le produit de ces travaux auprès des décideurs et des dispensateurs et utilisateurs de services. Ces produits pourront être considérés comme représentant des références des meilleures pratiques, à suivre ou à dépasser si possible.

Les recommandations en matière de pratique clinique devraient être établies sur la base des meilleurs résultats mesurés ; elles devraient être considérées comme étant la propriété de ceux qui auront à les utiliser, et elles devraient être fréquemment actualisées afin d'éviter toute stagnation de l'évolution. Une recherche dynamique en matière de qualité des soins doit s'alimenter à la fois à partir de la recherche fondamentale et à partir des innovations apparaissant dans la pratique quotidienne.

LA MISE EN PLACE DE PROGRAMMES CIBLÉS S'APPUYANT SUR DES DONNÉES SOLIDES PERMET D'OBTENIR DES AMÉLIORATIONS DURABLES DE LA SANTÉ

À Stockholm (Suède) un programme de détection et de traitement des rétinopathies liées au diabète répondant aux objectifs de la Déclaration de Saint Vincent a permis d'obtenir des résultats remarquables: sur une durée de dix ans, les taux de cécité dans cette partie de la Région ont été réduits de 60%. Il y a de grandes chances pour que ce programme puisse permettre des gains comparables dans de nombreuses autres parties de la Région, si l'on considère l'efficacité du projet, même dans un pays qui dispose déjà d'un système de soins efficace et moderne.

De tels programmes cependant doivent être élaborés sur la base de données cliniques solides. Le registre norvégien des coxopathies, qui est tenu par la Société norvégienne d'orthopédie, a permis d'enregistrer de manière continue tous les actes chirurgicaux relatifs à la pose de prothèses de la hanche et aux actes chirurgicaux ultérieurs. Les données sont renvoyées sous forme anonyme à tous les centres participants. Ce processus a permis d'adopter une approche beaucoup mieux ciblée dans

le domaine de la mise au point et de la dispensation des soins chirurgicaux ayant trait à cette opération en Norvège, du fait que les discussions sont maintenant fondées sur des données réelles. Ainsi par exemple, la base de données a permis de rationaliser beaucoup les actes médicaux relatifs à la chirurgie de la hanche, et en fin de compte d'améliorer la qualité des soins.

Sources : Stæhr Johansen, K. et al. Improving health of people with diabetes: The "end of the beginning". *Diabetes nutrition and metabolism*, **10**(3): (1997); Bäcklund, L.B. et al. New blindness in diabetes reduced by more than one-third in Stockholm county. *Diabetic medicine*, **14**: 732-740 (1997); L.I. Havelin, Chairman, Norwegian Hip Register, personal communication, 1998.

Systèmes d'information

Une étape indispensable de l'amélioration de la qualité est d'établir un système d'information au niveau clinique, fournissant en retour des informations à chaque professionnel de santé sur les résultats des soins qu'il dispense (voir aussi la section 7.2.2). Un système d'information à cette fin devrait être conçu pour permettre à chaque dispensateur de comparer ses résultats à ceux des autres dans l'anonymat (ce qui est une condition pour obtenir des informations justes et une large participation) ; l'expérience a montré que cette pratique a souvent un effet positif marqué et immédiat sur la qualité des soins fournis par les professionnels de santé qui lorsqu'ils se rendent compte que leurs résultats et que leur utilisation des techniques ne sont pas optimaux, sont fortement incités, pour des raisons d'éthique, à les améliorer.

De tels systèmes offrent aussi une possibilité unique d'identifier les professionnels qui obtiennent effectivement les meilleurs résultats en matière de soins. Paradoxalement, il ne s'agit pas toujours de ceux considérés comme les meilleurs, mais parfois de professionnels moins connus qui ont un esprit plus novateur, qui sont plus préoccupés du bien-être de leurs patients ou qui sont plus méticuleux dans leur travail. Cette constatation mène à une approche qui n'est fondée sur la notion d'assurance qualité mais sur celle d'amélioration de la qualité, dans laquelle les meilleurs praticiens jouent le rôle de « locomotive » par rapport au reste (voir la figure 6, concernant la santé bucco-dentaire). Elle ouvre la porte aux idées nouvelles et fait de la recherche d'une meilleure qualité une démarche continue et dynamique, où les méthodes donnant les meilleurs résultats apparaissent rapidement.

Après étude des informations relatives à la qualité recueillies sous forme agrégée au niveau de la population (collectivités locales, départements, régions, pays entiers), des objectifs d'amélioration de la qualité devraient être fixés pour une période donnée, et des indicateurs de qualité devraient être adoptés en commun.

Satisfaction des patients

Afin de donner aux citoyens les moyens de se prendre en charge, il faut leur fournir les informations nécessaires pour qu'ils puissent participer à l'évaluation de la qualité des soins. La participation de

la population à la prise de décisions relatives aux soins devrait être garantie à tous les niveaux. Il existe par exemple de nombreux groupes d'entraide et organisations de patients (associations de malades atteints d'insuffisance rénale chronique, d'hémophilie, de thalassémie, de diabète et d'asthme, et associations de parents de patients souffrant de troubles mentaux, par exemple) qui jouent un rôle très utile en faisant campagne pour l'amélioration des services dispensés. Ils contribuent de manière notable au suivi de la qualité des services et à l'amélioration de la prise en charge de chaque maladie ; cette activité se déroule parallèlement et parfois se recoupe avec les efforts menés pour l'amélioration des résultats et de la qualité dans le secteur sanitaire lui-même.

Tout comme les dispensateurs et acheteurs de soins, le public a besoin d'être bien informé, en particulier sur ce qu'il peut raisonnablement attendre en termes de qualité et de résultats des soins, s'il veut pouvoir faire des choix rationnels, avoir un dialogue informé avec les dispensateurs de soins et décider comment organiser sa vie lorsqu'il tombe malade ou qu'il subit un traitement. L'un des objectifs explicites des systèmes de santé, à l'avenir, devrait donc être de fournir aux citoyens et aux patients les informations nécessaires pour leur donner les moyens d'agir et d'améliorer eux-mêmes leur santé.

De nombreux pays européens ont décidé d'adopter une législation spéciale sur les droits des patients. Une approche suivie par d'autres consiste à appliquer des chartes des droits des patients élaborées au niveau international. La Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe (Amsterdam, 1994) offre un cadre utile pour les pays souhaitant prendre des mesures dans ce domaine. Ces initiatives devraient avoir pour principales retombées positives de permettre aux patients de mieux comprendre leurs problèmes de santé et leur traitement, et d'inciter les travailleurs de santé à tenir mieux compte des besoins et du point de vue des patients et à mieux les aider à gérer leur maladie.

6.3.1 Application d'instruments de gestion en vue d'améliorer les résultats

Une gestion plus souple

Une mesure qui devrait permettre d'améliorer grandement l'efficacité des services de santé est l'adoption d'une décentralisation plus poussée de la gestion. Une autonomie accrue des services, en outre, est compatible avec l'introduction de la concurrence ; cette dernière peut elle-même être favorisée par un plus grand degré de liberté du patient et par des mécanismes permettant d'affecter les ressources en fonction des résultats des indicateurs de qualité.

La conclusion de contrats entre acheteurs et dispensateurs de soins peut aussi être un instrument utile. Ce système peut permettre aux acheteurs de se concentrer sur la tâche de déterminer les besoins de santé de la population et d'y répondre au moyen de contrats coordonnés passés avec

toute une gamme de dispensateurs de services et de soins. Une telle concurrence entre dispensateurs est compatible avec l'instauration d'un système régionalisé, mais à condition que les acheteurs disposent d'un cadre stratégique cohérent et qu'il existe un degré raisonnable de coopération entre dispensateurs. Les contrats peuvent aussi favoriser l'amélioration de la qualité, si les indicateurs reconnus relatifs à celle-ci sont inclus dans les factures que les dispensateurs soumettent au tiers payant. Dans de tels cas, il faut veiller à ce que la confidentialité de l'identité des dispensateurs soit protégée. Des données agrégées au niveau de la population pourront servir comme l'une des sources d'information pour les évaluations sur la santé et les soins de santé et pour la fixation d'objectifs futurs ainsi que pour la passation de contrats dans un cadre promouvant l'amélioration continue de la qualité.

Ce sont cependant les professionnels de la santé, et non pas les gestionnaires, qui décident en dernier ressort de ce qui doit être fait dans le cadre du travail clinique quotidien avec chaque patient ; il est donc important que les gestionnaires soient perceptifs au point de vue des patients et des professionnels. La technologie de l'information devrait être utilisée pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité des services diagnostiques et thérapeutiques. Une meilleure communication entre les hôpitaux et le secteur des soins primaires, par exemple, peut favoriser la continuité des soins.

6.3.2 Planification des ressources entrantes en vue de résultats optimaux

Il faudrait veiller à mettre en place des mécanismes de planification rationnelle faisant de la qualité des résultats un objectif fondamental. Les ressources entrantes et les processus devraient être planifiés de manière à assurer des résultats satisfaisants en matière de santé, la satisfaction du patient et un rapport coût-efficacité satisfaisant. Parmi ces trois domaines de qualité, un choix explicite devrait être fait en faveur des résultats en matière de santé comme étant l'instrument le plus efficace pour atteindre les deux autres objectifs. La mise en place d'une approche destinée à favoriser une amélioration continue de la qualité implique que les professionnels de santé soient formés en tant que communicateurs, s'attachent à satisfaire les demandes du patient et soient conscients des implications de coût de leurs interventions.

En matière de ressources humaines, la planification devrait être telle que l'on dispose d'un assortiment de compétences permettant d'atteindre les résultats recherchés. Leur éducation et leur formation devraient leur conférer le savoir nécessaire pour mener à bien leurs tâches, ainsi que les compétences voulues pour mesurer et évaluer leurs résultats.

L'affectation des ressources financières devrait tenir compte des résultats obtenus et inclure des incitations à l'amélioration de la qualité des soins. Le choix des techniques utilisées, la dispensation de médicaments et l'infrastructure devraient être planifiés en fonction de cet objectif.

6.4 Financement et affectation de ressources aux services et soins de santé

6.4.1 Ressources financières

Niveau de financement

Un niveau de financement suffisant est une condition indispensable pour le fonctionnement des services de santé et la dispensation des soins. La part des dépenses de santé dans le PNB dépend en grande partie de la position économique d'un pays ; elle varie de 3,1 à 10,7% à l'intérieur de la Région. Il est manifeste que dans certains pays de la Région le niveau absolu de dépenses publiques en faveur de la santé est tout simplement insuffisant pour répondre ne serait-ce que partiellement aux attentes raisonnables de la population. Dans de nombreux pays en particulier, la promotion de la santé et la prévention de la maladie ne reçoivent pas un financement suffisant. Trop souvent, les mesures qui ont été adoptées pour limiter les dépenses touchaient les patients et utilisateurs du système de santé, plutôt que les établissements et dispensateurs de soins.

D'après les tendances observées dans la Région, il est probable que toutes ressources et investissements supplémentaires seront utilisés pour répondre aux besoins de développement des ressources humaines, en particulier dans le domaine de la santé, de l'éducation et de la culture. Comme on le sait les soins de santé dépendent de tout un ensemble de mesures d'investissement en faveur de la santé.

En prenant des mesures pour mettre l'accent sur la qualité des soins et sur la planification et la gestion de l'ensemble du secteur de santé, en évaluant la valeur relative des éléments de promotion de la santé, de prévention de la maladie, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soins, on devrait pouvoir libérer des ressources. Celles-ci pourraient être utilisées pour financer certains des investissements nouveaux nécessaires pour appliquer de nouvelles technologies plus efficaces (mais souvent coûteuses) et pour dispenser des soins au nombre croissant de personnes âgées.

Sources de financement

Les sources de financement varient d'un pays à l'autre, et elles vont des systèmes basés sur l'impôt à des systèmes fondés sur l'assurance. La question de savoir comment financer les services de manière à préserver à la fois l'accès universel et la viabilité financière suscite un débat très animé. Le plus souvent les pays utilisent un panachage de ces deux systèmes. Les pays de la partie orientale de la Région ont dans une large mesure appliqué par le passé des systèmes fondés sur l'impôt, mais certains sont en train d'introduire un système fondé sur l'assurance. D'autres pays, particulièrement dans le sud de la Région, sont en train d'abandonner un système de ce type pour recourir à des systèmes fondés sur l'impôt.

Les systèmes d'assurance privée fonctionnent souvent d'une manière qui va à l'encontre du principe de la solidarité sociale du fait de l'application d'un coefficient de risque individuel ; il s'agit là d'un régime d'assurance particulièrement inéquitable. Dans de tels cas, les primes versées par l'assuré à la compagnie d'assurance maladie sont ajustées en fonction du risque pour tenir compte de son état de santé. Tout système fondé sur la concurrence entre assurances maladie privées portera fatalement atteinte aux principes d'équité et de solidarité si les assureurs pratiquent l'écémage des risques.

Affectation des ressources financières

Les ressources devraient être affectées en fonction des besoins et priorités d'une société. Des choix devront être faits entre zones géographiques et services et entre formes de traitements particulières, ainsi que quant à l'utilisation de procédures novatrices ou coûteuses.

En vue d'optimiser l'affectation des ressources financières aux structures et services de manière à maximiser le bénéfice de santé et à réduire les coûts, plusieurs pays ont entrepris de procéder à une fixation des priorités sur une base plus systématique et explicite au cours des dernières années. La fixation de priorités fait intervenir plusieurs niveaux de décision, qui vont de ceux concernés par le financement global des services de santé par rapport aux autres secteurs sollicitant des ressources, jusqu'à ceux concernés par le traitement des patients individuels. Un certain nombre de pays de la Région ont abandonné les modèles intégrés de dispensation des services pour appliquer des systèmes établissant une séparation entre les tiers payants, publics ou quasi-publics, et les dispensateurs.

Du point de vue géographique, l'affectation des ressources dans la plupart des cas ne répond pas aux besoins. En particulier dans la partie orientale de la Région, des critères de financement fondés sur l'infrastructure ont de grandes chances de favoriser un excès de l'offre plutôt que de répondre aux besoins réels.

Rémunération des dispensateurs

Actuellement trois systèmes différents sont utilisés par les pays de la Région européenne pour la rémunération des médecins de soins primaires : salaire, capitation (dotation annuelle par personne dont le physicien à la charge permanente) et paiement à l'acte. Des incitations visant à récompenser les bonnes pratiques peuvent être utilisées avec l'un quelconque de ces trois systèmes. Chacun a ses avantages et ses inconvénients propres et aucun ne permet à lui seul de répondre à tous les objectifs de la politique.

Les dispensateurs de soins secondaires et tertiaires devraient être rémunérés de manière à contribuer à la limitation des dépenses et à maximiser le rapport coût-efficacité en termes de santé. Les modes traditionnels de paiement des hôpitaux (s'appliquant aux ressources entrantes, ou pseudo-sortantes, à savoir nombre de lits plutôt que résultats en matière de santé) n'offrent pas un moyen efficace de réaliser ces objectifs ; en outre, les systèmes rétrospectifs de paiement des hôpitaux fondés sur le volume des services sont non limitatifs, ce qui fait obstacle à la maîtrise des dépenses et de l'utilisation.

BUT 17 – FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET AFFECTATION DES RESSOURCES

D'ICI 2010, LES ÉTATS MEMBRES DEVRAIENT S'ÊTRE DOTÉS DE MÉCANISMES VIABLES DE FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET D'AFFECTATION DES RESSOURCES À CES DERNIERS, REPOSANT SUR LES PRINCIPES D'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS, D'EFFICACITÉ EN REGARD DES COÛTS, DE SOLIDARITÉ ET DE QUALITÉ OPTIMALE.

En particulier :

- 17.1 les dépenses consacrées aux services de santé devraient être suffisantes, tout en correspondant aux besoins sanitaires de la population
- 17.2 les ressources devraient être affectées à la promotion et à la protection de la santé, aux traitements et aux soins, compte tenu des effets sur la santé, du rapport coût-efficacité et des données scientifiques disponibles
- 17.2 les systèmes de financement des soins de santé devraient garantir une couverture universelle, la solidarité et la viabilité.

Financement viable des services de santé

Il est impossible de donner un chiffre absolu sur le niveau de ressources financières nécessaire pour faire fonctionner un service de santé, et il est difficile d'établir un lien entre ce niveau de financement et la situation sanitaire du pays. Manifestement, ce niveau devrait être supportable par le pays et suffisant pour répondre à la fois aux besoins des activités de promotion de la santé et de la dispensation de soins efficaces et de haute qualité. Ces objectifs sont simples à formuler mais beaucoup plus difficiles à concilier en pratique. Néanmoins, une analyse comparative de la situation actuelle dans les pays européens donne à penser qu'une part de 7 à 10% du PNB constitue une fourchette raisonnable en fonction de la capacité et des performances du système de santé, à supposer bien sûr que le niveau global du PNB du pays soit lui-même suffisant. En outre, dans la plupart des pays les tendances devraient refléter un accroissement de la part de ressources affectées à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie ainsi qu'aux soins primaires.

Il est à noter que la fourchette donnée plus haut est seulement de nature indicative ; il appartiendra à chaque pays de déterminer le niveau optimal en fonction de ses ressources économiques, de sa situation, de ses besoins en matière de promotion de la santé et de dispensation de soins efficaces et de haute qualité.

Financement collectif et solidarité

Quelle que soit la méthode principale de financement appliquée, les gouvernements, en tant que représentants élus de la population, ont pour responsabilité de veiller aux principes de solidarité et d'accès universel aux services sanitaires, ainsi que de maîtriser les dépenses globales. La position des gouvernements peut varier d'un pays à l'autre selon qu'ils sont la principale source de financement (dans les pays à régime fondé sur l'impôt) ou l'instance réglementant les contributions (dans les pays à système d'assurance sociale). Dans les deux cas cependant, leur rôle en tant que garants de l'accès universel et de la solidarité est crucial et il ne devrait pas être remis en cause.

Des mesures devraient être prises afin de promouvoir un financement collectif, que ce soit dans un régime d'assurance ou de financement par l'impôt, pour garantir la solidarité et le partage des risques. Un impératif fondamental pour les pays qui se sont engagés dans une transformation de leurs systèmes de financement est de trouver un compromis entre le principe de solidarité et les tendances de plus en plus courantes à introduire des mécanismes de concurrence jugés utiles pour promouvoir la qualité des soins et l'utilisation efficace des ressources. Du point de vue de la solidarité, l'obligation pour l'utilisateur de soins de payer directement une contribution pour chaque service est la forme de paiement des soins de santé la plus inéquitable, car ce paiement représente une part plus grande du revenu dans le cas des personnes démunies, lesquelles sont aussi de plus forts consommateurs de soins. De l'expérience collective il ressort qu'il faudra se garder d'adopter des réformes du financement qui remettent en cause directement le principe de solidarité.

En outre, dans le cas des pays en transition vers l'économie de marché qui sont en train d'adopter un financement fondé sur l'assurance sociale, l'introduction d'un tel système devrait être planifiée avec soin afin de garantir que les structures institutionnelles et techniques complexes nécessaires pour gérer un nouveau système fonctionnent effectivement comme elles le devraient.

MARCHÉ ET SOINS DE SANTÉ

L'expérience disponible aussi bien en Europe occidentale qu'en Europe orientale révèle que l'application incontrôlée des mécanismes du marché n'est pas compatible avec la nature de la santé en tant que bien social. Les mécanismes de marché, dans ce domaine ont des chances de mieux fonctionner, sur le plan financier et pratique, lorsqu'ils sont appliqués aux hôpitaux et aux médecins. Par contre, les efforts pour susciter une concurrence entre différents assureurs privés ou pour accroître la part des soins devant être payée par les patients n'ont pas donné de résultats très satisfaisants.

Pour que les mécanismes du marché, appliqués aux dispensateurs de services, fonctionnent de manière satisfaisante, il importe que l'État supervise et réglemente ces relations. La répartition entre institutions dispensatrices de soins publiques et privées varie beaucoup d'un pays à l'autre de l'Europe, mais dans tous les cas il ne saurait y avoir efficacité optimale et équité sans une réglementation cohérente et stable émanant de l'État.

Source : Saltman, R.B & Figueras, J. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHCRegional Publications European Series, No. 72).

Affectation des ressources en fonction des besoins

Les observations montrent qu'une approche stratégique de l'affectation des ressources et de la fixation de priorités est nécessaire afin de coordonner la prise de décision à différents niveaux. Cette démarche devrait commencer par une discussion et par un choix quant aux valeurs et principes à appliquer lors de la détermination des besoins et de la sélection des priorités. Un débat (auquel devraient participer les autorités, le service de santé et les dispensateurs de soins, le public et les patients) sur les questions éthiques, politiques et sociales qui doivent être prises en compte devrait précéder toute décision en matière de rationnement des ressources. Une mesure éventuelle de rationnement de l'accès à des services nécessaires devrait toujours être précédée d'un examen approfondi de l'organisation d'ensemble et du coût et de l'efficacité des services et soins fournis.

Des formules d'affectation des ressources en fonction des besoins ont été introduites dans certains pays de la partie occidentale de la Région et leur application est maintenant étudiée dans certains pays de la partie orientale, en particulier pour l'affectation géographique des ressources et services.

Le système de contrats de services est un mécanisme nouveau par rapport aux modèles traditionnels d'affectation des ressources, dans lequel les tiers payants et dispensateurs de soins doivent prendre des engagements explicites et sont incités économiquement à respecter ces engagements. Quatre motifs principaux, s'inspirant de la longue expérience acquise des systèmes d'assurance maladie, ont été cités en faveur de l'adoption de relations contractuelles dans le cadre des systèmes financés par l'impôt :

- encourager la décentralisation
- améliorer les résultats des dispensateurs
- améliorer la planification du développement des services et des soins de santé
- améliorer la gestion.

Le système des contrats peut favoriser l'équité si, sur la base d'une évaluation des besoins, les ressources sont affectées expressément en priorité aux groupes de population défavorisés. Le rôle des gouvernements à cet égard devrait être de garantir l'équité et d'éviter de favoriser les services rentables financièrement au détriment des services efficaces du point de vue de la santé.

Rémunération des dispensateurs de manière à les inciter à améliorer la qualité

Rémunération des dispensateurs de soins primaires

Les systèmes de rétribution des dispensateurs de soins primaires devraient favoriser l'obtention des meilleurs résultats de santé possibles. Un système de rémunération optimale devrait aussi répondre aux objectifs suivants : gestion financière des différents éléments des soins de santé primaires dans le cadre des dépenses globales des soins de santé d'un pays ; équilibre entre les éléments promotion de la santé, prévention de la maladie, traitement et réadaptation ; libre choix du dispensateur (infirmière, médecins, hôpital) pour tous les individus ; structures garantissant une rémunération efficace aux praticiens compte tenu de leur charge de travail et leurs mérites professionnels ; reconnaissance de la responsabilité des dispensateurs de soins vis-à-vis de la population et de leur devoir de rendre des comptes à celle-ci et de répondre aux besoins de la collectivité, de la famille et de l'individu ; promotion d'une collaboration étroite entre dispensateurs de soins ; prise des décisions selon un mécanisme démocratique. Enfin, ce système devrait permettre une gestion souple et rationnelle visant à favoriser l'amélioration continue de la qualité et du rapport coût-efficacité.

Les systèmes de paiement mixtes comprenant un élément prospectif fondé sur la capitation ainsi qu'un élément de paiement à l'acte pour des prestations particulières, semblent être une mesure efficace pour favoriser la maîtrise des coûts au niveau macrostructurel, tout en assurant la satisfaction du patient et du dispensateur et en offrant efficacité et qualité au niveau microstructurel. Les instruments disponibles pour la gestion incluent l'utilisation de différentes incitations en vue d'influer sur la structure des soins (offre accrue de services préventifs, par exemple) et d'assurer une répartition équitable des dispensateurs de soins primaires dans tout le pays.

Rémunération des services de soins secondaires et tertiaires

La budgétisation prospective présente des avantages évidents : elle limite les dépenses au financement d'un niveau donné de fourniture de services déterminée à l'avance pour une période définie. Un tel système peut être recommandé à condition qu'il inclue l'utilisation de mécanismes de régulation fondés sur la répartition des cas traités et de mesures de résultats. Les systèmes de classification fondés sur le diagnostic ou sur les caractéristiques des patients peuvent être utilisés pour une analyse plus poussée des structures de coûts, pour une évaluation des performances de l'hôpital et de la qualité des soins et pour faire des comparaisons entre hôpitaux en termes de coûts et de qualité, ainsi que pour la négociation de contrats entre hôpitaux et acheteurs de services.

Il est aussi possible d'appliquer de manière efficace une approche fondée sur le volume en utilisant des accords prospectifs de tarification et de contrats de services ou de planification pour des niveaux convenus de dispensation des services. On peut ainsi obliger les hôpitaux à satisfaire à des objectifs précis de maîtrise des dépenses et d'utilisation efficace des ressources et les inciter à réexaminer et modifier leur organisation, leurs effectifs et leur affectation interne des ressources.

6.4.2 Ressources humaines

On compte quelque 1,5 million de médecins, plus de 4,5 millions d'infirmières et des dizaines de millions de personnels parasitaires dans la Région. Ces quelques chiffres suffisent à montrer combien les ressources humaines sont un facteur critique dans tous les services de santé et jouent un rôle clé pour la mise en œuvre de la politique et des programmes. Des tendances différentes sont observées dans diverses parties de la Région. Les parties orientale et méridionale de la Région ont depuis longtemps une tradition de sureffectif dans les services de santé, pourtant, malgré le chômage et d'autres tendances du marché, l'offre de médecins n'a pratiquement pas baissé. Tout en étant en situation de sureffectif, un certain nombre de pays continuent d'avoir des difficultés en ce qui concerne la densité de personnel de santé dans les zones rurales. Dans de nombreux États membres, la pénurie de médecins et d'infirmières de famille convenablement formés et d'autres personnels de soins de santé primaires pose un sérieux problème, qui est dû notamment à une formation inappropriée des professionnels de santé, produisant souvent des médecins trop spécialisés et des infirmières sous-qualifiées. Dans de tels cas le système est orienté exclusivement vers la maladie et non pas à la fois vers la santé et la maladie, et il est marqué par l'hospitalocentrisme, voire même limité aux soins tertiaires très spécialisés. Par contre, les éléments de promotion de la santé et de prévention de la maladie sont le plus souvent dévalorisés. En outre, les différents professionnels de santé, du point de vue de leur formation, suivent des filières complètement séparées et ils n'ont donc pas de contact entre eux pendant celle-ci, ce qui ne contribue pas à favoriser le travail d'équipe.

Traditionnellement, la formation des personnels de santé porte trop peu d'attention aux éléments de leur activité qui sont cruciaux pour une action de santé dans la population. Ces éléments « manquants » sont notamment l'évaluation des besoins sur une base épidémiologique, les principes et la pratique de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et des soins de réadaptation, ainsi que la mesure et l'analyse systématiques par le professionnel de la qualité de son travail. Quant à la formation professionnelle continue, elle est en général très peu développée.

BUT 18 – AMÉLIORATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

D'ICI 2010, TOUS LES ÉTATS MEMBRES DEVRAIENT AVOIR FAIT EN SORTE QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET LES PROFESSIONNELS D'AUTRES SECTEURS AIENT LES CONNAISSANCES, L'ÉTAT D'ESPRIT ET LES COMPÉTENCES QUI LEUR PERMETTENT DE PROTÉGER ET DE PROMOUVOIR LA SANTÉ.

En particulier :

- 18.1 la formation des professionnels de santé devrait reposer sur les principes de la politique de la Santé pour tous, les préparer à offrir des services de promotion de la santé, de prévention, de

- traitement et de réadaptation de bonne qualité et les aider à établir une passerelle entre la pratique clinique et l'action en matière de santé publique
- 18.2 des systèmes de planification devraient faire en sorte que le nombre de professionnels de la santé formés et la répartition entre les différentes disciplines répondent aux besoins actuels et futurs ;
 - 18.3 tous les États membres devraient posséder les capacités appropriées pour donner une formation spécialisée concernant la direction, la gestion et la pratique de la santé publique
 - 18.4 la formation de professionnels d'autres secteurs devrait leur inculquer les principes fondamentaux de la politique de la Santé pour tous et, plus précisément, transmettre des connaissances sur la façon dont leurs activités peuvent influencer sur les déterminants de la santé.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Caractéristiques professionnelles

Les personnels de santé devraient être en effectif suffisant et devraient être dotés des capacités et compétences nécessaires pour répondre aux besoins actuels et prévisibles des services de santé. Cette condition impliquera de remanier en profondeur les programmes de formation de base, de formation ultérieure et de formation continue des médecins, infirmières, gestionnaires et autres professionnels de santé. Ce réexamen devrait aboutir à modifier comme il convient le lieu et le contenu de la formation de telle manière que les professionnels de santé soient équipés pour mener à bien les fonctions de la pratique moderne de la santé publique selon les principes de la Santé pour tous et des services de santé, dans laquelle une importance plus grande est donnée en particulier à la promotion de la santé, aux soins primaires et à la qualité des soins.

Une collaboration étroite avec les confrères est un élément capital du travail d'un professionnel et ce principe doit être mieux intégré dans l'éthique professionnelle. En Europe, cette tradition existe en médecine hospitalière, mais elle est plus rarement observée dans les soins de santé primaires ; pourtant le fait, pour un professionnel, de travailler seul sans échange régulier d'expérience permettant de progresser ne peut plus être considéré comme acceptable. De même, tous les autres professionnels travaillant dans le secteur des soins de santé primaires (tels qu'infirmières, pharmaciens, dentistes et travailleurs sociaux) devraient travailler en équipe et reconnaître la nécessité de coopérer pour résoudre les nombreux problèmes complexes de santé qui ne peuvent pas être pris en charge de manière satisfaisante par une profession à elle seule.

Les médecins et les infirmières doivent assumer la responsabilité de l'influence qu'ils ont, de par leur propre mode de vie, sur la santé des patients et doivent être formés en conséquence. Ainsi par exemple, de nombreux travaux de recherche ont démontré que si un médecin est fumeur il y a moins de chances pour qu'il s'efforce activement et efficacement d'inciter ses patients à cesser de

fumer. Des conseils relatifs aux modes de vie devront également faire partie de la pratique quotidienne pour les dispensateurs de soins de santé.

Un domaine où il est impératif que les professionnels de santé se mobilisent et acquièrent des compétences est l'amélioration de la qualité des soins. Chaque dispensateur de soins devrait suivre ses propres performances et les comparer avec celles de ses pairs, tâche qui devrait être considérée comme un impératif éthique de la pratique professionnelle. Afin de mettre en œuvre ce changement, il faudra modifier la formation professionnelle et obtenir le soutien actif des organismes professionnels. Les trois forums européens des associations de médecins, de pharmaciens et d'infirmières, en collaboration avec l'OMS, sont bien placés pour mobiliser les associations professionnelles dans ce sens au niveau régional.

Des soins de santé intégrés doivent être dispensés par une équipe multidisciplinaire de professionnels de santé. Au cours de leur formation, il faudrait que tous les professionnels de santé s'imprègnent des principes de dignité humaine, d'éthique professionnelle et de solidarité. Il est important de reconnaître que chaque profession a un domaine de compétence propre et qu'elle doit travailler avec les autres sur une base de respect mutuel. Cette collaboration n'implique pas nécessairement de travailler sous un même toit (bien que cette solution offre des avantages), mais de bien se connaître, de travailler de manière complémentaire, d'échanger régulièrement des informations et de se réunir à intervalles réguliers pour faciliter la coopération. La répartition de compétences appropriée à différents cadres devrait être définie et le nombre de postes de formation planifié en conséquence.

Planification des ressources humaines

Pour faire en sorte que l'offre de personnels de santé réponde à leurs besoins, les pays doivent se doter des moyens de planifier les besoins futurs en ressources humaines. Ils devront donc disposer d'un personnel qualifié et des outils nécessaires. Ils devraient aussi avoir la capacité, en permanence, de réexaminer et d'actualiser les plans existants, d'effectuer des analyses des politiques et d'établir des projections et scénarios. Pour pouvoir le faire, il leur faudra pouvoir s'appuyer sur un système d'information bien développé pour la gestion des ressources humaines et sur un mécanisme associant les nombreux acteurs impliqués dans le développement des ressources humaines.

Certains pays de la partie orientale de la Région ont un sureffectif en personnels de santé, problème qui s'accompagne par ailleurs d'une mauvaise répartition de ces personnels. En général, il est prévu de rationaliser l'effectif total en vue d'améliorer l'efficacité des services et d'adapter la répartition des effectifs aux besoins de services de la population. Cette rationalisation peut être obtenue par un ensemble de mesures : réduction du nombre total par limitation de la formation de personnel, modification des normes en matière d'effectifs, redistribution du personnel existant et amélioration de la gestion en vue d'assurer à l'avenir un déploiement rationnel.

Formation des personnels de santé

La formation des personnels de santé devrait être organisée de manière à répondre aux besoins de santé de la société et viser à doter ceux-ci des connaissances et compétences nécessaires à cette fin. Tous les cadres où sont dispensés des soins de santé (domicile, école, lieu de travail, secteur des soins de santé primaires et hôpital), devraient être pris en compte dans celle-ci en tant qu'environnements principaux d'apprentissage. La formation des professionnels de santé aux différents niveaux (formation de base, formation ultérieure et formation continue) devrait s'intégrer dans un processus continu où ces trois niveaux se rattachent étroitement les uns aux autres. Les stratégies et le contenu de l'enseignement aux différents niveaux devraient être définis en conséquence.

La formation des professionnels de santé devrait leur conférer de solides compétences d'analyse, de communication et de gestion. En particulier, ils devraient avoir une bonne capacité de résolution des problèmes et pouvoir travailler en équipe et bien percevoir les réalités sociales et culturelles. Les systèmes de formation devraient encourager la participation active des étudiants au processus d'apprentissage. L'évaluation de la qualité de la formation devrait se fonder sur les connaissances, compétences, attitudes et capacités des étudiants. Une évaluation des résultats obtenus par les étudiants diplômés, après un certain temps d'activité pratique, pourrait fournir des informations utiles pour l'amélioration ultérieure des objectifs et programmes de formation.

Les enseignants devraient être considérés comme des animateurs de l'apprentissage, et non pas seulement comme des personnes dont le rôle est de transférer les connaissances. Pour pouvoir répondre à cette fonction, ils doivent avoir la possibilité d'actualiser leurs connaissances et être doués de la souplesse voulue pour s'adapter aux nouvelles techniques d'enseignement.

Les médecins doivent pouvoir être capables de diagnostiquer les problèmes de santé des individus et de la société, de les protéger de la maladie, de promouvoir la santé et, si nécessaire, de traiter et de réhabiliter les individus et la société. Ils devraient donc être formés aux principes de gestion en matière de rapport coût-efficacité, d'utilisation efficace des ressources et de bon usage des techniques, ainsi qu'aux aspects essentiels des sciences économiques et sociales dans la mesure où elles intéressent la santé.

Ressources humaines affectées aux soins de santé primaires

L'équipe multidisciplinaire de professionnels de santé travaillant dans le secteur des soins primaires devrait inclure des médecins, des infirmières, des sages-femmes, des aides-soignantes, des dentistes, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, etc. Il sera surtout question ici cependant des qualifications des médecins et des infirmières travaillant dans ce secteur, car ce sont les deux professions qui jouent un rôle central dans le réseau de services.

Le médecin de soins primaires doit être formé de manière à pouvoir dispenser des services à la population entière, sans distinction d' âge, de sexe, de classe sociale, de race ou de religion, et pour tous les problèmes qui peuvent être rencontrés dans le cadre des soins primaires, sans exception. Les généralistes devraient donc avoir le profil de médecin de famille, et être capable de replacer les problèmes dans le contexte physique, psychologique et social de leurs patients, et en particulier ceux qui sont liés à leur situation familiale ou à des carences de leur soutien social. La formation des médecins devrait être telle qu' ils acquièrent les connaissances et compétences nécessaires à cette fin. La question de savoir si le généraliste ou médecin de famille sera spécialiste ou détiendra les compétences voulues pour exécuter ces fonctions dès l' acquisition du diplôme de médecine fait actuellement l' objet d' un débat dans un certain nombre de pays. Cette décision doit certes être prise en fonction des conditions particulières dans chaque pays, mais deux points essentiels ne devraient pas être perdus de vue : d' une part, le médecin devrait satisfaire à des conditions maximales en ce qui concerne ses connaissances et capacités, et d' autre part, l' aspect prestige (qui, dans les milieux médicaux professionnels, est habituellement lié à l' obtention d' un diplôme de spécialiste) est important si l' on veut que la population et le secteur hospitalier reconnaissent au secteur des soins primaires la compétence et l' importance qui lui reviennent.

Une autre profession clé des soins de santé primaires est l' infirmière de famille, qui devrait être solidement formée selon les recommandations de la Conférence de Vienne de 1988 sur les soins infirmiers, et qui pourra contribuer de manière très utile aux activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, outre sa fonction de soignante. Les infirmières de famille peuvent aider les individus et familles à assumer la maladie et l' incapacité chronique, ou passer une grande partie de leur temps auprès des patients et de leur famille à leur domicile en période de crise. Les infirmières devront pouvoir donner des conseils sur les modes de vie et les facteurs de risque liés aux comportements, ainsi qu' aider les familles sur des questions concernant la santé. En détectant les problèmes très tôt, elles peuvent permettre la prise en charge dès le tout début des problèmes de santé des familles. Grâce à leur connaissance de la santé publique et des questions sociales ainsi que des autres institutions sociales, elles sont en mesure de diagnostiquer les effets des facteurs socioéconomiques sur la santé de la famille et d' orienter celle-ci vers l' institution compétente. Elles peuvent contribuer au raccourcissement des hospitalisations en dispensant des soins infirmiers à domicile et elles peuvent jouer le rôle de relais entre la famille et le médecin de famille, et remplacer le médecin lorsque les besoins identifiés relèvent en fait plutôt des soins infirmiers.

Gestionnaires des services sanitaires

Toutes les tendances actuellement observées dans le sens de la décentralisation et de la souplesse de gestion, de l' autonomie des établissements de soins de santé et de l' introduction de mécanismes réglementés de marché ont eu pour effet de donner plus d' importance encore à la question des

compétences de gestion. Tous ces mécanismes en effet sont plus exigeants en compétences à cet égard que les systèmes administratifs hiérarchiques qui existaient par le passé.

En outre, avec l'application du concept de la régionalisation (selon lequel il incombe à chaque service de santé d'identifier et de satisfaire les besoins de santé d'une population donnée) il faudra que les gestionnaires de ces services aient reçu une certaine formation en santé publique, et notamment en épidémiologie, de manière à bien connaître les techniques d'évaluation des besoins, de programmation sanitaire et de suivi des résultats. Il faudra donc mettre en place des programmes qui conféreront au personnel un assortiment de compétences nécessaires aussi bien pour exécuter la planification stratégique que pour gérer les établissements. En outre, il faudra veiller à ce que toutes les catégories de professionnels de santé soient capables de jouer un rôle pilote, de négocier et de communiquer dans un secteur où l'interaction avec d'autres personnes est un élément intrinsèque. (La gestion du secteur est examinée de manière plus détaillée à la section 6.5 ci-dessous.)

Gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines en faveur de la santé implique que le personnel soit utilisé d'une manière compatible avec ses compétences et dans des conditions favorisant un travail efficace. Elle s'applique aussi à la répartition géographique des effectifs sanitaires dans le pays et aux relations de celle-ci avec la population et avec les besoins de services de cette dernière.

Afin de garantir la rentabilité des investissements d'un pays en ressources humaines, il est nécessaire de veiller à ce que le processus de recrutement soit aussi poussé et méthodique que possible. Aucune force de travail ne peut être efficace en l'absence d'une politique sérieuse pour recruter et retenir le personnel.

Un problème qui se pose parfois est que les qualifications professionnelles sont fixées trop haut ou trop rigide ment appliquées pour les tâches à exécuter ; le personnel serait alors en mesure d'exécuter plus de tâches et de remplacer d'autres professionnels. Les conditions minimales d'avancement (qualifications, expérience, etc.) devraient aussi être fixées en fonction des capacités requises.

Un certain nombre d'autres facteurs influent également sur le comportement des personnels. Le concept d'une rémunération liée aux résultats est un instrument utile s'il est appliqué en liaison avec les systèmes, mesures et indicateurs appropriés. En outre, le système de budgétisation financière doit être conçu pour permettre aux gestionnaires d'offrir des incitations au personnel sanitaire. L'impact de ces incitations sur le comportement des dispensateurs doit être suivi de manière continue.

L'existence d'un système efficace d'évaluation des performances du personnel est un élément indispensable d'une bonne gestion des ressources humaines. C'est une condition préalable à l'introduction d'un système de rémunération lié aux résultats. Cet aspect est aussi étroitement lié au processus de perfectionnement du personnel.

Une question importante est celle de la carrière ; elle a des incidences sur les performances du personnel et donc par-là même sur l'efficacité de la dispensation des services. Le déroulement des carrières doit offrir la transparence voulue et permettre des déplacements latéraux et non pas seulement vers le haut. Ce système devrait s'appliquer au personnel de santé à tous les niveaux. Souvent, de par la nature du travail exécuté par les équipes de soins de santé primaires, celles-ci n'ont pas accès à des possibilités de carrière. Il faudrait donc offrir à ce groupe de dispensateurs la possibilité d'accéder à d'autres responsabilités, telles que la participation aux activités de recherche ou d'enseignement.

6.4.3 Médicaments

La médication, utilisée à bon escient, est l'une des interventions de soins offrant le meilleur rapport coût-efficacité. Dans les pays européens, la part des dépenses de santé affectées aux médicaments se situe entre 10 et 30% ; on constate cependant que dans de nombreux pays les ressources limitées disponibles sont gaspillées en médicaments d'utilité faible ou douteuse, voire même inutiles. En fait, dans tous les pays, les politiques d'utilisation des médicaments sont régies non seulement par les intérêts de la santé publique, mais aussi par des considérations économiques, par les décisions des organismes professionnels, par le comportement des consommateurs et par la politique de l'industrie pharmaceutique. Certes, dans tous les pays européens, l'État a pour responsabilité de réglementer la mise sur le marché des produits pharmaceutiques, mais la législation à ce sujet est souvent mal respectée ou mal appliquée. Dans certains pays, des médicaments sont importés et vendus sans être soumis à la surveillance et au contrôle nécessaires des instances professionnelles ; dans plusieurs pays, la vente de produits médicamenteux de qualité inférieure représente un problème sérieux.

Dans les NEI en particulier, l'accès aux médicaments est gravement compromis du fait du dénuement d'une grande partie de la population et de la pénurie de médicaments sur le marché, problèmes auxquels viennent s'ajouter le financement insuffisant et le mauvais fonctionnement des systèmes d'assurance et de remboursement des frais de maladie.

Pour pouvoir fournir des soins de bonne qualité pour un coût abordable, il est impératif d'éviter le gaspillage de moyens financiers en médicaments d'efficacité douteuse, prescrits à tort ou excessivement coûteux. C'est pourquoi les pays européens appliquent depuis un certain temps déjà un

ensemble de stratégies dans les domaines réglementaire, administratif, financier, et de la formation et l'information. Ces mesures incluent des listes de médicaments remboursés et non remboursés, des restrictions à la prescription et au niveau de prescription, des audits sur les prescriptions, la promotion de produits génériques, et des mesures financières de régulation telles que tiers modérateur, budget fixe ou indicatif pour les prescripteurs, réglementation des prix et fixation de prix de référence.

STRATÉGIES PROPOSÉES

L'État a pour responsabilité importante de fixer des normes et de réglementer l'efficacité, l'innocuité et la qualité des produits médicaux, ainsi que de garantir à toute la population l'accès aux médicaments dont elle a besoin.

Les politiques en matière de médicaments devraient avant tout viser à améliorer l'accès aux médicaments essentiels et l'utilisation des fonds publics et privés, l'objectif étant de dispenser des soins de bonne qualité grâce à un traitement pharmaceutique approprié et d'un coût raisonnable. Cela implique :

- de sélectionner les médicaments à utiliser en fonction des critères d'efficacité, d'innocuité et de qualité, et d'appliquer des critères de coût-efficacité pour le choix des médicaments à rembourser. La politique des médicaments essentiels de l'OMS et la stratégie révisée de l'OMS en matière de médicaments offrent une bonne base pour de telles mesures ;
- d'obtenir des sources viables de financement ;
- de mettre en place des systèmes (publics ou privés) efficaces et professionnellement responsables d'approvisionnement et de dispensation des médicaments tels que ceux-ci soient accessibles à tous ceux qui en ont besoin ;
- de mettre en place des stratégies qui favorisent le bon usage des médicaments.

Les nouveaux médicaments devraient seulement être admis sur le marché s'ils répondent aux critères d'efficacité, d'innocuité et de qualité. Lorsque l'on sélectionne un médicament pour l'inclure dans la liste des médicaments remboursés, il faudrait porter beaucoup plus d'attention aux questions suivantes : Ce médicament a-t-il réellement un effet bénéfique mesurable sur les résultats en matière de santé ? Est-il supérieur aux autres modes de traitement ? Dans une optique de santé publique, est-il justifié qu'il soit payé à partir de fonds collectifs publics ? L'impact réel d'un traitement médicamenteux sur les résultats en matière de santé peut seulement être évalué après plusieurs années ; cette évaluation doit être un processus permanent. Les technologies informatiques dans les domaines de la surveillance après mise sur le marché et de la pharmaco-

épidémiologie peuvent fournir des instruments pour une meilleure évaluation et une meilleure prise de décision ultérieure sur ces questions.

Des politiques devraient aussi être lancées pour encourager la mise au point de nouveaux médicaments répondant à des besoins thérapeutiques encore insatisfaits.

Des progrès importants en matière de choix et d' utilisation des médicaments pourront être réalisés si l' on donne aux professionnels de santé accès à des informations objectives et impartiales sur les médicaments et si l' on réunit les cliniciens, les pharmacologues cliniques et les pharmaciens (cliniques) en comités pharmaco-thérapeutiques dans les hôpitaux et dans les cadres de soins ambulatoires. Une telle politique nécessitera une coopération active de tous les acteurs de la santé, y compris les associations de médecins et de pharmaciens, l' industrie pharmaceutique et les groupes de consommateurs et de patients. La participation de ces groupes est indispensable si l' on veut favoriser le bon usage des médicaments et instaurer un climat de confiance au sein du public et chez les professionnels à l' égard des objectifs, des politiques et stratégies.

Une politique de bon usage des médicaments peut seulement permettre d' obtenir de meilleurs résultats en matière de santé si les patients sont réellement sensibilisés et bien informés sur leur maladie et les objectifs de la médication. À l' avenir, il faudra donc que les professionnels de santé jouent un rôle plus actif en ce qui concerne l' information des patients sur cette question. Les nouvelles technologies de l' information offrent de grandes possibilités à cet égard qui devraient être étudiées de plus près.

UN PARTENARIAT POUR LA PROTECTION DES DROITS DES CONSOMMATEURS ÉTABLI EN POLOGNE

En octobre 1994, la Fédération polonaise des consommateurs a lancé un projet, en coopération avec Health Action International, pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments en Pologne. Contrairement à la situation rencontrée jusqu'en 1989, marquée par des pénuries de médicaments, il a été constaté qu'il y avait maintenant sur le marché un trop grand nombre de médicaments, dont beaucoup étaient dépassés, inefficaces, trop coûteux ou potentiellement nuisibles. Les objectifs principaux du projet étaient d'améliorer l'éducation du consommateur et de sensibiliser celui-ci à ses droits à cet égard. Au début, certaines difficultés ont été rencontrées lorsqu'il s'est agi d'obtenir le soutien des professionnels de santé; certains médecins estimaient que les décisions relatives aux prescriptions de médicaments leur appartenaient exclusivement. Par contre les pharmaciens ont en général mieux accueilli cette initiative.

Une brochure sur le thème *Les consommateurs et les médicaments* a été publiée pour donner des informations sur l'utilisation rationnelle des médicaments et sur les médicaments commercialisés qui soulevaient des problèmes. Ces brochures ont été distribuées à tous ceux responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques pharmaceutiques nationales. La seconde étape a consisté à produire une nouvelle brochure intitulée *Médecine et bon sens* qui visait à encourager une

attitude plus critique chez les consommateurs à l'égard de la promotion pharmaceutique. Cette stratégie éducative était activement soutenue par des campagnes à la télévision, dans la presse et à la radio. Le projet s'est achevé en 1995 par un séminaire sur l'utilisation rationnelle des médicaments qui a réuni des consommateurs et des professionnels pour faire le point de la situation. La preuve la plus manifeste de la réussite du projet a été la haute attention que lui ont attribuée les médias. Un autre effet bénéfique a été de renforcer le rôle de la Fédération polonaise des consommateurs. Les consommateurs sont maintenant pris plus au sérieux, aussi bien par l'industrie pharmaceutique que par les professionnels de santé. Le Ministère de la santé s'est engagé à retirer du marché les médicaments les plus dangereux. D'autres preuves du succès de cette initiative sont

- l'utilisation accrue faite de la liste des médicaments essentiels de l'OMS
- la formation nouvellement donnée aux étudiants en médecine sur les bonnes pratiques en matière de prescription
- la publication par l'Institut de psychiatrie et de neurologie d'une brochure à l'intention des médecins sur des recommandations relatives au traitement par les médicaments psycho-actifs, visant à éviter la pharmaco-dépendance
- l'intérêt croissant exprimé pour les droits des patients
- l'attention accrue portée par les médias à la question de l'utilisation rationnelle des médicaments.

Source : London, Consumers' International (informations non publiées).

6.4.4 Équipements médicaux

Les nouvelles technologies de soins qui font continuellement leur apparition sur le marché influent sur la dispensation des services, tant du point de vue de la qualité que du coût. La pratique, vis-à-vis des nouvelles technologies est très variable dans les pays de la Région. Dans de nombreux pays, celles-ci sont adoptées sans aucune évaluation ni aucun plan ; d'autres pays autorisent l'utilisation des équipements nouveaux si leur efficacité est démontrée et s'il est établi qu'ils seront utilisés selon un plan. Un grand nombre de pays cependant ne disposent pas de moyens systématiques pour évaluer la valeur relative des technologies nouvelles par rapport aux anciennes.

Dans la partie orientale de la Région, de nombreux pays souffrent d'une pénurie qui affecte même les équipements de base, due à la crise économique. Alors cependant que des équipements parfois indispensables manquent au niveau des soins primaires, le secteur des soins tertiaires dispose en abondance d'équipements perfectionnés.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Il est indispensable à l'avenir de veiller à l'adoption de technologies appropriées sur la base d'une évaluation sérieuse, et de soumettre les dispositifs et équipements médicaux nouveaux à une évaluation approfondie. Les gouvernements devront jouer un rôle plus actif dans la réglementation de

L'introduction de nouvelles technologies sanitaires, comme ils le font déjà depuis longtemps pour les médicaments. La première mesure qu'ils pourraient prendre serait d'exiger des preuves mesurables que les nouvelles techniques offrent une meilleure efficacité en matière de santé et en matière de coûts que les anciennes.

L'expérience pratique, au cours des dernières années, a démontré que souvent les nouvelles technologies médicales, en dépit d'évaluations favorables initiales, soulèvent des problèmes lors de leur utilisation à grande échelle dans la pratique quotidienne. À l'avenir, l'impact final sur la santé des nouveaux équipements en utilisation normale devra donc être suivi en permanence. Par conséquent, l'évaluation des technologies devrait être considérée comme un élément intégré, et non pas distinct de l'amélioration de la qualité des soins.

6.5 Infrastructure de santé publique

Il est indispensable de mettre en place des capacités suffisantes pour pouvoir procéder aux tâches suivantes : gérer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et stratégies basées sur la Santé pour tous, exécuter une analyse épidémiologique de la situation de la santé, de ses déterminants et des besoins sanitaires, promouvoir des programmes et activités axés sur le bénéfice de santé, et enfin intégrer la dispensation de soins de haute qualité dans une même approche axée sur la population. Celles-ci nécessiteront un engagement résolu et de longue durée des échelons politiques et de gestion.

Le besoin de modernisation et de renforcement du système de santé publique et de son infrastructure existe dans tous les pays, quoiqu'à des degrés différents. Dans de nombreux pays, ce système reste institutionnellement et fonctionnellement faible et souvent axé seulement sur les rôles traditionnels de la santé publique, tels que lutte contre les maladies transmissibles et vaccination, santé maternelle et infantile, hygiène de l'environnement, et collecte de statistiques sanitaires. Bien que ces activités n'aient pas perdu de leur importance, l'approche du développement sanitaire découlant de la Santé pour tous implique également pour le secteur de la santé publique de pouvoir dresser un tableau complet, dans le sens transversal, des besoins d'amélioration de la santé dans la société prise dans son ensemble, d'analyser l'effet de stratégies sanitaires à large champ, de mettre en place des réseaux novateurs pour mobiliser de nombreux acteurs différents et, en général, de jouer le rôle de « locomotive » du changement.

À cet égard, la situation varie beaucoup selon les pays. Dans de nombreux États membres, l'infrastructure de base constituée d'experts de santé publique est en déclin depuis 10 à 15 ans, notamment sous l'effet de la décentralisation et de la privatisation ; dans ces pays, les praticiens de la santé publique ont vu diminuer leur autorité et remettre en cause leur rôle. Dans quelques autres

pays cependant, après une analyse poussée de la situation, les pouvoirs publics ont été amenés à mieux reconnaître le rôle important que la santé publique est appelée à jouer dans la société et dans le système de soins, et à prendre des mesures pour renforcer la capacité du système de gestion de la santé publique. Dans cette optique, beaucoup de pays de la Région devront renforcer leur infrastructure de formation en santé publique.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Afin de favoriser un développement conforme à la philosophie de la Santé pour tous, les mesures axées dans ce domaine devront concerner deux groupes : les gestionnaires de la santé publique dans une approche basée sur la population, et les autres travailleurs de santé publique.

6.5.1 Gestionnaires de santé publique

Essentiellement, la fonction de la santé publique est d'identifier, d'analyser et de décrire la situation de la santé et ses déterminants. Elle répond à la question : Dans quelle mesure la maladie et l'incapacité sont-elles présentes dans une société et pourquoi ? Cette analyse et cette description sont une base essentielle des débats politiques, professionnels et publics sur les actions à mener pour améliorer la santé. Ces actions incluront automatiquement d'autres secteurs en tant que partenaires du secteur de la santé et des services sanitaires. Elles impliqueront également l'élaboration de politiques et de programmes à plusieurs niveaux (international, national, régional et local) et dans divers cadres (ville, école, etc.). Ce qui manquait souvent jusqu'ici était une structure solide pour cette fonction de santé publique, et des liens de travail étroits entre celle-ci et l'activité clinique au niveau individuel.

En dernier ressort, la capacité de plaider la cause de la santé et d'obtenir la participation des individus, des collectivités, des secteurs périsanitaires, des décideurs et des gestionnaires et des professionnels de la santé, dépendra des compétences, du courage et de l'autorité des praticiens actuels et futurs de la santé publique et de la qualité de leurs dirigeants. Ces praticiens, au niveau national, subnational et local, devraient recevoir une formation professionnelle en santé publique du niveau du troisième cycle, et ils devraient avoir l'expérience de l'activité de santé publique dans une approche basée sur la population dans divers cadres politiques et administratifs. Bien que la situation varie d'un pays à l'autre, il apparaît que la Région dans son ensemble a besoin d'un effectif beaucoup plus nombreux de praticiens de la santé publique formés pour pouvoir soutenir une action au niveau de la population en vue d'améliorer la santé, ainsi que d'une infrastructure institutionnelle suffisante pour leur travail.

Les praticiens de la santé publique devraient être capables de susciter une sensibilisation politique en faveur de la santé des populations et de mobiliser un large soutien politique et culturel pour lancer des approches du développement sanitaire fondées sur l'équité, la viabilité et la responsabilité. Ils devraient être en mesure de motiver et d'aider les individus, les organisations, les collectivités et les pays à gérer des environnements changeants et à s'y adapter, ainsi que de favoriser le renforcement des capacités locales. En outre, ils devraient pouvoir s'attaquer résolument et efficacement aux groupes dont les activités sont dangereuses pour la santé publique.

En définitive, il faudra disposer de gestionnaires de santé publique ayant les compétences voulues pour gérer des partenariats et des actions multisectorielles coordonnées dans le cadre d'alliances. Ceux-ci devront bien comprendre le rôle particulier que chaque secteur et chaque partenaire peut jouer dans la résolution des problèmes de santé, être formés à l'analyse de ces problèmes au niveau de la population, bien connaître les approches permettant de traiter les problèmes de modes de vie, et d'environnement et de santé, et être capables de mener les activités de plaidoyer et de travail en réseau nécessaires pour rassembler de nombreux partenaires. Ils doivent aussi avoir la capacité de diffuser des informations d'excellente qualité sur la santé publique s'adressant au grand public, aux professionnels et aux hommes politiques. Dans ces tâches, ils devront pouvoir faire appel à des experts de différents domaines techniques spécialisés.

Au sein du service de santé lui-même, ils doivent être formés à la planification des politiques et programmes, y compris en matière de fixation d'objectifs, de mesure de résultats et d'évaluation, et savoir jouer un rôle actif dans l'organisation des services fournis. Ils doivent pouvoir aider à planifier, à suivre et à évaluer de grands programmes de développement sanitaire, établis par catégorie de maladies ou par groupe de clients, en formulant des jugements scientifiquement fondés sur les compromis à appliquer (en termes d'amélioration de la santé, d'investissement et de dispensation des services) entre la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la thérapie et la réadaptation. Tous ces éléments pris ensemble représentent des exigences exceptionnelles adressées aux gestionnaires de la santé publique, ce qui implique des exigences également considérables en ce qui concerne la formation à leur donner.

Les pays devraient faire le point sur ce qui existe chez eux pour déterminer s'ils disposent d'un mandat clair et de capacités suffisantes pour pouvoir entreprendre de telles actions de santé publique au niveau de la population. Il sera particulièrement important de renforcer l'infra-structure, la capacité et les caractéristiques des établissements d'enseignement tels qu'écoles de santé publique qui forment les gestionnaires dans ce domaine, et de mettre au point de meilleurs programmes communs de formation. Le besoin d'une modification des structures de formation se fait certes sentir de manière particulièrement aiguë dans la partie orientale de la Région, mais cette question mérite en fait de recevoir une priorité beaucoup plus élevée dans les programmes de développement sanitaire de beaucoup d'autres pays.

6.5.2 Autres travailleurs de santé publique

Outre les gestionnaires de santé publique au niveau de la population, il existe des ressources humaines mobilisables en faveur de la Santé pour tous et de la santé publique dans toute la société, aussi bien dans le secteur sanitaire qu' à l' extérieur. Ces ressources peuvent être considérées comme jouant un rôle important pour la fonction de santé publique, et comme faisant partie à ce titre de l' « infrastructure de santé publique » au sens large du terme. On peut distinguer à cet égard plusieurs groupes :

- Au niveau général, il existe un vaste potentiel d' action en faveur de la santé publique chez de nombreux groupes professionnels dans l' exercice de leur activité quotidienne. Ceux-ci n' incluent pas seulement les médecins, infirmières, pharmaciens et travailleurs sociaux, etc., mais aussi les professionnels exerçant dans les écoles, les médias, l' urbanisme, l' architecture et les services de protection sociale, ainsi que les personnes travaillant pour les ONG de toute nature.
- Une grande partie des compétences scientifiques et techniques nécessaires pour la pratique de la santé publique sont détenues par les épidémiologistes, spécialistes des sciences de l' information, spécialistes des sciences sociales, économistes sanitaires, experts de la recherche opérationnelle, juristes, scientifiques des secteurs politiques et administratifs, experts de la lutte contre les maladies infectieuses, spécialistes de l' environnement et de la santé, etc.
- Comme il a été dit plus haut, les gestionnaires des services de santé devraient acquérir une compréhension plus poussée des approches basées sur la population et des questions de santé publique, afin de pouvoir mieux comprendre les relations entre le service auxquels ils appartiennent (hôpital, centre de santé) et la population environnante. Ils devraient percevoir la question en termes de besoins de toute la population (et non pas seulement des patients) desservie par l' établissement et du bénéfice de santé pouvant être obtenu grâce à ces services, ainsi que de la qualité et du rapport coût-efficacité des services fournis.

Tous ces « travailleurs de santé publique » représentent une ressource cruciale pour la santé. Ils devraient recevoir une formation et une information sur la situation et les questions de santé et être conscients de la valeur de celle-ci, afin de pouvoir promouvoir un message positif en faveur de la santé dans toute la société et ils devraient jouer un rôle actif dans l' élaboration et l' exécution de politiques et programmes multisectoriels en vue de l' amélioration de la santé.

Des objectifs et éléments de programmes de formation spéciaux fondés sur la Santé pour tous en matière de santé et d' amélioration de la santé devraient donc être élaborés et adaptés pour l' utilisation dans de nombreux programmes de formation de troisième cycle et de formation

continue. Cela s'applique à la formation des économistes, des architectes, des journalistes, des juristes, des travailleurs sociaux, des ingénieurs et d'autres exerçant en dehors du secteur sanitaire, par exemple et de tous ceux, au sein de ce dernier, apparaissant comme pouvant contribuer à l'amélioration de la santé publique.

Enfin, il sera nécessaire de promouvoir l'excellence, en matière de développement de la santé publique, par l'échange des connaissances. Dans une large mesure, cela pourra se faire par le biais d'activités de réseaux, comme l'ont amplement prouvé les réseaux des Régions-santé, des Villes-santé, des Écoles-santé, des Hôpitaux-santé, des Prisons-santé, CINDI, etc. À l'avenir, il est à espérer qu'un usage beaucoup plus large sera fait de tels réseaux ; ceux-ci devraient être promus comme instruments majeurs pour stimuler l'action de santé publique au niveau national dans chaque État membre.

Chapitre 7

Politiques et mécanismes pour la gestion du changement

But 19 – Recherche et utilisation des connaissances pour la santé
But 20 – Recruter des partenaires pour la santé
But 21 – Politiques et stratégies de la Santé pour tous

7.1 Introduction

Comme cela a été souligné dans les chapitres précédents, les changements qu'il faut apporter, sur la base des principes de la Santé pour tous, afin d'améliorer la santé des populations européennes vont au-delà des services de santé et englobent l'ensemble de la société. Ils sont conceptuellement et pratiquement complexes et, dans la Région européenne, les nombreux acteurs concernés – institutions, organisations et individus – devront être mobilisés. Le présent chapitre examine les processus par lesquels ces ressources pourraient être réunies en faveur de la santé d'une façon coordonnée et structurée autour des principes de la Santé pour tous.

Les anciens systèmes et modes d'organisation et de gestion bureaucratiques et hiérarchiques ne permettront pas d'atteindre ces buts ; de nouveaux systèmes de coopération et de coordination multisectorielle et organisationnelle seront nécessaires. Il faut informer et motiver le grand public et des organisations, des institutions et des secteurs très divers au sujet de ce qu'il faut faire pour obtenir une amélioration de la santé, et il convient de les rassembler dans des coalitions actives pour la santé. Les compétences de gestion nécessaires pour favoriser un changement dans l'ensemble de nos sociétés complexes, modernes et pluralistes seront insuffisantes et devront être renforcées considérablement.

Le présent chapitre examine certaines dimensions nécessaires du changement, c'est-à-dire le renforcement de la base de connaissances pour la planification et l'action par la recherche et de meilleurs systèmes d'information (section 7.2) ; les moyens de mobiliser des partenaires très divers

pour créer des mouvements nationaux pour la santé (section 7.3) ; et enfin les moyens à utiliser pour organiser le processus de planification, de mise en œuvre et d' évaluation de la politique de la Santé pour tous (section 7.4).

7.2 Renforcement de la base de connaissances pour la santé

La recherche – qui permet de mettre au point de meilleurs outils pour protéger la santé et traiter la maladie – et les systèmes d' information sanitaires sont deux domaines essentiels de changement.

7.2.1 Recherche

Toutes les politiques et les actions visant à améliorer la solution doivent reposer sur un stade de connaissances solide, et la recherche est l' un des outils les plus précieux et les plus importants pour poser les fondations de meilleures stratégies en vue d' améliorer la santé et les soins. Cependant, seuls quelques États membres ont suivi les conseils bien développés donnés par le Comité consultatif européen sur la recherche en santé de l' OMS en ce qui concerne la nécessité d' élaborer des politiques et des programmes nationaux de recherche axés sur la Santé pour tous.

La recherche fondamentale – dans des domaines tels que l' amélioration des connaissances fondamentales sur les processus biologiques, la cartographie du génome humain et la recherche de médicaments nouveaux pour améliorer le traitement de maladies – est actuellement entreprise sur une grande échelle dans de nombreux pays de la Région et financée par des fonds publics et le secteur privé. Dans l' ensemble, le système actuel fonctionne assez bien, bien que davantage de travaux de recherche pourraient être orientés vers des domaines prometteurs et hautement prioritaires tels que l' immunologie, la génétique ou l' amélioration des outils de vaccination par la conception de vaccins associés qu' il est plus facile, meilleur marché et plus simple de conserver et de distribuer.

Des problèmes plus importants résultent de l' absence d' une approche systématique de la recherche clinique dans de nombreux domaines de la médecine, ainsi que du faible degré de priorité donné à la recherche opérationnelle dans le domaine des soins de santé. En conséquence, une partie importante de ces deux domaines de pratique actuelle ne repose pas suffisamment sur des données probantes.

Compte tenu du développement du rôle de la recherche, il faudrait associer davantage la communauté scientifique à la conception de bases scientifiquement valables, socialement pertinentes et réalistes pour les décisions. Cependant, dans la plupart des pays, il faudrait établir une bien meilleure concordance entre les besoins en matière de recherche en santé tels qu' ils sont perçus par les

décideurs et les planificateurs, d'une part, et les priorités en matière de recherche fixées par les chercheurs, d'autre part. En outre, presque aucun pays ne possède aujourd'hui de mécanisme systématique pour garantir que les données nouvelles provenant de la recherche sont effectivement utilisées dans la pratique quotidienne. Le dialogue entre les chercheurs et les praticiens doit être considérablement amélioré, non seulement pour que la recherche soit mieux ciblée mais également – point non moins important – pour faire en sorte que les responsables des services soient mieux motivés à mettre en œuvre le changement, parce qu'ils ont participé eux-mêmes à la conception des travaux de recherche.

Le contexte européen des initiatives de recherches liées à la santé est actuellement très prometteur. Outre les efforts de recherche considérables déployés par les différents États membres, ce contexte inclut le projet de cinquième programme cadre de l'Union européenne et les activités de commande de travaux de recherche de la direction générale XII de l'Union européenne, du Conseil européen de la recherche médicale, de la Fondation européenne pour la science et de diverses fondations, entreprises privées et œuvres charitables, ainsi que de l'OMS.

7.2.2 Soutien informationnel de la santé

Les systèmes d'information constituent un autre élément essentiel qui permet de diffuser plus largement les connaissances et, aujourd'hui, nous vivons dans l'ère de la communication.

Dans le domaine de la santé, un grand nombre de nouveaux systèmes ont été mis au point pour améliorer les soins cliniques (voir aussi la section 6.3). La télémédecine relie des centres spécialisés à d'autres éléments du système de santé dans un certain nombre de pays, ce qui permet de transférer des informations diagnostiques du dispensateur de soins primaires ou de l'hôpital local à des centres spécialisés situés dans des hôpitaux tertiaires, qui sont ensuite en mesure de donner rapidement des conseils. On a mis en place des systèmes d'enregistrement de données informatisés dans des hôpitaux et des systèmes de soins primaires. Des liens directs de communication électronique, qui relient par exemple des médecins de soins primaires et des pharmaciens, ont simplifié et accéléré certains aspects des soins de santé. Des systèmes avancés de surveillance des patients ont considérablement amélioré les soins d'urgence et intensifs. Cependant, les systèmes de communication d'information aux praticiens concernant les résultats des soins, par exemple, en vue d'améliorer la qualité de ces derniers, se trouvent encore à des stades peu avancés d'élaboration.

Les progrès accomplis dans l'exploitation de ces innovations sont très inégaux. Dans de nombreux pays de la Région européenne, en particulier ceux de la partie orientale, ces nouveaux systèmes viennent seulement de faire leur apparition et ils ne seront probablement pas largement utilisés avant longtemps.

Pour les consommateurs, seul un nombre très limité de bases de données sur la santé sont actuellement disponibles, et ce seulement dans quelques pays. Actuellement, on ne sait pas vraiment comment il est possible de surveiller ou de garantir la qualité des données introduites dans les systèmes, pour faire en sorte que les consommateurs obtiennent des informations exactes qui les aident véritablement à mieux comprendre le système de soins de santé et ses résultats.

Au niveau de la santé publique, les informations sur la situation sanitaire, les facteurs de risque et l'organisation du service de santé sont essentiels. Un élément très important à cet égard a été la décision prise par les États membres d'utiliser un ensemble commun d'indicateurs mondiaux et européens de la Santé pour tous et de communiquer des informations à ce sujet. Ce système fonctionne maintenant avec succès depuis 1984 et il a été possible de constituer un important stock de données, qui permet aux États membres de comparer des données concernant des résultats sanitaires et des facteurs de risque très divers. Ces informations sont très utiles pour les planificateurs et les décideurs (bien que la collecte de données dans certains pays puisse encore être améliorée).

Un certain nombre de systèmes de données de l'OMS, portant sur des sujets tels que l'hygiène des denrées alimentaires et l'endiguement des maladies infectieuses, fonctionnent actuellement. La coordination et la coopération constituent une question importante, étant donné que l'Union européenne commence également à mettre en place de nouveaux systèmes pour l'endiguement des maladies infectieuses et relatifs à d'autres questions pour ses États membres. De même, il faut coordonner les activités de l'OMS avec celles de l'OCDE, qui recueille des données sur les dépenses de santé et certains autres éléments relatifs à la santé.

Les services télématiques, qui transmettent des informations grâce aux technologies modernes (en particulier l'informatique, le multimédia et les communications), peuvent de plus en plus être utilisés pour l'éducation, la santé, les soins (télé médecine, systèmes d'alerte avancés, etc.), la recherche en santé et la gestion des services de santé.

BUT 19 – RECHERCHE ET UTILISATION DES CONNAISSANCES POUR LA SANTÉ

D'ICI 2005, TOUS LES ÉTATS MEMBRES DEVRAIENT AVOIR MIS EN PLACE DES SYSTÈMES DE RECHERCHE, D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION QUI FACILITENT DAVANTAGE L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES, LEUR UTILISATION EFFECTIVE ET LEUR DIFFUSION POUR CONCOURIR À LA SANTÉ POUR TOUS.

En particulier :

- 19.1 tous les pays devraient avoir adopté des politiques de recherche axées sur les priorités de leurs politiques à long terme de la Santé pour tous

- 19.2 tous les pays devraient avoir mis en place des mécanismes qui permettent la prestation et le développement de services de santé reposant sur des données scientifiques
- 19.3 l'information sanitaire devrait être utile et facilement accessible aux responsables politiques, aux gestionnaires, aux professionnels de la santé et à d'autres secteurs, ainsi qu'au grand public;
- 19.4 tous les pays devraient avoir instauré des politiques et programmes de communication sanitaire appuyant la politique de la Santé pour tous et facilitant l'accès à ce type d'informations.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Élaboration du programme de recherche pour la Santé pour tous

La plupart des États membres doivent élaborer une politique de recherche axée sur la santé. À cet égard, les conseils donnés par le Comité consultatif européen sur la recherche en santé de l'OMS offrent un bon cadre. Les États membres devraient encourager les chercheurs à relever les défis de la Santé pour tous au XXI^e siècle. La recherche systématique de meilleurs outils de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins – en vue d'une utilisation dans le cadre des soins cliniques et dans le domaine de la santé publique – devrait être intensifiée et, dans chaque grand domaine de santé (tel que celui des maladies cardiovasculaires), des comités scientifiques devraient analyser systématiquement les données scientifiques disponibles et introduire leurs conclusions dans des bases de données constamment mises à jour. Les pays devraient disposer d'un mécanisme leur permettant de déceler les lacunes que présentent ces données et s'efforcer de les combler en entreprenant de nouveaux travaux de recherche dans les domaines où les connaissances sont insuffisantes. Il est également nécessaire d'élaborer de nouveaux moyens de faire face à des changements de société plus larges, tels que les problèmes socioéconomiques, les différences de santé entre les sexes, etc.

Il conviendrait d'accomplir des efforts particuliers pour mener des travaux de recherche visant à prévoir les tendances, les besoins et les défis futurs en matière de santé, en portant son attention non seulement sur les indicateurs directs de la santé mais également sur les indicateurs de déterminants structurels, environnementaux, comportementaux et sociaux.

Comme les dépenses des services de santé représentent de 5 à 10% du PNB et que ces services emploient de 5 à 8% de la main d'œuvre totale dans les pays, il est de plus en plus important de mener des travaux de recherche sur les options qui existent en matière de réforme du système de santé et leurs effets véritables. En conséquence, il ne faudrait lancer aucune réforme du système de santé qui ne comporte pas un élément d'évaluation clair, pour qu'il soit possible d'apprendre par la pratique.

Le secteur public et les chercheurs devraient coopérer pour la fixation de priorités en matière de recherche. En outre, il faut renforcer considérablement les mécanismes de dialogue et de coopération entre les responsables politiques et les scientifiques, et ce grâce à des comités spéciaux, des fonds affectés à la recherche, la participation conjointe à des travaux de recherche, etc.

Une tâche très importante pour presque chaque État membre de la Région consiste à mettre en place un mécanisme permanent qui permettra de procéder à un examen systématique – par exemple une fois par an – de tous les résultats importants de travaux de recherche nationaux et internationaux dans les principaux domaines du développement sanitaire (tuberculose, cancer, consommation de drogue, etc.). Un tel examen devrait permettre de recenser l'ensemble des conclusions importantes qui devraient être incorporées dans la pratique quotidienne du pays concerné et de les porter à la connaissance des responsables situés au plus haut niveau de décision du secteur de la santé. Comme mentionné dans le chapitre 2, une telle pratique renforcerait également la démarche qui consiste à établir une présence nationale de l' OMS dans chaque État membre.

Il faudrait intensifier la collaboration internationale en matière de recherche au niveau européen, en mettant davantage l'accent sur la recherche axée sur les besoins, une augmentation du nombre de programmes de recherche interpays et un meilleur échange d'informations sur la recherche. Par exemple la Commission européenne, la Fondation européenne pour la science et l' OMS devraient collaborer plus étroitement dans le domaine de la recherche. À cet égard, on a commencé à appliquer cette idée dans le domaine de l'environnement et de la santé, mais une collaboration plus étroite est également nécessaire dans de nombreux autres domaines de la santé.

Développement du soutien à l'information en matière de santé

L'information en matière de santé doit être beaucoup plus largement disponible et plus facilement accessible, pour que la Santé pour tous soit bien comprise et bénéficie d'une promotion active. Les décideurs, les professionnels de la santé, les économistes, les architectes, les enseignants, les chercheurs, les médias, le grand public, etc. doivent tous être informés au sujet des questions de santé d'une façon qui suscite leur intérêt pour les effets et les processus de l'amélioration de la santé, et les encourager à y participer.

À cette fin, l'une des méthodes possibles consiste à renforcer les mécanismes de surveillance de la santé et de ses déterminants connus, ainsi que le fonctionnement du système de santé. Pour y parvenir, chaque pays devrait utiliser les indicateurs mondiaux et régionaux de la Santé pour tous, au minimum (de préférence complétés par des indicateurs spécifiques correspondant à chacun des buts de la Santé pour tous du pays concerné). Ces informations devraient être disponibles sur des supports électroniques et être publiées régulièrement sous une forme accessible par le public, de

façon à favoriser un débat éclairé et ouvert parmi les hommes politiques, les professionnels et le public en ce qui concerne les résultats en matière de santé, les déterminants de la santé et les futures priorités pour l'action et l'investissement.

Les données devraient être spécialement adaptées aux principaux niveaux (pays, région, municipalité, établissement) qui sont choisis pour la planification et la mise en œuvre de programmes de la Santé pour tous (voir section 7.4).

Les indicateurs européens de la Santé pour tous seront actualisés compte tenu de l'évolution des priorités qui se dégagera de la mise à jour actuelle de la politique et des buts régionaux de la Santé pour tous (voir annexe 2). Certains aspects relatifs aux résultats en matière de santé doivent être encore renforcés, notamment en ce qui concerne les facteurs de risque. À cet égard, il est nécessaire de procéder périodiquement à des enquêtes sanitaires normalisées européennes, pour améliorer les informations communiquées aux pays et à la Région dans son ensemble sur les modes de vie et les facteurs de risque en matière de santé. À cette fin, on conçoit actuellement un modèle de l'OMS, appelé « EUROHIS ». De même, il est souhaitable de renforcer encore les réseaux de surveillance et les indicateurs des maladies transmissibles, de l'hygiène des denrées alimentaires et de l'environnement et de la santé. Un tel renforcement comportera une normalisation des définitions et des systèmes de collecte de données dans tous les États membres.

Au cours des décennies à venir, il importera de donner, notamment au grand public, accès aux données qui attirent l'attention sur les problèmes de santé, les facteurs de risque, les mesures à prendre pour faire face à ces derniers et les raisons d'agir en matière de soins de santé en Europe. Il sera en particulier nécessaire de mettre en place à l'intention du grand public des bases de données contenant des informations utiles sur l'auto-prise en charge.

L'OMS a entamé des activités sur des indicateurs de la qualité et des bases de données destinées à être utilisés au niveau clinique par les médecins, les infirmières et d'autres dispensateurs de soins de santé, mais cette action doit être poursuivie. Elle doit comporter la conception d'indicateurs de la qualité convenus sur le plan international (ce qui incombe à l'OMS) et d'un système de bases de données reliées entre elles qui communiquent aux praticiens les résultats qu'ils obtiennent, de façon à ce qu'ils puissent les comparer avec les résultats de leurs collègues. Il importera d'assurer la confidentialité des données relatives aux patients et aux dispensateurs de soins dans les bases de données cliniques, de façon à accroître la validité des informations qu'elles contiennent. Cependant, il faudrait pouvoir disposer de données agrégées et anonymes à des fins de gestion aux niveaux des établissements et de l'ensemble de la population. Un certain nombre de zones pilotes de la Région européenne participent à un système de l'OMS reliant des bases de données, ce qui permet d'utiliser des indicateurs de qualité normalisés permettant de comparer les résultats des soins.

Pour obtenir la participation de la population, il est essentiel de veiller à ce que les populations locales soient mieux informées au sujet des problèmes de santé, de modes de vie et d'environnement et des activités de développement propres à leur localité. Ces mesures devraient être conçues de manière imaginative et novatrice. Actuellement, on mène déjà de telles actions en utilisant les supports d'information traditionnels et les nouvelles possibilités créées par la communication électronique. Ici encore, le secteur des médias et de la communication a un rôle essentiel à jouer : informer, éduquer, convaincre les gens de leur responsabilité individuelle et collective en matière de santé, et leur indiquer les options d'action.

Télématique

Il sera très important que les États membres utilisent plus largement la télématique en matière de santé publique et de soins. Cela permettra d'appliquer des connaissances spécialisées dans de nouveaux domaines et établissements de façon économique et rentable. Cependant, il convient de tenir compte d'un certain nombre d'éléments¹⁸ :

- la nature des systèmes et services de télématique sanitaire devrait être déterminée par les besoins en matière de santé et par les normes cliniques et de santé publique, et non par la technologie ;
- les valeurs et les principes de la Santé pour tous, en particulier l'équité, la viabilité, la participation et la responsabilité, doivent s'appliquer pleinement à l'utilisation de la télématique sanitaire ;
- la télématique sanitaire requiert de nouvelles compétences des décideurs et des utilisateurs, ce qui nécessite une combinaison de formation participative, de transmission d'aptitudes, de formation professionnelle continue et d'apprentissage permanent ;
- compte tenu du rythme rapide d'obsolescence technologique et l'évolution des ratios prix-performance, les pays bénéficieront d'une collaboration plus étroite en ce qui concerne la mise au point des normes technologiques, la compatibilité, l'architecture ouverte, des prix compétitifs et des applications pilotes.

Pour gérer l'évolution de l'information en matière de santé de façon efficace et rationnelle au niveau de la Région européenne, il faudra que les principales organisations ayant des activités dans ce domaine concluent des accords de coopération plus formels que ce n'est le cas aujourd'hui. Il est essentiel que l'OMS, la Commission européenne et l'OCDE soient des parties prenantes à cet égard.

¹⁸ Adapté de : *A health telematics policy in support of WHO's Health-for-All strategy for global health development: report of the WHO Consultation on HealthTelematics, Geneva, 11-17 December 1997* Geneva, World Health Organization, 1998.

7.3 Mobilisation de partenaires pour la santé

Comme cela a été montré dans le chapitre 5, il faut faire participer des partenaires très divers de la société pour pouvoir concevoir des politiques et des actions sociales multisectorielles et les mettre au service de la santé. Plus précisément, la section 5.4 a mis l'accent sur la nécessité d'agir dans ce sens pour favoriser l'adoption de modes de vie sains, tandis que, dans le chapitre 6, on a souligné l'importance de la participation non seulement des professionnels de la santé mais également d'un grand nombre d'autres partenaires en matière de soins de santé. En conséquence, la politique de la Santé pour tous prévoit de mobiliser des partenaires très divers dans un certain nombre de cadres de la vie quotidienne et à différents niveaux de gestion, depuis le pays dans son ensemble jusqu'à la localité.

Cette nouvelle optique dans les actions visant à influencer sur les déterminants de la santé montre qu'il existe de nouveaux protagonistes qui ne sont pas pleinement reconnus en tant que partenaires dans la santé aujourd'hui. Un grand nombre de ces partenaires potentiels ne connaissent pas les avantages qu'ils peuvent retirer d'une collaboration avec le secteur sanitaire et d'un investissement dans la santé de leurs clients. En conséquence, il est nécessaire de surmonter les problèmes que posent les démarches axées sur un seul secteur et des objectifs, des budgets et des activités organisationnels spécifiques. L'un de ces problèmes est l'absence de mécanismes rassemblant les partenaires dans une coopération systématique.

Dans le chapitre 1, le droit de participer a été présenté comme l'une des trois valeurs fondamentales de la Santé pour tous. Il s'applique à tous les partenaires de la santé, c'est-à-dire à tous les membres de la société qui, par leur contribution personnelle en tant qu'individus ou sur le plan professionnel, peuvent contribuer à l'amélioration de la santé. Cependant, le droit de participer va de pair avec l'obligation de rendre des comptes (voir chapitre 1). En conséquence, le partenariat implique que tous les partenaires doivent assumer la responsabilité des conséquences sanitaires de leurs politiques et actions, et accepter leur part de responsabilité pour la santé.

L'État reste un partenaire fondamental. Un but essentiel de l'action de l'État est d'améliorer le développement humain de la population desservie. Cela relève de la nature des structures de l'État, qui ont des fonctions relatives à la santé, à l'enseignement, à la protection sociale et à la sauvegarde de l'environnement, parallèlement à leur rôle en matière de développement économique. Cependant, l'importance du développement humain n'est trop souvent pas assez explicite et, actuellement, il est certain qu'elle ne se trouve pas au cœur de la politique et de l'activité économiques.

Dans la Région européenne, la nature et le rôle de l'État changent lentement, passant de la fourniture directe de services et d'une assistance à la population vers la mise en place d'un cadre d'objectifs et de réglementations sociétaux dans lequel il existe de nombreux prestataires, tant

publics que privés. Il s' est également produit un mouvement de décentralisation, les compétences étant de plus en plus transférées à des structures régionales ou locales. Cependant, c' est encore l' État central qui est en dernier ressort responsable de la santé de la population et de l' utilisation des ressources globales pour la santé et les soins de santé, ainsi que des résultats de cette utilisation.

Les parlementaires nationaux et les hommes politiques locaux d' Europe doivent placer la santé en meilleure position parmi leurs préoccupations politiques et assumer la responsabilité des résultats sanitaires obtenus et de l' efficacité des mesures prises dans le domaine de la santé. Ils ont un rôle indispensable à jouer, qui consiste à concevoir un projet à moyen et à long terme capable d' obtenir des résultats plus fondamentaux, plus efficaces et plus durables pour la santé. Lorsqu' ils le font, ils se rendent compte également du potentiel considérable de soutien politique que de telles initiatives peuvent engendrer.

Les différents acteurs de l' infrastructure de santé publique – du personnel du ministère de la santé jusqu' au directeur de la santé publique d' une localité – doivent être des catalyseurs de l' action, des experts, des conseillers pour les hommes politiques, des personnes travaillant en réseau, etc. Dans le passé, cependant, dans de nombreux pays, ils ne se sont pas employés – à des notables exceptions près – de façon suffisamment active à tendre la main à d' autres secteurs ni à aider la médecine clinique à utiliser une démarche épidémiologique pour résoudre le dilemme de la qualité des soins. Plus récemment, des programmes novateurs tels que Villes-santé ont montré une nouvelle façon de procéder, tout en élargissant la notion d' infrastructure de santé publique (voir section 6.5).

Les professionnels de la santé sont des participants essentiels à une large gamme d' actions sanitaires, aussi bien en tant que prestataires de services qu' en tant que planificateurs et gestionnaires de nombreux éléments du secteur sanitaire. Cependant, dans le passé, on n' a pas utilisé pleinement leur potentiel considérable, étant donné que tant les professionnels que leurs organisations ont souvent – ici encore à de notables exceptions près – adopté une optique trop étroite, c' est-à-dire qu' ils ne sont pas parvenus à aller au-delà des soins aux patients pour analyser les effets de leurs activités sur la population. Souvent, ils n' ont pas eu non plus la volonté de reconnaître l' importance de leur propre fonction de modèle pour les sociétés locales, par exemple en ce qui concerne leurs propres habitudes en matière de tabagisme. Ils ont souvent répugné à accepter des fonctions de promotion de la santé (par opposition aux soins) et à coopérer avec des structures et des secteurs extérieurs à leurs propres établissements.

Cependant, au cours des dix dernières années, on a assisté à l' apparition d' une optique orientée davantage vers la santé publique. Les réseaux européens rassemblant l' OMS et les associations nationales de médecins, d' infirmières et de pharmaciens ont joué un rôle novateur dans l' apparition de cette optique nouvelle.

Les éducateurs – de la maternelle à l'université en passant par l'école – peuvent contribuer considérablement à l'acquisition et au maintien de valeurs, de connaissances et d'aptitudes conformes à la Santé pour tous chez les individus. Aujourd'hui, cependant, leur contribution fait rarement partie d'un programme soigneusement conçu, intégré et constitué d'éléments coordonnés, élaboré systématiquement pour pouvoir rester valable et viable pendant toute l'existence d'un individu.

Les chercheurs sont investis d'un rôle essentiel : ils doivent améliorer les milliers d'outils dont la Santé pour tous a besoin. Cependant, comme cela a été mentionné plus haut (section 7.2), leur contribution n'est souvent pas suffisamment orientée vers les préoccupations réelles du système de santé ou n'entretiennent pas avec elles une bonne interaction.

Le nombre d'ONG qui ont des activités dans le domaine de la santé augmente rapidement en Europe, en particulier en Europe occidentale. Dans la partie orientale de la Région (pays d'Europe centrale et orientale et nouveaux États indépendants), il n'y a encore que relativement peu d'ONG, bien que leur nombre augmente. Il est très nécessaire de stimuler et de soutenir le développement d'ONG, mais sans menacer leur autonomie, leur souplesse essentielle et leurs capacités d'innovation. Comme les ONG sont habituellement moins touchées par des contraintes organisationnelles et bureaucratiques que des organisations internationales constituées de façon plus formelle, elles peuvent intervenir de façon plus rapide et plus souple dans certaines situations.

Le secteur privé (voir section 5.5) est un partenaire essentiel en matière de santé. Jusqu'à présent, on ne s'est souvent pas bien rendu compte qu'il peut contribuer considérablement aux stratégies et au processus d'amélioration de la santé, en particulier pour ce qui est de l'industrie, du commerce, des médias, etc. De plus en plus, le secteur privé tient compte des exigences de plus en plus fermes des consommateurs et de leurs préoccupations en matière de santé, de qualité de la vie et plus généralement de l'intérêt général, et il procède à des évaluations plus rigoureuses des effets sanitaires des nouveaux produits sur la santé.

Les individus sont des partenaires pour la santé, et ce de deux façons. En premier lieu, ils sont des partenaires à titre privé, dans des actions qui touchent directement leur propre santé ou celle de leur famille ou de leurs amis. Deuxièmement, ils peuvent être des partenaires lorsqu'ils font parti d'ONG ou participent à des programmes sanitaires des collectivités locales.

BUT 20 – RECRUTER DES PARTENAIRES POUR LA SANTÉ

D'ICI 2005, DES ALLIANCES ET DES PARTENARIATS POUR LA SANTÉ, INCLUANT LES INDIVIDUS, LES GROUPES ET LES ORGANISATIONS DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ, ET LA SOCIÉTÉ CIVILE, DEVRAIENT AVOIR ÉTÉ CONSTITUÉS POUR METTRE EN OEUVRE DES POLITIQUES DE LA SANTÉ POUR TOUS.

En particulier :

- 20.1 le secteur de la santé devrait promouvoir activement la santé et défendre la cause de la santé, encourager d'autres secteurs à participer à des activités multisectorielles et mettre en commun des objectifs et des ressources
- 20.2 il faudrait mettre en place des structures et des mécanismes aux niveaux national, régional et local pour faciliter une coopération coordonnée entre tous les acteurs et secteurs participant au développement sanitaire.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Il faudra mettre en place des partenariats pour la santé à différents niveaux : international, national régional et local. De tels partenariats sont nécessaires pour l'élaboration de la politique de santé ; pour mieux faire comprendre les questions de santé aux individus ; pour engendrer une volonté politique d'action ; pour la fixation de buts ; pour la mise en œuvre de politiques et de programmes, et pour la détermination de la façon dont les services sont offerts, y compris le choix de priorités et l'affectation des ressources ; et pour surveiller et évaluer les résultats.

7.3.1 États

En définitive, c'est à l'État qu'il incombe de définir une politique de santé claire pour l'ensemble du pays et d'en assumer la responsabilité. Dans la Région européenne et dans la perspective du XXI^e siècle, les États devraient réfléchir à un changement des valeurs de la société, de façon à ce que la croissance économique ne devienne qu'un objectif parmi de nombreux autres – qui doit coexister en équilibre avec d'autres, tels que l'amélioration de la santé, la viabilité, l'équité, la cohésion sociale et la qualité de l'environnement. Lorsque les États s'attelleront à cette tâche, ils devront de plus en plus reconnaître la nécessité d'une participation pleine et entière de partenaires très divers et de la transparence dans les processus d'élaboration de politiques.

Les gouvernements doivent mettre en place des mécanismes de coopération efficaces et permanents, tels qu'un conseil national de santé, composé de représentants de haut niveau de nombreux ministères et d'autres partenaires, pour faire en sorte qu'une méthode cohérente préside aux politiques d'amélioration de la santé et que les objectifs sanitaires soient bien équilibrés sur les plans politique et technique. Cependant, c'est au ministère de la santé qu'il appartient de déterminer les principales dimensions techniques des politiques sanitaires et d'assumer la principale responsabilité pour leur mise en œuvre. Pour s'acquitter de cette tâche, il devrait suivre et analyser de façon plus systématique ce qui se passe sur les plans national et international (voir section 7.2), ce qui se traduira par la conception de meilleures stratégies et méthodes pour l'action en matière de santé. La

mise en place d'une présence de l'OMS dans les pays (voir section 2.1), avec des liens formels avec les organismes nationaux de recherche, pourrait contribuer à une telle initiative et en bénéficier.

7.3.2 Hommes politiques

Les hommes politiques, aux niveaux local, régional ou national, doivent être en possession d'une analyse approfondie des problèmes de santé et des atouts en matière de santé des populations qu'ils servent. À cet égard, la politique européenne de la Santé pour tous leur offre un cadre stratégique large, dont ils peuvent s'inspirer pour élaborer une politique analogue au niveau pour lequel ils sont responsables. Il faut veiller à ce qu'ils soient responsables de cette politique, par exemple en fixant des buts larges à atteindre et en assurant la surveillance et l'évaluation des mesures effectivement prises. Les hommes politiques devraient également veiller à ce que les dispositions législatives et réglementaires qu'ils adoptent et les incitations économiques et autres qu'ils offrent aux différents secteurs et aux institutions favorisent véritablement la santé et, lorsque cela est nécessaire, soient renforcées par des systèmes d'évaluation des effets sur la santé.

7.3.3 Professionnels

Professionnels de la santé

En tant que dispensateurs essentiels de soins de santé, les professionnels de la santé et leurs organisations devraient adopter les principes de la qualité des soins et faciliter activement l'autoprise en charge des patients (comme cela a été décrit dans la section 6.3). En outre, ils doivent adopter un mode de vie sain car ils sont des modèles pour les autres (voir section 6.4.2). Enfin, en raison de leurs compétences techniques, ils sont tenus de soutenir des programmes de développement sanitaire locaux et nationaux.

Professionnels de la santé publique

Leur rôle et leurs responsabilités ont déjà été examinés de façon approfondie dans la section 6.5.

Autres professionnels

De nombreux professionnels travaillant en dehors du secteur de la santé peuvent être considérés comme d'« autres professionnels de la santé publique » dans le cadre de l'infrastructure de santé publique (voir section 6.5).

Les enseignants dans les maternelles et les écoles doivent relever trois défis importants :

- En premier lieu, ils doivent acquérir les connaissances et les compétences d'enseignement nécessaires pour apprendre à leurs élèves à respecter les valeurs fondamentales de justice, d'équité, de compassion et de développement viable. Il est essentiel d'encourager les élèves à adopter des modes de vie sains et de les former pour qu'ils soient capables de résister dans certains cas à l'influence de leurs camarades ; de leur inculquer les aptitudes utiles pour la vie, de façon à ce qu'ils puissent résister au stress et à l'adversité avec maturité ; de les préparer aux problèmes de l'adolescence ; de leur inculquer la valeur des relations sociales et l'importance des réseaux sociaux ; et de les aider à se préparer à devenir de bons parents.
- Deuxièmement, les enseignants doivent accepter qu'ils sont des modèles importants pour leurs élèves, et en conséquence adopter des modes de vie sains (ne pas fumer, par exemple) et montrer qu'ils sont capables de faire face au stress.
- Troisièmement, les enseignants doivent se rendre compte qu'il leur incombe de mieux comprendre la situation familiale de leur élèves et de tendre la main aux parents dans un esprit de coopération (voir section 5.4).

Les ingénieurs, architectes et urbanistes doivent élargir leur compréhension des effets que leurs activités peuvent avoir sur la santé des individus et des populations. Ils doivent non seulement être conscients des préoccupations de sécurité inhérentes à la conception de logements, de quartiers et de villes, mais également rechercher des solutions nouvelles et imaginatives qui, par exemple, favorisent une activité physique quotidienne modérée, stimulent la création de réseaux sociaux axés sur le quartier, créent un habitat dans lequel trois générations peuvent vivre, et favorisent la famille élargie, comme moyen de rompre l'isolement social que beaucoup de gens connaissent aujourd'hui dans les environnements urbains modernes.

Les économistes devraient de plus en plus prendre en considération non seulement les ressources affectées aux soins de santé, mais également les résultats en matière de santé et les services produits par le système de santé et ses différents éléments. Par exemple, il sera nécessaire d'examiner de façon plus critique les coûts sanitaires et sociaux de projets de développement industriel et infrastructurel. Une bonne méthode d'action consisterait à offrir des incitations financières, provenant par exemple d'un fonds spécial pour la santé alimenté par les taxes sur les produits à base de tabac, afin d'améliorer la promotion de la santé et la qualité des soins, par exemple.

Pour assurer le succès de la politique de la Santé pour tous, il est essentiel de faire participer plus vigoureusement et plus ouvertement les journalistes et les autres professionnels des médias et du secteur de la communication pour qu'ils diffusent des connaissances sur des questions de santé et instaurent un débat concernant celles-ci. En effet, la politique de la Santé pour tous met l'accent sur la participation du public et sur la transparence des processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques. La formation de ces professionnels devrait notamment porter sur ces questions sanitaires.

Le secteur de la santé lui-même doit prendre une initiative dans ce domaine en se prêtant à un dialogue plus ouvert sur ses activités.

7.3.4 Organisations non gouvernementales

Les ONG sont des partenaires essentiels pour la santé. Elles constituent un élément vital de la société civile moderne, car elles sensibilisent le public à certaines questions et à leurs préoccupations, préconisent des changements et créent un dialogue sur la politique menée. En conséquence, il faudrait renforcer leur rôle dans le domaine de la santé. Elles peuvent fournir d'importants services sanitaires et sociaux qui complètent ceux offerts par le secteur public et le secteur privé, ce qui permet d'exploiter d'importantes ressources laissées en friche. En particulier, il faut soutenir vigoureusement l'action qu'elles mènent en matière d'entraide, dans la mesure où elles aident les personnes ayant tel ou tel problème de santé (comme les hémophiles, les diabétiques, les consommateurs de drogue ou les consommateurs d'alcool) à mieux se soigner eux-mêmes. Cependant, il faut coordonner plus étroitement les atouts et le potentiel des ONG avec les efforts publics organisés au niveau local ou national, afin d'améliorer la santé de certains groupes de la population. Dans le cadre d'une action de ce type, il faut considérer les ONG comme de véritables partenaires. Leur participation à des programmes de santé locaux constitue aussi un excellent exemple de démocratie locale concrète – ce qui présente un intérêt tout particulier pour les pays en transition – et permet de libérer des ressources locales pour la santé en obtenant un soutien fort de la part des communautés locales.

Pour l'OMS, une priorité essentielle est actuellement de mettre en place des mécanismes plus flexibles et plus ouverts pour créer et maintenir un dialogue avec les ONG. Cela rendrait possible une combinaison de la connaissance que l'OMS a des besoins globaux et des options relatives à la santé avec l'aptitude des ONG à s'identifier étroitement avec les questions et les personnes concernées.

7.3.5 Secteur privé

Le secteur privé devrait être plus attentif à l'évolution de la demande des consommateurs ; pour cela, il doit évaluer de façon critique la façon dont ses produits peuvent favoriser la santé et contribuer à un meilleur environnement. On exigera de plus en plus des preuves scientifiques à l'appui d'allégations concernant les avantages des produits, ainsi que l'utilisation d'outils objectifs tels que les évaluations des effets sur la santé. En conséquence, les activités du secteur privé doivent être plus globales et mieux axées sur la santé qu'elles ne le sont aujourd'hui. En outre, le secteur privé est un élément essentiel des communautés au niveau local et national ; en conséquence, il faut s'employer activement à lui demander de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de programmes

de santé publique, en les considérant comme des partenaires et en se rendant pleinement compte de la contribution cruciale qu' il peut apporter.

Comme cela a été mentionné dans la section 5.4, le lieu de travail est l' un des cadres les plus efficaces pour aider les adultes à adopter des modes de vie plus sains. Il est donc essentiel que le secteur privé s' intéresse de près à la santé des salariés. Une initiative positive consisterait à mettre en œuvre la notion d' « entreprise-santé », qui repose sur un partenariat entre les employeurs, les salariés et les services d' hygiène du travail. L' action menée comprendrait trois volets : des mesures favorables à la santé des travailleurs, la fabrication de produits sains et le soutien actif apporté par l' entreprise à des programmes sanitaires locaux ou nationaux. Une telle action devrait elle-même être soutenue par les organisations nationales d' employeurs et de travailleurs et par le secteur de la santé publique. Au bout d' un certain temps, on pourrait constituer un réseau d' entreprises-santé.

7.3.6 Citoyens

Il est essentiel de faire en sorte que les choix sains soient les choix les plus faciles, en menant les actions décrites dans les chapitres précédents (en particulier le chapitre 5) si l' on veut aider les individus à accepter plus de responsabilités pour leur santé et à reconnaître que la santé est un atout à protéger et à améliorer activement. De même, les individus doivent assumer une responsabilité particulière qui les amène à aider leurs amis et leurs parents à choisir et à conserver des modes de vie sains, en donnant un exemple personnel édifiant et en les aidant directement.

7.3.7 Rassembler des partenaires en vue d' une action

Pour qu' une stratégie de partenariats pour le développement sanitaire soit véritablement efficace, il faut mettre en place des mécanismes spéciaux pour assurer la bonne orientation et la viabilité de ces partenariats. Sur la base de la politique de la Santé pour tous, de nombreux pays ont récemment accompli de grands progrès dans la mise en place de tels partenariats dans le cadre de mouvements tels que « Villes-santé », « Écoles-santé », « Hôpitaux-santé », « Santé en prison », etc. (voir section 5.4). On a maintenant besoin d' une stratégie et de mécanismes structurels pour mobiliser ces partenariats pour la santé dans l' ensemble de la société.

Foyer

Le cadre informel du milieu familial ne nécessite pas de mécanismes formels, mais une infirmière familiale jouissant d' un grand respect peut lancer très efficacement des discussions constructives au sein de la famille au sujet de ses problèmes de santé. Une notion bien conçue de médecin de famille peut également s' avérer très efficace. Elle doit prévoir des activités épidémiologiques et d' enregistrement de données reposant sur la famille qui permettent des examens par des équipes

(par exemple, un médecin, une infirmière et une assistante sociale) pour les familles ayant des besoins sanitaires ou sociaux particuliers.

Écoles, lieux de travail, etc.

Comme cela est mentionné dans la section 5.4, les maternelles, les écoles, les prisons, etc. sont d'importants cadres pour l'action sanitaire. Il est nécessaire de créer en leur sein un comité de promotion de la santé, qui dispose de ressources appropriées en vue d'une action, soit composé des principaux partenaires et ait des responsabilités claires en matière de promotion de la santé sur le plan local.

Communautés locales

La conception d'une politique sanitaire locale axée sur la Santé pour tous, comportant des buts et un programme d'action, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de cette politique sont des éléments vitaux de la stratégie de la Santé pour tous. Cela doit être réalisé de façon bien planifiée dans chaque localité de chaque État membre (voir sections 5.4 et 7.4). À cet effet, il doit exister un conseil local de la santé ou un organisme similaire chargé de ces tâches, aux activités desquelles participe le conseil municipal élu, des représentants d'importants secteurs tels que ceux de la santé, de l'éducation, des affaires sociales, etc., et les principales ONG, les médias et la population locale (cette dernière grâce à des auditions publiques, par exemple). Le directeur local de la santé publique et d'autres praticiens de la santé publique doivent s'acquitter à cet égard de fonctions techniques et de directions essentielles.

Niveaux national et sous-national

L'élaboration d'une politique et d'un programme national axés sur la Santé pour tous reste indispensable pour la mise en place d'un cadre de développement à moyen terme comportant des buts clairs de la Santé pour tous qui suscitent des efforts engendrant des synergies et indiquent une direction commune pour des efforts similaires à d'autres niveaux dans le pays (voir, section 7.4). Cela est également nécessaire pour assurer l'utilisation rationnelle des ressources dans l'ensemble du pays et faciliter un mouvement s'étendant à l'ensemble de la société vers une meilleure santé, soutenu activement par tous les ministères, les associations nationales de professionnels, les syndicats, les organisations patronales, les médias, etc.

Comme cela est mentionné dans la section a) plus haut, il est indispensable de disposer d'un mécanisme clair et bien en évidence, tel qu'un conseil national de la santé, chargé de traduire dans les faits cette volonté collective. Un tel conseil devrait recevoir un soutien technique et des directives de la part du ministère de la santé. Il s'agirait de l'organisme chargé d'élaborer les politiques et les programmes, de surveiller et d'évaluer la mise en œuvre de ces politiques et programmes et de rendre compte des progrès accomplis. Ce processus contribuera à faire en sorte que les respon-

sables rendent compte de leurs actions, fera mieux connaître les buts de développement sanitaire dans l' ensemble de la société et créera la volonté de les atteindre.

Niveau régional européen

Pour les 51 pays de la Région européenne, il existe déjà un mécanisme de coopération permanent, à savoir le Comité régional de l' OMS pour l' Europe, qui est en quelque sorte le « parlement de la santé » qui permet chaque année aux ministres de la santé d' examiner ensemble les politiques et des programmes sanitaires qui existent dans la Région. La politique régionale européenne de la Santé pour tous représente leur politique et leurs buts en vue d' une action commune à l' échelle de l' ensemble de la Région ; il s' agit en outre d' un cadre ambitieux qui peut servir de point de départ pour les pays. L' utilisation à l' échelle de la Région des buts de la Santé pour tous et du processus d' évaluation de la Santé pour tous (qui se déroule actuellement tous les six ans) assure la transparence et une information systématique. Il est tenu compte des résultats de l' évaluation lors de l' actualisation de la politique européenne de la Santé pour tous (tous les six ou sept ans).

La coopération avec d' autres importants organismes d' intégration et intergouvernementaux revêt une importance extrême si l' on veut que la santé devienne une réalité dans toute l' Europe. Ces organismes sont notamment l' Union européenne, la Banque mondiale, le Conseil de l' Europe, l' OCDE et divers organismes humanitaires et de développement faisant partie du système des Nations Unies. Tous ces organismes accordent une attention croissante à la santé dans l' élaboration de leur politique et leurs activités, mais il convient en particulier de prendre note des compétences accrues de l' Union européenne en matière de santé publique et de l' élaboration récente par la Banque mondiale d' une politique stratégique en matière de santé, de population et de nutrition. De nombreux événements importants ont renforcé la coopération entre toutes ces organisations, mais il est possible d' accomplir beaucoup plus de progrès et il serait utile de conclure des accords de partenariat plus formels, en particulier entre l' OMS, la Commission européenne et le Conseil de l' Europe. Le chapitre 1 décrit les cinq grands rôles que le Bureau régional de l' OMS pour l' Europe devrait jouer dans le développement sanitaire en Europe.

Il a en particulier été possible de renforcer la coopération dans le domaine de l' hygiène de l' environnement, où la création du Comité européen de l' environnement et de la santé permet de disposer d' une structure au sein de laquelle peuvent avoir lieu des discussions fréquentes au sujet de questions importantes relatives aux politiques et programmes, ce qui engendre une collaboration plus étroite et une meilleure compréhension entre les grandes organisations représentées dans ce comité. Un autre exemple de partenariat réussi est offert par le programme Écoles-santé, qui associe la Commission européenne, le Conseil de l' Europe et le Bureau régional de l' OMS pour l' Europe dans le cadre d' une coopération concrète, novatrice et à long terme.

Les efforts accomplis pour rassembler des partenaires professionnels et institutionnels au sein d'un mouvement d'ampleur européenne axé sur la Santé pour tous ont connu un succès remarquable. Comme cela a déjà été mentionné, le Forum européen des associations nationales de médecins et de l'OMS comprend maintenant des représentants d'associations nationales de médecins de presque tous les États membres. Pour sa part, le Forum EuroPharm, créé pour les professions pharmaceutiques, rassemble des associations de pharmaciens d'environ deux tiers des États membres. Ces deux organisations continueront d'examiner des problèmes essentiels liés à la Santé pour tous, tels que la qualité des soins et les modes de vie, non seulement lors de leurs conférences annuelles mais également dans le cadre des travaux d'équipes spéciales permanentes axées sur l'action. En 1996, le Forum des associations nationales européennes d'infirmières et de l'OMS a été créé ; tout porte à croire qu'il deviendra un moyen très efficace de mobiliser les 4,5 millions d'infirmières et de sages-femmes de la Région en faveur d'une démarche axée sur la Santé pour tous.

Les réseaux de collaboration sont de création récente mais ils ont vocation à devenir des structures internationales permanentes, qui pourraient exercer une influence considérable sur l'action menée en vue d'atteindre certains buts de la Santé pour tous dans l'ensemble de la Région. Ces réseaux, dont il a déjà été question, sont les suivants : Régions-santé, Villes-santé, Écoles-santé, Hôpitaux-santé, Santé dans les prisons, CINDI et, plus largement, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe. On a créé d'autres réseaux pour mieux orienter la gestion de certains problèmes de santé, tels que les maladies infectieuses (à cet égard, des équipes spéciales sur les MST et le sida et sur les programmes de vaccination dans les nouveaux États indépendants ont rassemblé efficacement un grand nombre de partenaires), le diabète (mouvement de Saint Vincent) et les accidents vasculaires cérébraux. Plusieurs réseaux européens et le Centre international de recherche sur le cancer jouent aussi un rôle important à cet égard.

LES PLANS D'ACTION NATIONAUX, UN MOYEN PRAGMATIQUE DE RASSEMBLER DES PARTENAIRES EN VUE D'UNE ACTION

Lors de la deuxième Conférence sur l'environnement et la santé (Helsinki, juin 1994), des ministres de la santé et de l'environnement ont engagé leur pays respectif à élaborer des plans d'action pour l'environnement et la santé, qui établissent un lien clair entre, d'une part, des mesures visant à améliorer l'environnement et, d'autre part, la santé de la population. Depuis lors, 40 pays ont achevé ou sont en train d'élaborer leur propre plan d'action national. Il s'est avéré que les plans d'action nationaux constituent des mécanismes permettant de rassembler efficacement différents secteurs et partenaires, et offrent un cadre cohérent, global et économique pour la prise de mesures visant à atteindre les buts de la Santé pour tous et du programme Action 21. En raison du caractère intersectoriel des questions d'environnement et de santé, une mise en œuvre réussie et soutenue des plans d'action nationaux dépend d'une coopération entre l'ensemble des acteurs concernés aux niveaux national et international, par exemple les gouvernements nationaux, les autorités locales, les différents secteurs de l'économie et le public. Les activités menées au niveau national sont soutenues par des organisations internationales et des organismes de financement. En outre, un certain nombre

de pays utilisent la mise en œuvre des plans d'action nationaux dans le cadre du processus d'adhésion à l'Union européenne.

Source : Mise en œuvre des plans d'action nationaux pour l'hygiène de l'environnement dans le cadre de partenariats. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document soumis à la troisième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, Londres 1999).

Des progrès appréciables ont été accomplis en matière d'environnement et de santé (grâce au processus d'élaboration de plans d'action nationaux sur l'environnement et la santé). En revanche, il est maintenant urgent de créer un mouvement vigoureux d'ampleur européenne en faveur de modes de vie sains. Le moment est favorable pour prendre une telle initiative, et les connaissances techniques et l'expérience nécessaires sont disponibles. La Commission européenne a élaboré un nouveau programme d'action pour la promotion de la santé et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dispose de réseaux solides et étendus et d'une longue expérience dans ce domaine, de même qu'un grand nombre d'ONG très actives. Enfin et surtout, il semble exister une volonté politique de plus en plus affirmée dans les États membres de prendre au sérieux les questions de promotion de la santé.

Les réseaux peuvent faciliter considérablement l'échange de connaissances et de données d'expérience. Il serait possible de créer d'autres réseaux de ce type axés sur la santé, par exemple des commissions parlementaires sur la santé et des associations internationales d'enseignants, d'économistes, de juristes, d'ingénieurs et d'architectes.

7.4 Planification, mise en œuvre et évaluation de politiques de la Santé pour tous

Pour traduire dans les faits toutes les intentions décrites dans les chapitres 1 à 6, il est indispensable de créer au sein de la société un vaste mouvement en faveur de la santé avec la participation de l'ensemble de la société (société civile, administration, commerce et classe politique). Cela ne pourra être réalisé que si tous les partenaires participent aux processus qui permettent de comprendre les problèmes de santé et ce qu'il faut faire pour améliorer la santé. Pour que de tels processus larges soient efficaces, il est essentiel de posséder une philosophie motivante indiquant le chemin à parcourir, d'une politique transparente et élaborée en commun reposant sur le cadre de la Santé pour tous.

À partir de 1984, un grand nombre d'États membres de la Région européenne ont entrepris d'adapter la politique régionale de la Santé pour tous à leurs propres besoins. Ce mouvement a connu un ralentissement temporaire au début des années 90, étant donné que les bouleversements

politiques et la crise économique qui s'est produite dans les pays d'Europe centrale et orientale et les nouveaux États indépendants ont placé des réformes d'urgence à court terme des services de santé au centre de l'attention. Cependant, en juin 1996, environ 60% des 51 pays qui constituent actuellement la Région avaient élaboré ou étaient en train d'élaborer des politiques globales de santé reposant sur la démarche de la Santé pour tous, tandis que la plupart des autres pays avaient incorporé des éléments importants de la Santé pour tous dans leurs politiques.

Les mécanismes permettant de mettre en œuvre et de surveiller la politique de la Santé pour tous étaient le résultat d'une réflexion approfondie et se sont donc avérés très efficaces dans un certain nombre de pays. Dans d'autres, cependant, ils étaient fragmentés, ce qui a nuit considérablement à leur efficacité. Les pays ont mis en œuvre leurs politiques de la Santé pour tous de façons très diverses. Un grand nombre d'entre eux ont largement utilisé des buts quantifiés, tandis que d'autres ont donné la préférence à des objectifs qualitatifs. Ceux qui ont obtenu les meilleurs résultats se sont montrés extrêmement novateurs pour favoriser une large participation à la prise de décision, tandis que d'autres pays ont choisi un processus dirigé par des experts et limité dans une large mesure au secteur de la santé. Dans beaucoup de pays, les politiques ont été entérinées par le parlement, ce qui leur a assuré un large soutien politique à moyen terme, ce qui était très important. Dans l'ensemble, ces dernières années, les pays ont accompli des progrès dans la façon dont ils élaborent des politiques et des buts nationaux de la Santé pour tous et planifient leur mise en œuvre efficace.

Le cadre commun des indicateurs de la Santé pour tous et le calendrier commun d'évaluation des politiques mondiales, régionales et nationales de la Santé pour tous et de réévaluation de leur ampleur et de leur contenu eu égard à des buts fixés d'un commun accord ont assuré une transparence nouvelle dans de nombreux pays. Ce processus d'apprentissage continu et systématique grâce à l'expérience a également changé de façon fondamentale la base de l'actualisation périodique des politiques ; essentiellement, il a incorporé un principe scientifique dans l'élaboration de la politique. Cette nouvelle politique et ce nouveau processus ont créé un sentiment nouveau de cohésion et de solidarité entre les États membres de la Région et se sont traduits par la création d'une base de connaissances sans équivalent que tous les pays peuvent utiliser pour apprendre et obtenir des orientations.

Ainsi donc, alors qu'un certain nombre de pays ont maintenant mis en place des politiques axées sur la Santé pour tous qui fonctionnent bien, d'autres doivent actualiser leur politique et certains doivent encore faire preuve de la volonté politique nécessaire pour engager le processus d'élaboration d'une politique axée sur la Santé pour tous.

BUT 21 – POLITIQUES ET STRATÉGIES DE LA SANTÉ POUR TOUS

D'ICI 2010, TOUS LES ÉTATS MEMBRES DEVRAIENT AVOIR ADOPTÉ ET METTRE EN OEUVRE DES POLITIQUES DE LA SANTÉ POUR TOUS AUX NIVEAUX NATIONAL, RÉGIONAL ET LOCAL, SOUTENUES PAR DES INFRASTRUCTURES INSTITUTIONNELLES ET MÉCANISMES DE GESTION APPROPRIÉS ET PAR UNE ACTION NOVATRICE DE LA PART DES DIRIGEANTS.

En particulier :

- 21.1 des politiques de la Santé pour tous à l'échelon national devraient être motivantes offrir un cadre stimulant tourné vers l'avenir pour les politiques et mesures adoptées dans les régions, les villes et les localités et dans des cadres de vie tels que l'école, le lieu de travail et le foyer
- 21.2 il faudrait mettre en place, à l'échelon national et aux autres échelons, des structures et des mécanismes d'élaboration de politiques de santé associant des partenaires clés très divers, issus des secteurs public et privé, dûment mandatés pour élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques
- 21.3 il faudrait concevoir des objectifs, des buts, des indicateurs et des priorités à court, moyen et long termes, ainsi que les stratégies permettant de les atteindre, sur la base des valeurs de la Santé pour tous, et il faudrait suivre et évaluer régulièrement les progrès accomplis vers leur réalisation.

STRATÉGIES PROPOSÉES

Tous les États membres de la Région devraient faire en sorte que leur politique de la Santé pour tous soit dans l'ensemble conforme aux principes et aux stratégies de la Santé pour tous, de façon à adapter leur démarche aux besoins qui existent en matière de développement sanitaire et aux caractéristiques propres aux sociétés démocratiques et pluralistes d'aujourd'hui. Cela signifie non seulement qu'il faut adapter les stratégies décrites dans les chapitres 2 à 6 pour faire face aux questions de modes de vie et d'hygiène de l'environnement, mais il est tout aussi important d'adopter la notion de partenariats pour la planification et la mise en œuvre, axés sur les grands cadres et niveaux où les mesures doivent être prises. Les stratégies et les buts de la santé publique au niveau régional européen devraient inspirer ceux qui sont adoptés au niveau des pays et les buts nationaux devraient inspirer les buts locaux. Certains des enseignements qui ont été tirés depuis 1984 sont présentés dans les pages qui suivent.

7.4.1 Tracer clairement la voie à suivre

Les mesures à prendre pour favoriser l'équité en matière de santé, renforcer la viabilité et orienter de façon plus précise les soins de santé nécessitent des efforts déterminés et soutenus accomplis par de nombreux partenaires. S'il n'existe pas un document énonçant la politique, qu'il soit possible de consulter et qui soit susceptible de faire l'objet d'un débat et même de critiques, les nombreux

partenaires dont il faut obtenir la participation ne comprendront pas clairement pourquoi ils doivent coopérer pour la santé ni quelle peut être leur contribution propre. Un document énonçant la politique de la Santé pour tous aux niveaux national et local (et, si nécessaire, sous-national) – présentant des objectifs, des stratégies et des buts clairs – constitue un cadre, un point de repère et un point de départ essentiel qui garantit que même des actions très modestes sont orientées dans la bonne direction. Pour indiquer ainsi la voie à suivre, il faut engager un processus de planification démocratique et participatif, dont les étapes essentielles sont décrites ci-après.

7.4.2 Sensibiliser

Une politique, des actions et une volonté de favoriser la santé n'apparaîtront pas par génération spontanée. Les praticiens de la santé publique ont pour tâche permanente essentielle de sensibiliser à la nécessité d'incorporer des objectifs sanitaires dans le développement socioéconomique global de la société. En outre, l'ensemble du secteur de la santé doit se faire l'avocat de la santé et de la promotion de l'équité et de la solidarité dans le domaine de la santé.

Ces processus nécessitent que l'on comprenne et que l'on présente de façon plus claire la santé telle qu'elle est vécue et les déterminants de la santé, ainsi que le manque d'équité en matière de santé. À cette fin, il est essentiel d'élaborer des rapports réguliers sur ces sujets aux niveaux international, national, régional et local. L'élaboration de tels rapports n'atteindra pas son but si ces derniers sont destinés uniquement à la communauté scientifique ou aux administrations sanitaires. Il faut que ces rapports soient conçus de telle façon qu'ils puissent être compris par tous les partenaires potentiels, et en particulier par les hommes politiques à tous les niveaux, ainsi que par les professionnels et le grand public. En conséquence, une étroite collaboration avec les médias et l'appui constructif de ces derniers sont essentiels.

7.4.3 Accord sur le processus

Comme cela a été mentionné plus haut, le processus d'élaboration d'une politique doit être transparent et obtenir une participation aussi large que possible de différents secteurs, niveaux et groupes d'intérêt. Si ceux qui doivent exécuter les politiques et les programmes de santé et de développement ne participent pas également à leur élaboration et à leur évaluation, ils se sentiront peu motivés à les traduire dans les faits.

Un accord sur un processus d'élaboration d'une politique doit prévoir la création ou le renforcement de mécanismes ou d'infrastructures qui facilitent la coopération entre tous les principaux partenaires. C'est ainsi qu'au niveau des pays, un conseil national de la santé pourrait rassembler les dirigeants des ministères de la santé et d'autres secteurs, les organisations nationales

d'employeurs et de travailleurs, des associations nationales clés de personnel de santé et une fédération nationale de conseils locaux et les ONG. Des mécanismes analogues (y compris, là où cela est approprié, des structures sous-nationales) seraient nécessaires aux niveaux local et municipal, et devraient comporter des comités ayant un objet similaire dans les lieux de travail, les écoles et d'autres établissements. Tous ces mécanismes doivent s'occuper des conflits d'intérêts éventuels, reconnaître la nécessité d'une négociation et de compromis, et permettre aux groupes vulnérables de faire entendre leur voix. À tous les niveaux, ces comités ont besoin d'un soutien ferme de la part d'experts de la santé publique et doivent recevoir des contributions provenant de divers groupes d'experts.

7.4.4 Recherche d'un consensus

Le fondement essentiel de l'élaboration d'une politique à tous les niveaux est constitué par une compréhension commune des valeurs, des objectifs et des buts fondamentaux, ainsi que des priorités qui doivent leur être attribuées. Cela suppose qu'il faut examiner l'importance relative à accorder aux différentes valeurs, en définissant les critères à utiliser pour fixer les priorités et en discutant des conséquences possibles des diverses options. Ces processus comprendront certainement des négociations et des renégociations entre les partenaires sur la santé de façon permanente, au fur et à mesure que la politique se développe.

Des changements de gouvernement ou d'administration au niveau national, régional et local peuvent créer des difficultés dans l'obtention d'une volonté de faire aboutir des politiques à long terme pour la santé, qui risquent de ne pas produire de résultats avant les prochaines échéances électorales. Cependant, il est plus facile d'obtenir une volonté d'aboutir à long terme rassemblant les différents partis lorsque les hommes politiques aux niveaux national, régional, local et municipal participent au processus à un stade précoce. L'obtention d'un soutien ferme de la part des consommateurs ou de la population peut aussi garantir la continuité et la viabilité nécessaires de politiques en matière de santé.

7.4.5 Fixation de buts

L'expérience acquise au cours des 12 dernières années en matière d'utilisation de buts régionaux de la Santé pour tous et d'indicateurs correspondants dans toute l'Europe ainsi que de buts aux niveaux national et local dans un certain nombre de pays, a déjà prouvé que la fixation de buts est un instrument particulièrement utile. Grâce à des buts, les objectifs des politiques sont plus précis, les progrès accomplis vers les buts peuvent être suivis et de nombreux partenaires sont poussés à soutenir activement l'évolution de la situation en matière de santé. Dans le cadre de la philosophie ambitieuse de développement sanitaire proposée pour les années à venir, l'utilisation de buts aux

niveaux international, national et local continuera de revêtir une grande importance. Les principales raisons en sont les suivantes :

- la fixation de buts nécessite une évaluation de la situation actuelle de façon aussi scientifique que possible et une indication sur les tendances futures car cela est essentiel pour pouvoir fixer des priorités ;
- la fixation de buts et la surveillance des progrès accomplis vers ceux-ci représentent une possibilité d'apprentissage essentielle au cours du processus permanent d'élaboration d'une politique, car cela peut orienter la discussion sur les questions suivantes : quels résultats avait-on espéré obtenir et pourquoi, et est-on parvenu ou non à les obtenir, et pourquoi ;
- des buts constituent un outil de communication puissant, qui font sortir l'élaboration de la politique du champ limité de la bureaucratie et en font une question publique clairement comprise ;
- des buts peuvent être comparés à des points de repères sur une carte, qui permettent à tous les partenaires de mieux comprendre la portée de la politique, pourquoi certaines choses doivent se produire et quels peuvent être leurs rôles dans la réalisation de ces choses ; ils peuvent également devenir un point de ralliement permettant à des groupes de simples citoyens de se mobiliser et d'exiger la prise de mesures ;
- des buts, surveillés à l'aide d'indicateurs précis, constituent un excellent instrument pour obliger les responsables à mieux rendre compte de leur action du point de vue de la santé ;
- à court terme, les buts constituent un point de référence permettant d'évaluer l'opportunité d'actions quotidiennes, c'est-à-dire des propositions émanant de services gouvernementaux ou le budget annuel ;
- enfin, en associant la population au processus de fixation de buts, on met en place une stratégie importante qui incite cette population à agir.

Il n'est pas nécessaire de quantifier tous les buts et il importe d'éviter de privilégier les éléments mesurables dans le cadre de la fixation de buts. Lorsque les décideurs fixent des buts, ils doivent examiner soigneusement l'efficacité attendue des solutions proposées et les incidences possibles de l'action ou de l'inaction. Au minimum, des buts doivent indiquer des aspirations en matière d'amélioration de la santé et de réduction des facteurs de risque pour la santé. Il peut également être utile de fixer des buts organisationnels qui précisent les niveaux d'action à certains moments.

Les principales stratégies qui permettent d'atteindre les buts doivent être décrites et il convient de montrer comment les principaux partenaires peuvent fournir une contribution. La fixation de buts doit également comporter un accord clair sur le moment auquel les buts de la politique doivent être évalués et mis à jour ; normalement, cela doit avoir lieu au moins tous les dix ans.

7.4.6 Obtenir la transparence

Quelle que soit la manière choisie pour l'élaboration des objectifs et des buts, ceux-ci doivent être exprimés de manière claire et permanente dans le document énonçant la politique et la stratégie. C'est grâce à ce document que les nombreux partenaires peuvent voir ce qu'ils se sont engagés à réaliser et comprendre leur propre rôle potentiel. Pour favoriser une telle compréhension, il est possible d'élaborer des versions différentes pour différents groupes et l'on peut utiliser de nouvelles formes de diffusion, comme un site sur Internet.

7.4.7 Légitimation du processus

Le processus d'élaboration de la politique peut être légitimé grâce à une consultation large et transparente. Grâce aux activités menées depuis 1984 aux niveaux national, régional et municipal, il existe maintenant de nombreux exemples de l'utilité de réunions publiques, d'expositions itinérantes, des médias et de la diffusion d'informations obtenues au cours du processus de consultation. L'approbation officielle de la politique doit se faire au niveau politique le plus élevé de préférence aux parlements nationaux ou locaux ou dans les conseils régionaux ou municipaux. En l'absence d'une telle approbation à un niveau élevé, le secteur de la santé ne dispose pas de l'influence nécessaire pour exécuter la politique, en agissant parfois seul mais très souvent avec de nombreux autres secteurs et partenaires.

7.4.8 Formation d'alliances nouvelles

Il faut créer de nouveaux partenariats. L'élaboration et la mise en œuvre de ce type de politique nécessitent non seulement la formation d'alliances nouvelles avec différents secteurs et avec les nombreux partenaires publics et privés concernés, y compris une myriade d'associations, mais également une façon différente d'aborder la mise en place de partenariats avec les entités concernées.

Les praticiens de la santé publique et le secteur de la santé doivent assumer la responsabilité principale pour les mesures visant à encourager ces autres secteurs et ces entités à accorder un degré élevé de priorité à la santé, et ils devront être renforcés de façon à pouvoir relever ce défi. Pour être en mesure de travailler ensemble afin d'atteindre le but commun de l'amélioration de la santé, il faudra disposer de structures nouvelles permettant d'associer tous les partenaires au développement sanitaire. Lorsqu'on forme des alliances avec d'autres secteurs, il faut rechercher des objectifs communs ou convergents. Le secteur de la santé doit être prêt à engager un dialogue bien documenté et transparent, et à rechercher un équilibre ou des compromis lorsqu'il semble que des objectifs sont contradictoires.

Tout cela signifie que chacun doit apprendre ce que sont les autres mais également les uns des autres. Lorsqu' on recherche, forme et met en œuvre des partenariats, il est essentiel de créer et de maintenir un climat de confiance. Des fonctions de direction fortes mais partagées et un développement organisationnel efficace sont au cœur de partenariats réussis pour la santé. Il faut également qu' existe un accord sur les responsabilités, les mécanismes et les budgets et au sujet de la responsabilité.

7.4.9 Élargir la gamme d'instruments de mise en œuvre de la politique

Les mesures qui peuvent être prises pour mettre en œuvre une politique peuvent différer en fonction du niveau de responsabilité et du contexte de la politique. Certaines dispositions législatives et réglementaires ne peuvent être adoptées qu' au niveau national ou au niveau régional dans les pays fédéraux. Dans le passé, la tendance relative à l' action multisectorielle, par exemple, a été de privilégier les mesures législatives et réglementaires, et dans une mesure limitée les mesures financières, mais il faut davantage utiliser les instruments administratifs, financiers et de gestion, ainsi que des mesures en matière de recherche et de formation. Il sera essentiel d' utiliser davantage les évaluations des effets sur la santé et les audits de politique sanitaire.

Il faudrait procéder à une réflexion beaucoup plus approfondie sur des mécanismes visant à informer, associer et promouvoir le riche réseau d' influence et de développement au sein de la société civile. C' est à ce niveau, de façon décentralisée, que se dérouleront effectivement des activités en faveur de la santé et qu' existera une volonté d' améliorer la santé.

7.4.10 Coordination, surveillance et évaluation des progrès

On peut instaurer une responsabilité en mettant en place des mécanismes permettant de coordonner, de surveiller et d' évaluer les progrès de la mise en œuvre de la politique et en définissant des procédures pour rendre compte de l' action menée à des organes élus ainsi qu' au public via les médias. Il existe de nombreux bons exemples de communication d' information sur la santé publique, qui permettent de tirer des enseignements de l' expérience, de réaliser les corrections et les révisions nécessaires pour rester dans la bonne voie et pour s' adapter à l' évolution des circonstances et de la situation. Cela devrait être prévu dans la politique de la Santé pour tous elle-même, qui devrait également comprendre des indicateurs précis permettant de mesurer les progrès accomplis vers chaque but, un mécanisme clair pour la collecte et l' analyse des données correspondantes et, enfin, des périodes prédéterminées pour l' évaluation, de façon à ce que les résultats de celle-ci puissent être utilisés au cours du cycle de planification suivant.

ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE DE LA SANTÉ POUR TOUS EN FINLANDE – PROCESSUS PERMANENT DE MISE EN ŒUVRE, D'ÉVALUATION ET DE RÉVISION

En 1985, le gouvernement finlandais a présenté au parlement, pour examen, un document national de la Santé pour tous comportant 32 énoncés. Il s'agissait du premier document de ce type en Europe et il a été rapidement suivi par une stratégie pour sa mise en œuvre. Le processus de mise en œuvre n'a pas fonctionné aussi bien qu'on l'avait prévu. Malgré un large consensus politique sur les principales orientations de la politique, on ne s'était guère efforcé de définir les priorités ou d'indiquer où se trouvaient les responsabilités pour l'action. En 1990, il a été décidé de réviser la politique et de combiner cette opération avec un examen externe de l'ensemble du processus (par l'OMS). Cet examen a suscité un intérêt considérable, étant donné que, dans l'intervalle, l'environnement de la politique avait évolué, l'économie montrait des signes de récession, et une importante réforme de la planification et du financement était en cours et nécessitait le transfert de responsabilités en matière de financement des services de santé aux 455 municipalités.

Le groupe d'examen de l'OMS a relevé que le processus de la politique avait été, dans une large mesure, conduit par des experts et se limitait au secteur de la santé. Il a suggéré que la participation précoce d'autres secteurs et une plus large consultation auraient contribué à faciliter la mise en œuvre de la politique. Celle-ci n'avait pas reçu suffisamment de publicité dans les médias et avait été mal diffusée au niveau de la population. Des objectifs et buts plus précis pour les groupes vulnérables auraient pu améliorer le potentiel de promotion de l'équité en matière de santé. Enfin, il aurait fallu utiliser davantage de ressources humaines et financières pour mettre en œuvre et surveiller la politique.

Après de larges consultations, une stratégie révisée a été adoptée à la fin de 1992. La politique révisée était plus sélective, indiquait précisément les rôles et les tâches de tous les partenaires et définissait un calendrier. Une beaucoup plus grande importance était accordée à la publicité, à la formation et au matériel éducatif. Au début de 1998, un nouveau processus d'évaluation et de révision a été engagé. La nouvelle politique prévoira une période préparatoire de deux années qui comportera une large consultation d'autres groupes et secteurs. Une attention particulière doit être accordée aux futurs problèmes de santé, à la notion de santé pendant l'ensemble de l'existence et aux questions d'équité.

Comme le cas de la Finlande le montre clairement, *la Santé pour tous n'est pas une mesure ponctuelle mais un processus permanent de mise en œuvre, d'évaluation et de révision.*

Sources : *Health for all policy in Finland. WHO health policy review.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (document EUR/FIN/HSC 410) *Exploring the process of health policy development in Europe.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (sous presse).

Chapitre 8

La SANTÉ 21 – de nouvelles possibilités d'action

À l'approche du XXI^e siècle, chacun en Europe est en quête de changement, cherche à donner un sens plus profond à sa vie et à assumer une plus grande responsabilité sociale. Il y aura toujours conflit entre le développement économique et la protection et l'amélioration de la santé, mais il existe un sentiment largement partagé selon lequel le système actuel penche trop en faveur du gain économique. Les deux sont intimement liés et, pourtant, on feint souvent d'ignorer ce lien. Il faut que cela change.

La santé est irremplaçable ; elle est la substance même du développement humain ; elle est à la fois la condition préalable du bien-être et de la satisfaction des autres besoins. Elle concerne chacun d'entre nous et est facilement comprise par tous les membres de la société ; la santé est l'affaire de tous et chacun d'entre nous doit contribuer à l'améliorer. Il faut regrouper les secteurs public et privé, les experts, les organisations gouvernementales, les dirigeants politiques et d'autres acteurs autour d'un projet politique commun – c'est cela la démocratie.

Des possibilités d'une ampleur sans précédent s'offrent désormais à nous pour améliorer la santé de tous les individus en Europe. Nous avons tiré de nombreux enseignements des initiatives élaborées avec succès dans le secteur de la santé et dans un grand nombre d'autres secteurs par de nombreux acteurs différents au cours des 10 à 15 dernières années. Cela est le côté positif ; en revanche, et c'est là le côté négatif, ces événements ont tendance à demeurer isolés. Il faut que cela change.

Il ne suffit cependant pas d'adopter de nouvelles « démarches stratégiques » en Europe ; il faut montrer la voie à suivre : nous avons besoin de dirigeants conscients du formidable potentiel du développement sanitaire qui peut non seulement améliorer la santé, mais aussi renforcer la cohésion sociale et la détermination – c'est-à-dire instaurer une société favorable à la santé.

Nous avons besoin de responsables de la santé publique qui soient disposés à apprendre en analysant soigneusement les résultats obtenus précédemment dans leur propre pays, ainsi que dans d'autres pays. Des dirigeants qui seront prêts aussi à rendre l'apprentissage possible en fixant des

objectifs et en mesurant les progrès accomplis ; des dirigeants qui faciliteront les bonnes pratiques de manière systématique dans leur pays et seront un exemple pour les autres.

L' Europe occupe une place unique pour jouer un rôle pilote au niveau mondial car elle est une région où la solidarité n' est pas un vain mot, une région qui est la seule à posséder des connaissances, des outils et des technologies collectives pour promouvoir la santé de manière efficace.

Paradoxalement, pour une multitude de raisons, de nombreuses sociétés européennes semblent aller à la dérive. Les certitudes politiques et religieuses du passé ont laissé la place à une société de consommation influencée par la technologie et les exigences du profit. Un grand nombre de personnes sont de plus en plus isolées et jouent un moins grand rôle dans la société qui les entourent. En substance, ce qui leur manque fondamentalement pour avoir une bonne qualité de vie, c' est de se sentir appréciés et indispensables. Il faut que cela change.

La SANTÉ 21 ouvre de nouvelles perspectives pour avoir un but dans la société. Sans ce cadre, les décideurs politiques à tous les niveaux et dans tous les secteurs peuvent facilement perdre de vue l' essentiel en cédant à des groupes d' intérêt et en se laissant influencer par des facteurs politiques. Dans ce cas, leurs choix risquent de ne pas tenir compte des valeurs manifestes et des besoins véritables de la population, et trop souvent, les décisions qu' ils auront prises se traduiront par une détérioration de la santé et une augmentation des coûts pour l' ensemble de la société.

Ce nouveau cadre de la Santé pour tous fournit un mécanisme permettant de prendre des décisions difficiles, d' allouer les ressources de manière appropriée, d' encourager tous ceux dont les actions sont génératrices de santé et de faire réfléchir ceux qui, par leurs actes, mettent en danger la santé. Ce concept peut être utilisé par tous ; il n' appartient ni à une organisation ni un secteur. Il faudra cependant adapter les idées générales aux nombreux contextes politiques, économiques, sociaux et culturels différents qui existent sur le vaste territoire que recouvrent les 51 États membres de la Région.

Pour faire évoluer la situation sanitaire, il faudra que les dirigeants soient en mesure d' écouter. Ils devront écouter ce que les individus ont à dire et leurs préoccupations au niveau local, le point de vue des dispensateurs de soins et leurs recommandations techniques, et les opinions des nombreux partenaires dans les secteurs public et privé qui contribuent à créer des conditions favorables à la santé de la population.

Les populations de l' Europe tout entière doivent savoir que leur santé est entre de bonnes mains. Ils doivent avoir la certitude qu' ils pourront tout au long de leur vie bénéficier de soins de santé financièrement accessibles, répondant aux besoins et de bonne qualité. La sécurité en matière de santé englobe le droit fondamental de tout être humain à bénéficier d' un bon état de santé physique

et mental, et notamment le droit à une nourriture suffisante et saine, à un logement convenable, le droit de vivre et de travailler dans des cadres sûrs et le droit d' avoir accès à l' éducation et l' information sanitaires.

Malheureusement, dans de nombreux pays et localités, on octroie à la santé ni l' attention ni les ressources nécessaires. Il faudra faire preuve d' un esprit novateur dans la façon dont les sociétés traitent leurs affaires pour dégager des fonds, libérer les énergies et mettre en œuvre des initiatives visant à améliorer la santé des populations. Il faut libérer ces ressources.

Jamais auparavant l' Europe ne s' est trouvée face à des perspectives d' avenir aussi prometteuses, mais jamais auparavant non plus il n' a été plus difficile de donner des impulsions à la fois efficaces et motivantes. La Santé pour tous dans la Région européenne répond à ces besoins. Bien que la santé soit l' affaire de tous, il appartient maintenant aux responsables de la santé publique de prendre la situation en main, posséder un projet mobilisateur et faire preuve d' initiative. Ils doivent hisser la santé au premier rang des préoccupations politiques, mettre à profit le potentiel énorme de ressources de la Région européenne et créer une alliance regroupant des hommes et des femmes enthousiastes et humains et d' organisations et de pays unis dans un même but. Un tel succès aura un retentissement dans le monde entier.

Nous terminons cette stratégie non par une conclusion mais par un appel en invitant les peuples, les experts, les organisations, les organismes et les pays d' Europe à souscrire aux principes de la Santé pour tous. Nous les invitons instamment à élaborer des politiques se fondant sur les valeurs de la Santé pour tous, à prendre les mesures nécessaires pour les mettre en œuvre, comparer leurs résultats et tirer les enseignements des expériences menées par d' autres. Compte tenu du fait que la Santé pour tous doit servir de cadre pour mettre en commun nos enthousiasmes et nos capacités, nous sommes résolument convaincus que l' an 2000 sera véritablement le point de départ d' un avenir meilleur pour les 51 États membres et les 870 millions d' habitants de la Région européenne.

Annexe 1

Liens entre les cibles mondiales et les buts régionaux de la Santé pour tous

SANTÉ 21 – la politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS – 21 buts	Stratégies permettant d'atteindre les buts (éléments essentiels uniquement)	La Santé pour tous au XXI^e siècle – 10 cibles mondiales
1. Solidarité en faveur de la santé dans la Région européenne	Partage d'une conception, de ressources, de connaissances et de compétences techniques en Europe Soutien extérieur renforcé et mieux coordonné aux pays dans le besoin, conformément à leurs plans de développement reposant sur la Santé pour tous	1. Accroître l'équité en matière de santé
2. Équité en matière de santé	Réduction des manques d'équité sociale et économique entre groupes, grâce à des politiques, à des mesures législatives et une action	
3. Démarrer dans la vie en bonne santé	Investissement dans le bien-être social et économique des parents et des familles Accès à de bons services de santé reproductive et infantile	2. Améliorer la survie et la qualité de la vie
4. Santé des jeunes	Création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables et sûrs Coopération entre les services sanitaires, éducatifs et sociaux	

SANTÉ 21 – la politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l' OMS – 21 buts	Stratégies permettant d' atteindre les buts (éléments essentiels uniquement)	La Santé pour tous au XXI^e siècle – 10 cibles mondiales
5. Vieillir en bonne santé	Action en matière de logement et de revenus, et autres mesures visant à accroître l' autonomie et la productivité sociale Promotion et protection de la santé d' un bout à l' autre de la vie	
6. Améliorer la santé mentale	Faire en sorte que les conditions de vie et de travail donnent un sentiment de cohérence et favorisent les relations sociales Services de qualité pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale	3. Inversion des tendances mondiales concernant cinq grandes pandémies
7. Faire reculer les maladies transmissibles	Éradication ou élimination de la poliomyélite, de la rougeole et du tétanos néonatal Stratégies de surveillance, de vaccination et d' endiguement convenues sur le plan international	4. Éradiquer et éliminer certaines maladies
8. Faire reculer les maladies non transmissibles	Mesures visant à prévenir et à combattre des facteurs de risque de maladies non transmissibles courantes Politiques des pouvoirs publics favorables à la santé, y compris un mouvement d' ampleur européenne en faveur de modes de vie sains	3. Inversion des tendances mondiales concernant cinq grandes pandémies
9. Diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents	Octroi d' une priorité plus élevée à la sécurité et à la cohésion sociale dans le milieu de vie et de travail	
10. Un environnement physique sain et sûr	Plans d' action nationaux et sous-nationaux sur l' environnement et la santé Instruments juridiques et économiques visant à réduire les déchets et la pollution	5. Amélioration de l' accès à l' eau, à l' assainissement, à l' alimentation et au logement

SANTÉ 21 – la politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l' OMS – 21 buts	Stratégies permettant d' atteindre les buts (éléments essentiels uniquement)	La Santé pour tous au XXI^e siècle – 10 cibles mondiales
11. Adopter des modes de vie plus sains	Mesures visant à faciliter des choix sains concernant la nutrition, l' exercice physique et la sexualité	6. Promouvoir des modes de vie sains aux dépens des modes de vie dangereux
12. Réduire les dommages causés par l' alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme	Stratégies larges pour prévenir la toxicomanie et traiter les victimes	
13. Cadres favorables à la santé	Mécanismes multisectoriels visant à rendre les foyers, les écoles, les lieux de travail et les villes plus favorables à la santé	
14. Responsabilité multisectorielle pour la santé	Grâce à des évaluations des impacts sur la santé, tous les secteurs devraient être responsables des effets de leurs activités sur la santé	
15. Secteur de santé intégré	Soins de santé primaires pour les familles et les groupes, avec systèmes flexibles d' orientation vers l' hôpital	8. Amélioration de l' accès à des soins de santé essentiels, complets et de haute qualité
16. Gestion axée sur la qualité des soins	Les résultats en matière de santé doivent être l' élément déterminant des programmes de développement sanitaire et des soins aux patients	
17. Financement des services de santé et affectations des ressources	Systèmes de financement favorisant une couverture universelle, la solidarité et la viabilité Affectation de ressources financières suffisantes aux besoins sanitaires prioritaires	

SANTÉ 21 – la politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l' OMS – 21 buts	Stratégies permettant d' atteindre les buts (éléments essentiels uniquement)	La Santé pour tous au XXI^e siècle – 10 cibles mondiales
18. Amélioration des ressources humaines pour a santé	Formation reposant sur les principes de la Santé pour tous La formation des professionnels de santé publique doit leur permettre de jouer le rôle de catalyseurs et d' avocats essentiels de la santé, de l' échelon local au niveau du pays	
19. Recherche et utilisation des connaissances pour la santé	Orientation des politiques de recherche en fonction des besoins en matière de Santé pour tous Mécanismes permettant de fonder la pratique sur des données scientifiques	10. Appui à la recherche pour la santé 9. Mise en œuvre de systèmes nationaux et mondiaux de surveillance et d' information sanitaire
20. Recruter des partenaires pour la santé	Sensibilisation, constitution de coalitions et action commune en faveur de la santé Les secteurs et les acteurs doivent déterminer les avantages que les différentes parties peuvent retirer de l' investissement dans la santé et rendre des comptes à ce sujet	7. Élaboration, application et surveillance des politiques nationales de la Santé pour tous
21. Politiques et stratégies de la Santé pour tous	Politiques de la Santé pour tous (comportant des buts et des indicateurs) élaborées et mises en œuvre du niveau national à l' échelon local, avec la participation des secteurs et des organisations concernés	

Annexe 2

21 buts pour le XXI^e siècle pour l'élaboration d'indicateurs et domaines proposés

L'expérience acquise depuis les années 80 en matière d'élaboration de politiques de la Santé pour tous et de surveillance et d'évaluation de leur mise en œuvre, ainsi que les informations communiquées en retour par les pays montrent qu'il est nécessaire, pour les buts régionaux, d'être réalistes et réalisables sans être normatifs. Dans le même temps, les buts doivent représenter un défi et une source d'inspiration – « une combinaison des réalités d'aujourd'hui et des rêves de demain ».

En règle générale, les niveaux de résultat indiqués dans les buts renvoient à la Région européenne dans son ensemble. Les buts, cependant, ne doivent pas être considérés comme s'appliquant de la même façon à chaque pays de la Région (à l'exception, notamment, des buts liés à l'éradication de certaines maladies). Parfois, certains pays pourront déjà avoir atteint le niveau de résultat indiqué dans un but et celui-ci pourra n'être plus stimulant pour eux ; d'autres fois, le niveau de résultat indiqué pourra être trop ambitieux pour certains pays et pourra ne pas leur sembler immédiatement réalisable.

Les buts proposés ne sont pas normatifs : ils ont pour vocation d'inciter les pays à définir des buts qui leur soient propres. La formulation des buts devant être sensible à la situation sanitaire et à d'autres facteurs caractérisant différentes parties de la Région, les pays sont – au besoin – encouragés à ajuster et à mettre en œuvre des politiques et des buts correspondant à leur situation.

Lors de la sélection des indicateurs devant servir à surveiller les progrès enregistrés dans la réalisation des buts régionaux, on a veillé à assurer la plus grande continuité possible avec les précédents indicateurs de la Santé pour tous. La majorité des indicateurs repose sur des statistiques sanitaires recueillies systématiquement ou sur de données disponibles aux niveaux national ou international.

Fixation des buts

Lors de la fixation des buts, on a accordé une attention particulière à l'importance du problème, à la nature ou au type du but (but quantitatif, but qualitatif, but de résultat, but organisationnel ou but de

moyen), au niveau d' obtention du but (Europe, pays, région, programme) et à sa faisabilité par les États membres.

Les niveaux quantitatifs d' obtention des buts pour la Région européenne ont été fixés en utilisant des projections fondées sur l' évolution historique de la situation et sur l' analyse de la situation actuelle sous réserve de l' existence et de la qualité des données. Les buts quantitatifs renvoient généralement à des moyennes régionales et sont de deux types :

- obtention d' un niveau absolu ;
- obtention d' un pourcentage d' augmentation/réduction de l' indicateur en question.

Pour établir les projections et fixer les priorités, on est parti des hypothèses générales suivantes : a) que les pays qui avaient enregistré des progrès satisfaisants par le passé continueraient vraisemblablement de la même façon, voire mieux ; b) que les pays qui connaissaient une évolution négative ou une situation médiocre commenceraient vraisemblablement à accomplir des progrès au rythme moyen caractérisant les pays ayant accompli des progrès satisfaisants par le passé. La faisabilité des projections a été vérifiée en se fondant sur les résultats obtenus actuellement par les pays ; en d' autres termes, on est parti de l' hypothèse que le meilleur niveau actuel atteint par un pays donné dans la Région ou dans le monde pourrait également être atteint à l' avenir par d' autres pays.

Année de référence et dates butoirs

L' année de référence, pour les buts formulés sous la forme d' un pourcentage d' augmentation ou de réduction d' un indicateur donné, est 1995. La « date butoir », en revanche, a été choisie en fonction de la nature et du type de but. En principe, on a utilisé, comme date butoir pour les buts de résultat, 2020 (ou des dates antérieures pour l' éradication ou l' élimination de certaines maladies) alors que d' autres types de buts sont assortis d' une date antérieure.

Indicateurs de surveillance des progrès enregistrés dans la réalisation des buts

Le principe d' « une combinaison des réalités d' aujourd' hui et des rêves de demain » s' applique aussi à la sélection des indicateurs utilisés pour surveiller les progrès enregistrés dans la réalisation des buts régionaux. Dans leur majorité, les indicateurs restent les mêmes et sont, dans une grande mesure, déjà inclus dans les systèmes de collecte systématique de données des pays. Toutefois, il faudrait également retenir d' importants indicateurs pour lesquels l' existence et la qualité des données reste à améliorer dans les pays européens. Lors de sa quarante-neuvième session, qui aura lieu en septembre 1999, le Comité régional de l' OMS pour l' Europe adoptera la nouvelle liste d' indicateurs ; entre-temps, les indicateurs actuels restent valables. La liste définitive sera publiée dans la série européenne de la Santé pour tous à la fin de 1999. En conséquence, la présente

annexe ne contient qu'une ébauche préliminaire des domaines dans lesquels des indicateurs peuvent être élaborés.

Un même indicateur (mortalité maternelle, par exemple) pourra intéresser plusieurs buts. Les indicateurs statistiques ne s'appliquent pas à tous les buts. Les progrès enregistrés dans la réalisation du but devront être évalués sur la base d'une description qualitative de la situation, des mesures prises et des résultats obtenus.

Les indicateurs seront mesurés, pour la plupart, au moyen de systèmes d'enregistrement systématique. Certains indicateurs importants, cependant, devront être mesurés ou complétés grâce à des enquêtes menées dans la population générale, ce qui sera facilité en participant au projet d'enquêtes-santé par entrevue (EUROHIS) du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Les données correspondant aux indicateurs devraient être ventilées par âge, par sexe et par sous-groupe socioéconomique identifiable (selon le besoin) afin d'encourager l'analyse de l'équité en matière de santé à l'échelon des pays et dans l'ensemble de la Région.

BUT 1 – SOLIDARITÉ EN FAVEUR DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION EUROPÉENNE

D' ICI 2020, L'ÉCART ACTUEL DE SANTÉ ENTRE LES ÉTATS MEMBRES DE LA RÉGION EUROPÉENNE DEVRAIT ÊTRE RÉDUIT D'AU MOINS UN TIERS.

En particulier :

- 1.1 il faudrait réduire d' au moins 30% l' écart en matière d' espérance de vie entre le tiers des États membres ayant l' espérance de vie la plus élevée et le tiers des États membres ayant l' espérance de vie la plus faible ;
- 1.2 il faudrait réduire la fourchette des valeurs des principaux indicateurs de morbidité, d' invalidité et de mortalité entre les différents groupes de pays en améliorant plus rapidement la situation des personnes défavorisées.

Ce but peut être atteint :

- *si tous les pays contribuent à réduire les écarts en matière de santé grâce à la solidarité internationale, à l'entraide et au partage des ressources, des connaissances, des informations et des données d'expérience ; cette démarche est essentielle pour l'avenir de l'Europe ;*
- *si tous les pays élaborent un plan complet de développement directement lié à la politique de la Santé pour tous et à la philosophie commune de la santé pour l'Europe ;*
- *si l'appui extérieur fourni par les pays, les organismes et les organisations est coordonné et directement en rapport avec les plans relatifs à la santé et au développement élaborés par le pays bénéficiaire ;*
- *si les institutions internationales et les bailleurs de fonds ainsi que l'OMS coordonnent leur action dans les domaines sanitaire et parasitaire afin d'accroître le volume, la synergie et l'efficacité de leur aide aux pays les plus démunis de la Région ;*
- *si tous les pays veillent à ce que leurs politiques socioéconomique, environnementale et commerciale ne se fassent pas au détriment de la santé dans d'autres pays et à ce qu'elles contribuent autant que possible au développement des pays défavorisés.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Indicateurs reposant sur la mortalité (espérance de vie, par exemple) et taux comparatifs de mortalité (mortalité maternelle, par exemple)

- Mesures de l'incidence et de la prévalence de l'invalidité et de la morbidité
- Estimations des dépenses de santé et de l'aide extérieure, chaque fois que des données sont disponibles

BUT 2 – ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

D'ICI 2020, L'ÉCART DE SANTÉ ENTRE GROUPES SOCIOÉCONOMIQUES DANS LES PAYS DEVRAIT ÊTRE RÉDUIT D'AU MOINS UN QUART DANS TOUS LES ÉTATS MEMBRES EN AMÉLIORANT NETTEMENT LE NIVEAU DE SANTÉ DES GROUPES DÉFAVORISÉS.

En particulier :

- 2.1 il faudrait réduire d' au moins 25% l' écart d' espérance de vie entre groupes socio-économiques ;
- 2.2 les valeurs des principaux indicateurs de morbidité, d' invalidité et de mortalité devraient être plus équitablement réparties entre les différents groupes socioéconomiques ;
- 2.3 il faudrait sensiblement améliorer les conditions socioéconomiques qui influent sur la santé, notamment les disparités en matière de revenus, de niveau d' instruction et d' accès au marché du travail ;
- 2.4 il faudrait fortement réduire la proportion de personnes vivant dans la pauvreté ;
- 2.5 il faudrait protéger de l' exclusion les individus ayant des besoins particuliers en raison de leur état de santé ou de leur situation économique ou sociale et leur permettre d' accéder facilement à des soins appropriés.

Ce but peut être atteint :

- *si les politiques publiques sont évaluées en tenant compte de leur impact sur l'équité, si elles sont sensibles aux différences entre les sexes et si elles accordent un degré plus élevé de priorité aux groupes défavorisés en termes de revenus, de services et de sécurité sociale ;*
- *si les politiques, y compris les politiques fiscales, sont conçues de façon que l'accès aux services éducatifs et aux autres services sociaux ne dépende pas des revenus ;*
- *si les politiques et la législation tendent à appliquer les dispositions des Nations Unies relatives aux droits de l'homme, y compris celles concernant les femmes et les enfants, et certains accords et règlements relatifs aux droits des invalides, des migrants et des réfugiés ;*
- *si tous les secteurs de la société assument leur part de responsabilité pour ce qui est de réduire le manque d'équité dans les domaines social et économique ainsi que ses conséquences sur la santé ;*

- *si des ressources publiques et privées sont dégagées et si des dons sont offerts pour répondre aux besoins sanitaires des membres les plus vulnérables de la société et pour garantir à tous ceux qui en ont besoin l'accès à des soins appropriés, acceptables et durables ;*
- *si les États membres améliorent et harmonisent leurs systèmes d'information sanitaire pour enregistrer d'importantes variables socioéconomiques et analyser leurs liens avec la situation sanitaire.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Principales mesures socioéconomiques (par exemple, niveaux d'instructions, chômage et revenu)
- Écarts d'état de santé entre groupes socioéconomiques et entre les sexes (par exemple, mortalité (maternelle), morbidité, invalidité et accès aux soins de santé)

BUT 3 – DÉMARRER DANS LA VIE EN BONNE SANTÉ

D'ICI 2020, TOUS LES NOUVEAU-NÉS, NOURRISSONS ET ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE DE LA RÉGION DEVRAIENT ÊTRE EN MEILLEURE SANTÉ ET DÉMARRER AINSI DANS LA VIE EN BONNE SANTÉ.

En particulier :

- 3.1 tous les États membres devraient améliorer l'accès à des services de santé reproductive, à des services anténatals et périnatals et à des services de santé infantile appropriés ;
- 3.2 dans aucun pays le taux de mortalité infantile ne devrait dépasser 20 pour 1000 naissances vivantes ; les pays où ce taux est actuellement inférieur à 20 pour 1000 devraient s'efforcer de le ramener à 10, voire en dessous ;
- 3.3 les pays où ce taux est actuellement inférieur à 10 pour 1000 devraient accroître la proportion de nouveau-nés exempts de maladies congénitales ou d'invalidité ;
- 3.4 il faudrait réduire d'au moins 50% la mortalité et la morbidité par accidents et actes de violence chez les enfants de moins de 5 ans ;
- 3.5 il faudrait réduire d'au moins 20% la proportion d'enfants pesant moins de 2500 g à la naissance et réduire sensiblement les écarts entre pays.

Ce but peut être atteint :

- *si les États membres investissent dans le bien-être social et économique des parents et des familles et mettent en œuvre des politiques qui créent une famille favorable à la santé (enfants voulus, aptitudes parentales satisfaisantes) afin d'assurer à tous les enfants un départ en bonne santé dans la vie ;*
- *si les États membres mettent en œuvre une politique complète et des programmes locaux tendant à offrir des services appropriés de planification familiale et de santé reproductive ;*
- *si l'on accorde, dans les politiques nationales et régionales, un degré élevé de priorité à la santé des femmes ;*
- *si l'on met en place des services intégrés de soins de santé primaires incluant un vaste réseau de services de planification familiale, des soins de santé périnataux fondés sur les technologies essentielles, une promotion de la santé infantile, la prévention des maladies infantiles - y compris la vaccination d'au moins 95% des nourrissons et jeunes enfants - et le traitement approprié des enfants malades ;*
- *si des politiques publiques, l'environnement social et les services de santé encouragent et aident les mères à allaiter de sorte qu'au moins 60% des nouveau-nés soient allaités pendant les six premiers mois de leur vie ;*
- *si une action locale soutenue par des instruments juridiques tend à réduire fortement le nombre d'enfants victimes de sévices sexuels, battus, abandonnés ou marginalisés ;*
- *si les parents ont les moyens et les compétences requis pour élever leurs enfants et pour s'en occuper dans un environnement social qui protège les droits de l'enfant ;*
- *si les autorités locales aident les familles en assurant un environnement sûr et stimulant et des services de soins infantiles favorisant la santé ;*
- *si les secteurs de l'enseignement, de la santé et de la protection sociale coopèrent pour faciliter l'éducation des nourrissons et des jeunes enfants lors des crises familiales ;*
- *si des efforts sont faits pour informer le public sur les progrès de la technologie génétique, sur les perspectives qu'ils ouvrent et sur leurs implications éthiques.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Indicateurs de mortalité liés aux groupes d'âge et aux causes de décès (par exemple, mortalité périnatale, infantile et maternelle)

- Mesures d'état de santé et de bien-être des nouveau-nés et des nourrissons (par exemple, poids à la naissance, maladies congénitales, nutrition et vaccination)

BUT 4 – SANTÉ DES JEUNES¹⁹

D'ICI 2020, LES JEUNES DE LA RÉGION DEVRAIENT ÊTRE EN MEILLEURE SANTÉ ET MIEUX EN MESURE D'ASSUMER LEUR RÔLE DANS LA SOCIÉTÉ.

En particulier :

- 4.1 les enfants et les adolescents devraient mieux maîtriser les aptitudes utiles pour la vie et être en mesure d'opérer des choix sains ;
- 4.2 il faudrait réduire d' au moins 50% la mortalité et l'invalidité dues aux actes de violence et aux accidents²⁰ chez les jeunes ;
- 4.3 il faudrait fortement réduire la proportion de jeunes qui adoptent des comportements dangereux²¹ tels que la consommation de drogues et de tabac et la consommation excessive d'alcool ;
- 4.4 il faudrait réduire d' au moins un tiers l' incidence des grossesses chez les adolescentes.

Ce but peut être atteint :

- *si les États membres adoptent des mesures et des structures appropriées pour protéger les enfants - membres vulnérables de la société - conformément à la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant ;*
- *si les politiques publiques assurent la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé et sûrs faisant du choix de la santé le choix le plus facile à opérer ;*
- *si toutes les décisions politiques relatives au secteur public sont prises en tenant compte de leur impact sur la santé des enfants et des adolescents, de leurs familles et des soignants ;*
- *si les politiques relatives à l'enseignement et à l'emploi facilitent l'accès des jeunes à un niveau optimal d'instruction et au marché du travail ;*
- *si les services sanitaires, éducatifs et sociaux coopèrent pour combattre les causes du manque d'estime de soi chez les jeunes et améliorer leur aptitude à faire face aux événements traumatisants de la vie et à nouer et entretenir des relations sociales, pour*

¹⁹ Jusqu' à l' âge de 18 ans.

²⁰ Voir également le but 9 « Diminuer le nombre de blessures dues aux actes de violence et aux accidents ».

²¹ Voir également le but 12 « Réduire les dommages causés par l' alcoolisme, la toxicomanie et le tabagisme ».

répondre à leurs besoins psychosociaux, et pour aller au devant des jeunes marginalisés ;

- *si les États membres proposent des services visant à prévenir les naissances non voulues, y compris des services d'information et d'aide aux jeunes ;*
- *si l'on utilise des outils adaptés de recherche et d'évaluation pour évaluer régulièrement l'état de santé des enfants et des adolescents, y compris leur santé émotionnelle.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Indicateurs de mortalité liés à des groupes d'âge et à des causes de décès appropriés
- Indicateurs sur les modes de vie des jeunes (par exemple, tabagisme, consommation d'alcool et de drogue, et comportement sexuel)

BUT 5 – VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

D'ICI 2020, LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 65 ANS DEVRAIENT AVOIR LA POSSIBILITÉ DE JOUIR DE TOUT LEUR POTENTIEL DE SANTÉ ET DE JOUER UN RÔLE ACTIF DANS LA SOCIÉTÉ.

En particulier :

- 5.1 il faudrait augmenter d'au moins 20% l'espérance de vie et l'espérance de vie sans invalidité à l'âge de 65 ans ;
- 5.2 il faudrait augmenter d'au moins 50% la proportion de personnes jouissant, à l'âge de 80 ans, d'un niveau de santé leur permettant de conserver, dans un cadre domestique, leur autonomie, leur estime de soi et leur place dans la société.

Ce but peut être atteint :

- *si les politiques publiques - y compris celles relatives au logement et aux revenus - et d'autres mesures améliorant l'autonomie des individus et leur productivité sociale tiennent pleinement compte des besoins et des vues des personnes âgées ;*
- *si les politiques sanitaires préparent à un vieillissement en bonne santé grâce à la promotion et à la protection de la santé à un âge moins avancé ;*

- *si les services sanitaires et sociaux aident, à l'échelon local, les personnes âgées dans leur vie quotidienne en fonction de leurs besoins et de leurs souhaits, vont au devant d'elles et les aident à devenir plus actives et à se prendre en charge ;*
- *si chaque collectivité élabore des programmes tendant à coordonner, surveiller et évaluer les services offerts aux personnes âgées et veille à ce que des ressources suffisantes soient dégagées à cet effet ;*
- *si les politiques permettent aux personnes âgées d'utiliser les compétences qu'il leur reste et de bénéficier de soins appropriés, de services desservant les individus marginalisés, de divers appareils et de services d'aide sociale.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Indicateurs de mortalité liés à des groupes d'âge et à des causes de décès appropriés
- Statistiques disponibles sur la morbidité et l'invalidité parmi les personnes âgées

BUT 6 – AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE

D'ICI 2020, IL FAUDRAIT AMÉLIORER LE BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL DE TOUTE LA POPULATION ET OFFRIR DES SERVICES COMPLETS ET PLUS EFFICACES AUX PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE.

En particulier :

- 6.1 il faudrait réduire sensiblement la prévalence des troubles mentaux et leur impact néfaste sur la santé, et accroître la capacité des individus à faire face aux événements stressants de la vie ;
- 6.2 il faudrait réduire d'au moins un tiers le taux de suicide de manière que cette réduction soit la plus importante dans les pays et les groupes de population où les taux de suicide sont actuellement élevés.

Ce but peut être atteint :

- *si l'on accorde davantage d'attention à la promotion et à la protection de la santé mentale tout au long de la vie, en particulier dans les groupes socialement et économiquement défavorisés ;*

- *si les cadres de vie et de travail sont conçus pour aider les individus de tous âges à acquérir un sentiment de cohérence, à nouer et à entretenir des relations sociales et à faire face aux situations et événements stressants de la vie ;*
- *si les professions sanitaires et parasanitaires sont formées à la détection précoce des problèmes de santé mentale et à la mise en œuvre d'interventions appropriées ;*
- *si les services destinés aux individus atteints de problèmes de santé mentale offrent des soins de qualité associant de façon appropriée des services extra-hospitaliers et hospitaliers en accordant une attention particulière aux interventions d'urgence ainsi qu'aux groupes minoritaires et défavorisés ;*
- *si l'on respecte les droits de l'homme et l'on améliore la qualité de vie des individus atteints de problèmes de santé mentale, en particulier de ceux qui souffrent de troubles chroniques.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Taux de suicide
- Incidence et prévalence de troubles mentaux tels que la schizophrénie, la dépression grave, la psychose alcoolique, les séquelles mentales post-traumatiques
- Statistiques sur la disponibilité et l'utilisation des services de santé mentale

BUT 7 – FAIRE RECULER LES MALADIES TRANSMISSIBLES

D'ICI 2020, IL FAUDRAIT RÉDUIRE CONSIDÉRABLEMENT L'IMPACT NÉGATIF DES MALADIES TRANSMISSIBLES SUR LA SANTÉ GRÂCE À DES PROGRAMMES SYSTÉMATIQUES VISANT À ÉRADICUER, ÉLIMINER OU ENDIGUER CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES AYANT UNE INCIDENCE IMPORTANTE SUR LA SANTÉ PUBLIQUE.

En particulier :

*Élimination des maladies transmissibles*²²

- 7.1 il faudrait éliminer la poliomyélite de la Région d'ici 2000, et cette élimination devrait être certifiée dans chaque pays d'ici 2003 ;

²² On trouvera une définition des termes et expressions « éradication », « élimination » et « endiguement d'une maladie » dans le glossaire figurant à l'annexe 5.

- 7.2 il faudrait éliminer le tétanos néonatal de la Région d' ici 2005 ;
- 7.3 il faudrait éliminer la rougeole autochtone de la Région d' ici 2007, et cette élimination devrait être certifiée dans chaque pays d' ici 2010 ;

Endiguement des maladies transmissibles

- 7.4 D' ici 2010, tous les pays devraient avoir :
- ramené l' incidence de la diphtérie au dessous de 0,1 pour 100 000 habitants ;
 - réduit d' au moins 80% l' incidence des nouveaux porteurs de virus de l' hépatite B en intégrant la vaccination contre l' hépatite B au programme de vaccination infantile ;
 - ramené l' incidence de la coqueluche, des oreillons et des maladies invasives causées par *Haemophilus influenzae* de type b au dessous de 1 pour 100 000 habitants ;
 - ramené l' incidence de la syphilis congénitale au dessous de 0,01 pour 1000 naissances vivantes ;
 - ramené l' incidence de la rubéole congénitale au dessous de 0,01 pour 1000 naissances vivantes ;
- 7.5 D' ici 2015 :
- il faudrait avoir ramené, dans tous les pays, l' incidence du paludisme à un niveau inférieur à 5 pour 100 000 habitants et l' on ne devrait relever aucun décès lié au paludisme autochtone dans la Région ;
 - chaque pays devrait faire baisser de façon soutenue et continue l' incidence, la mortalité et les effets néfastes sur la santé de l' infection à VIH et du sida, d' autres maladies sexuellement transmissibles, de la tuberculose, des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques infantiles.

Ce but peut être atteint :

- *si des systèmes sanitaires dotés de moyens efficaces de surveillance étayés par des laboratoires surveillent les maladies cibles et détectent sans délai les maladies nouvelles, et surveillent l' évolution des schémas de résistance aux antibiotiques ;*
- *si l' on assure, au sein de la population vaccinable, une couverture de 95% contre les maladies évitables par la vaccination que l' on souhaite éliminer ou endiguer ;*
- *si l' on vaccine tous les enfants contre la rubéole et si l' on met en œuvre des stratégies vaccinales adaptées à la situation locale contre l' hépatite B ainsi que des programmes*

de vaccination contre Haemophilus influenzae de type b et contre les oreillons, y compris au moyen de vaccins associés ;

- *si l'on établit des programmes intégrés et culturellement adaptés d'information, de prévention et de traitement de l'infection à VIH, du sida et des maladies sexuellement transmissibles en accordant une attention particulière aux toxicomanes et aux autres groupes vulnérables ;*
- *si l'on met en œuvre, pour endiguer la maladie, des stratégies convenues à l'échelon international comme c'est le cas pour la tuberculose, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques ;*
- *si dans tous les pays, des efforts sont faits pour renforcer les moyens de surveillance du paludisme et l'action menée en matière de prévention, de dépistage et de traitement ;*
- *si les partenaires nationaux et internationaux, y compris les réseaux d'établissements de santé publique et les centres collaborateurs de l'OMS échangent rapidement des informations pour endiguer les épidémies et orienter les politiques, la collaboration internationale et les recommandations sanitaires relatives aux voyages et aux échanges commerciaux ;*
- *si l'on élabore et met en œuvre des stratégies nationales et internationales correctement définies d'élimination et d'endiguement de la maladie grâce à des démarches pluri-sectorielles et à un service de santé publique bien organisé.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Indicateurs de mortalité liés à des groupes d'âge et à des maladies infectieuses appropriés (par exemple, tuberculose, maladies respiratoires et diarrhéiques, et paludisme)
- Nouveaux cas de certaines maladies transmissibles (rougeole, paludisme, diphtérie, tétanos, coqueluche, syphilis congénitale, rubéole congénitale, tétanos néonatal, rubéole, oreillons, hépatite (A, B, autres), syphilis, blennorragie, infection à VIH et sida)
- Pourcentage d'enfants vaccinés contre certaines maladies transmissibles (diphtérie, tétanos, coqueluche, rougeole, poliomyélite, tuberculose, *Haemophilus influenzae* de type b, hépatite B, oreillons, rubéole)

BUT 8 – FAIRE RECULER LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

D' ICI 2020, IL FAUDRAIT RÉDUIRE LE PLUS POSSIBLE LA MORBIDITÉ, L'INVALIDITÉ ET LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE DUES AUX PRINCIPALES MALADIES CHRONIQUES DANS LA RÉGION.

En particulier :

- 8.1 il faudrait réduire d' au moins 40% en moyenne la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires chez les personnes de moins de 65 ans, en particulier dans les pays où la mortalité est actuellement élevée ;
- 8.2 il faudrait réduire d' au moins 15% en moyenne la mortalité due au cancer quelle que soit sa localisation, et notamment de 25% la mortalité due au cancer du poumon ;
- 8.3 il faudrait réduire d' un tiers l' incidence des amputations, de la cécité, de l' insuffisance rénale, des complications de la grossesse et d' autres graves problèmes de santé liés au diabète ;
- 8.4 il faudrait réduire de façon continue et durable la morbidité, l' invalidité et la mortalité dues aux maladies respiratoires chroniques, aux troubles de l' appareil locomoteur et à d' autres maladies chroniques fréquentes ;
- 8.5 au moins 80% des enfants âgés de 6 ans devraient être exempts de caries et les enfants âgés de 12 ans devraient avoir, en moyenne, un maximum de 1,5 dent cariée, absente ou obturée.

Ce but peut être atteint :

- *si dans tous les États membres, des politiques publiques favorables à la santé placent l'accent sur les principes et les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et sur la participation sans restriction de la collectivité ;*
- *si la prévention et la maîtrise des facteurs fréquents de risque de maladies non transmissibles sont intégrées à la vie locale et si un puissant mouvement européen en faveur de modes de vie sains associe tous les pays et toutes les organisations internationales concernées ;*
- *si l'on assure une prise en charge globale des maladies en plaçant l'accent sur les résultats au niveau de la santé et sur l'amélioration de la qualité des soins en tenant compte des droits et desiderata du patient ;*
- *si les États membres élaborent et appliquent des stratégies de santé bucco-dentaire, et notamment de prévention des caries.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Mortalité due aux principales maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques, diabète, autres) par groupe d' âge

- Incidence et prévalence des autres principales maladies non transmissibles énumérées ci-dessus, y compris l'asthme et les maladies rhumatismales chroniques
- Statistiques sur les sorties d'hôpital suite à l'une des principales maladies non transmissibles
- Prévalence des principaux facteurs de risque au sein de la population (hypertension artérielle et cholestérol sérique, manque d'activité physique, tabagisme, mauvaise nutrition)
- Indicateurs relatifs à la santé bucco-dentaire

BUT 9 – DIMINUER LE NOMBRE DE BLESSURES DUES AUX ACTES DE VIOLENCE ET AUX ACCIDENTS

D' ICI 2020, IL FAUDRAIT RÉDUIRE DE FAÇON IMPORTANTE ET DURABLE LE NOMBRE DES BLESSURES, D'INVALIDITÉS ET DE DÉCÈS IMPUTABLES AUX ACCIDENTS ET AUX ACTES DE VIOLENCE DANS LA RÉGION.

En particulier :

- 9.1 il faudrait réduire d' au moins 30% la mortalité et l' invalidité imputables aux accidents de la circulation ;
- 9.2 il faudrait réduire d' au moins 50% la mortalité et l' invalidité imputables aux accidents du travail, domestiques, de sport et de loisirs, la réduction la plus importante devant s' opérer dans les pays où les taux de mortalité imputables aux accidents sont actuellement élevés ;
- 9.3 il faudrait réduire d' au moins 25% l' incidence des actes de violence domestique, sexuelle et organisée, leurs conséquences sur la santé et la mortalité qui en découle.

Ce but peut être atteint :

- *si les politiques publiques accordent une priorité plus élevée aux questions de la cohésion sociale et de la sécurité du cadre de vie et de travail et agissent sur les principaux facteurs de violence et d'accident en accordant une attention particulière à la consommation d'alcool ;*
- *si tous les secteurs coopèrent chaque fois que possible pour prévenir les accidents et les actes de violence et aident les victimes, leurs familles et la société à en assumer les conséquences et le coût ;*
- *si l'on propose à tous les individus victimes d'actes de violence des services d'appui, de soins et de réadaptation appropriés et sensibles aux différences entre les sexes ;*
- *si les pays mènent en coopération des recherches sur les formes, les déterminants et les conséquences des actes de violence et des accidents, analysent leur incidence et conçoivent des mesures préventives ;*
- *si les pays élaborent des politiques et des orientations claires en matière de sécurité routière et incluent des informations sur la sécurité routière dans les programmes scolaires.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Mortalité imputable aux principales causes externes de blessure et d'empoisonnement

- Incidence des blessures imputables à des accidents de la circulation, domestiques et du travail
- Estimation du nombre de cas d'invalidité liée à des blessures

BUT 10 – UN ENVIRONNEMENT PHYSIQUE SAIN ET SÛR

D'ICI 2015, LA POPULATION DE LA RÉGION DEVRAIT VIVRE DANS UN ENVIRONNEMENT PHYSIQUE PLUS SÛR ET L'EXPOSITION À DES CONTAMINANTS DANGEREUX POUR LA SANTÉ DEVRAIT ÊTRE RAMENÉE À DES NIVEAUX NE DÉPASSANT PAS DES NORMES RECONNUES INTERNATIONALEMENT.

En particulier :

- 10.1 il faudrait réduire sensiblement l'exposition de la population aux contaminants physiques, microbiens et chimiques de l'eau, de l'air, des déchets et des sols, dangereux pour la santé, conformément au calendrier et aux taux de réduction fixés dans des plans d'action nationaux pour l'environnement et la santé ;
- 10.2 il faudrait que toute la population ait accès en quantité suffisante à une eau potable de qualité satisfaisante.

Ce but peut être atteint :

- *si des plans d'action nationaux, régionaux et locaux visant à prévenir et à réduire les risques en matière d'hygiène de l'environnement sont élaborés et mis en œuvre, et si des instruments juridiques et économiques appropriés sont utilisés pour réduire la consommation, les gaspillages et la pollution ;*
- *si la qualité de l'air dans les zones urbaines est améliorée par une réduction de la pollution provenant de sources industrielles, des transports et des ménages de façon à se conformer aux valeurs guides de l'OMS sur la qualité de l'air ;*
- *si des mesures sont prises pour approvisionner chaque foyer en eau d'alimentation répondant aux valeurs guides de l'OMS sur la qualité de l'eau et si l'on renforce les activités de gestion globale de l'eau, y compris les mesures de lutte contre la pollution ;*
- *si l'on met en place de bons systèmes de gestion des eaux usées, comprenant la collecte, le traitement et l'élimination finale ou la réutilisation de toutes les eaux usées ;*
- *si les producteurs de déchets appliquent des systèmes assurant la collecte et le traitement des déchets, en mettant notamment en œuvre des politiques et des structures de recyclage et de limitation des déchets ;*

- *si l'on élabore des plans d'intervention d'urgence et des plans de capacité pour toutes les centrales nucléaires et si l'on applique des normes de sûreté, en utilisant les meilleures technologies disponibles ;*
- *si l'on applique des conventions internationales telles que celles relatives aux eaux transfrontalières, à la diversité biologique, au changement climatique, à la pollution atmosphérique transfrontalière à longue distance et à la protection de la couche d'ozone ;*
- *si l'on met en place des capacités suffisantes pour l'inspection et la surveillance des risques sanitaires dans l'environnement, si une collecte et un suivi des données sur la contamination de l'environnement et ses effets sur la santé sont entrepris régulièrement et si l'on rend leurs résultats librement accessibles ;*
- *si l'on sensibilise davantage la population au développement viable et à la protection de l'environnement.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Pourcentage de la population disposant d'un bon approvisionnement en eau au domicile et d'un système hygiénique d'élimination des eaux usées
- Statistiques sur les maladies microbiologiques transmises par les aliments – épidémies et nombre de personnes touchées
- Statistiques sur le rejet de certains polluants

BUT 11 – ADOPTER DES MODES DE VIE PLUS SAINS²³

D'ICI 2015, TOUS LES GROUPES DE LA POPULATION DEVRAIENT AVOIR ADOPTÉ DES MODES DE VIE PLUS SAINS.

En particulier :

- 11.1 un comportement plus sain dans des domaines tels que la nutrition, l'activité physique et la sexualité devrait être beaucoup plus répandu ;
- 11.2 il faudrait augmenter nettement la disponibilité, le caractère économiquement abordable et l'accessibilité d'aliments sûrs et sains.

²³ En ce qui concerne la prévention du stress, voir le but 6 « Améliorer l'état de santé mentale ».

Ce but peut être atteint :

- *si les politiques des pouvoirs publics mettent la santé au centre du développement humain et facilitent des choix sains ;*
- *si l'on permet aux individus d'accroître et d'utiliser leur propre potentiel pour mener une existence socialement, économiquement et mentalement satisfaisante ;*
- *si les principes de l'hygiène alimentaire sont appliqués dans l'ensemble de la chaîne alimentaire, de la production à la consommation, et si tous les secteurs sont responsables de leur application ;*
- *si l'on applique des dispositions réglementaires visant à réduire la contamination microbienne et chimique des aliments, ainsi que des normes internationales en matière d'élevage et d'hygiène des aliments ;*
- *si l'on améliore l'équilibre nutritionnel et si l'on élimine les carences en vitamines (vitamine A, par exemple), en augmentant la disponibilité, l'accessibilité et la consommation de céréales complètes, de fruits et de légumes, et en réduisant la consommation d'aliments riches en matières grasses ;*
- *si les troubles dus à une carence en iode²⁴ sont éliminés en tant que problème de santé publique dans tous les pays, par l'application de stratégies d'iodation ;*
- *si des politiques fiscales, agricoles et de commerce de détail sont appliquées en vue d'encourager une alimentation plus saine ;*
- *si les politiques de transport, d'urbanisme et d'habitat encouragent les loisirs et une plus grande activité physique ;*
- *si des informations sur des pratiques sexuelles plus sûres sont diffusées à l'ensemble de la population ;*
- *si l'on offre des infrastructures et des ressources efficaces pour mieux diffuser les connaissances sur la santé, grâce à une action appropriée d'éducation et d'information.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Statistiques nationales sur la consommation d'aliments et l'indice de masse corporelle
- Estimations disponibles de l'activité physique et du comportement sexuel

²⁴ La résolution WHA49.13 (1997) réaffirme qu'il s'agit d'éliminer dans tous les pays, d'ici à l'an 2000, le problème de santé publique posé par les troubles dus à une carence en iode.

BUT 12 – RÉDUIRE LES DOMMAGES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISME, LA TOXICOMANIE ET LE TABAGISME

D'ICI 2015, LES EFFETS NÉGATIFS SUR LA SANTÉ RÉSULTANT DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ENGENDRANT UNE DÉPENDANCE, TELLES QUE LE TABAC, L'ALCOOL ET LES MÉDICAMENTS ET DROGUES PSYCHOTROPES, DEVRAIENT AVOIR ÉTÉ SENSIBLEMENT RÉDUITS DANS TOUS LES ÉTATS MEMBRES.

En particulier :

- 12.1 dans tous les pays, la proportion de non-fumeurs devrait être d' au moins 80% parmi les personnes âgées de plus de 15 ans et proche de 100% parmi les moins de 15 ans²⁵ ;
- 12.2 dans tous les pays, la consommation d' alcool par habitant ne devrait pas augmenter ou dépasser 6 litres par an et devrait être proche de zéro parmi les moins de 15 ans ;
- 12.3 dans tous les pays, la prévalence de la consommation de drogues psychotropes illicites devrait être réduite d' au moins 25% et la mortalité correspondante d' au moins 50%.

Ce but peut être atteint :

- *si des stratégies d'éducation et d'intervention visent à améliorer les aptitudes utiles pour la vie et le bien-être psychosocial des individus, et les aident à faire face à certaines situations et à faire des choix sains ;*
- *si l'on applique une réglementation visant à limiter le tabagisme passif et à réduire le nombre de cas d'intoxication alcoolique, et en particulier la conduite en état d'ivresse ;*
- *si des stratégies de limitation des risques sont mises en œuvre en vue de réduire les dommages causés par la toxicomanie ;*
- *si des conventions internationales concernant les drogues illicites sont appliquées et si une convention internationale concernant les produits à base de tabac est élaborée ;*
- *si l'on adopte des politiques fiscales et de réglementation pour limiter la disponibilité, l'accessibilité et la commercialisation de produits à base de tabac et d'alcool, notamment en ce qui concerne les jeunes, et si l'on interdit toute publicité pour le tabac dans tous les pays ;*
- *si des stratégies de communication visent à obtenir l'appui du public pour une réduction des dommages causés par les substances engendrant une dépendance.*

²⁵ Ou d' autres limites d' âge en fonction de la législation nationale.

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Mortalité due à une cause de décès liée à l'alcool ou à la drogue
- Estimations concernant la prévalence du tabagisme dans des groupes de la population appropriés et statistiques nationales sur la consommation de tabac
- Estimation concernant la prévalence de la consommation d'alcool et statistiques nationales sur la consommation d'alcool
- Statistiques sur les hospitalisations liées à des psychoses alcooliques et à un traitement médicamenteux

BUT 13 – CADRES FAVORABLES À LA SANTÉ

D'ICI 2015, LES HABITANTS DE LA RÉGION DEVRAIENT AVOIR DES POSSIBILITÉS ACCRUES DE VIVRE DANS UN CADRE PHYSIQUE ET SOCIAL FAVORABLE À LA SANTÉ, CHEZ EUX, À L'ÉCOLE, SUR LEUR LIEU DE TRAVAIL ET DANS LEUR LOCALITÉ.

En particulier :

- 13.1 il faudrait améliorer la sécurité et la qualité de l'environnement domestique, en apprenant mieux aux individus et aux familles à promouvoir et à protéger la santé, et réduire les risques pour la santé liés au cadre de vie domestique ;
- 13.2 les personnes atteintes d'une invalidité devraient disposer de possibilités nettement meilleures en matière de santé et d'accès au logement, au travail et à la vie publique et sociale, conformément aux règles de l'ONU pour l'égalité des chances des handicapés²⁶ ;
- 13.3 il faudrait réduire le nombre d'accidents domestiques et du travail comme indiqué dans le but 10 ;
- 13.4 au moins 50% des enfants devraient avoir la possibilité d'être instruits dans une maternelle-santé et 95% d'entre eux dans une école-santé²⁷ ;
- 13.5 au moins 50% des villes, zones urbaines et localités devraient être membres actifs d'un

²⁶ Annexées à la résolution 48/96 du 20 décembre 1993 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

²⁷ Une école-santé inclut une action d'éducation sanitaire dans le programme d'enseignement et dans les activités de santé scolaires. L'OMS, l'Union européenne et le Conseil de l'Europe administrent conjointement un réseau d'Écoles-santé depuis 1992.

réseau de villes-santé ;

13.6 au moins 10% des entreprises grandes et moyennes devraient s'engager à appliquer les principes de l'entreprise-santé²⁸.

Ce but peut être atteint :

- *si l'on met en place des mécanismes pour permettre aux individus d'influencer la conception et l'amélioration de leur cadre de vie et de travail, et de participer à la promotion de la santé et du bien-être dans leur localité ;*
- *si des organisations sociales jouent un rôle décisif dans le renforcement de la cohésion sociale et l'amélioration de l'accès à des ressources locales permettant de faire face aux difficultés de l'existence ;*
- *s'il existe une infrastructure efficace de protection de l'hygiène de l'environnement : approvisionnement en eau potable, installations de traitement et d'élimination des eaux usées, réglementation en matière de construction, et protection contre les risques au foyer et dans la ville ;*
- *si tous les secteurs concernés soutiennent l'intégration des questions liées à la santé dans une approche globale qui permette aux écoles de promouvoir la santé physique, sociale et affective des élèves, du personnel, des familles et de la population locale ;*
- *si le processus de création de villes plus saines est encouragé et soutenu, avec la participation de partenaires provenant des domaines de la santé, de l'environnement, de l'économie, de l'écologie, de l'enseignement, de l'urbanisme et de la gestion urbaine.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Indicateurs d'incidence et de mortalité concernant les accidents domestiques et du travail, et les maladies professionnelles
- Statistiques nationales sur le logement

²⁸ Les principes de l'entreprise-santé sont un cadre de travail sûr, des méthodes de travail saines, des programmes visant à promouvoir la santé et à s'attaquer aux facteurs de risque psychosociaux sur le lieu de travail, une évaluation des effets des produits commercialisés sur la santé et une contribution au développement sanitaire et social de la communauté locale.

BUT 14 – RESPONSABILITÉ MULTISECTORIELLE POUR LA SANTÉ

D'ICI 2020, TOUS LES SECTEURS DEVRAIENT AVOIR RECONNU ET ACCEPTÉ LEUR RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ.

En particulier :

- 14.1 les décideurs de tous les secteurs devraient prendre en considération les avantages qu'il est possible de retirer de l'investissement pour la santé dans leur secteur et orienter les politiques et les actions en conséquence ;
- 14.2 les États membres devraient avoir mis en place des mécanismes d'évaluation des effets sur la santé et fait en sorte que tous les secteurs deviennent responsables des effets de leurs politiques et actions sur la santé.

Ce but peut être atteint :

- *si les États membres créent des incitations et prennent des mesures juridiques et de gestion qui facilitent la participation des secteurs et la coopération intersectorielle pour la santé ;*
- *si l'on utilise la promotion et la protection de la santé publique comme des critères essentiels lors du choix de politiques et de stratégies, tant dans le secteur privé que dans le secteur public ;*
- *si les États membres, individuellement et en coopération, développent le stock de données sur les conséquences sanitaires d'actions menées par différents secteurs ;*
- *si les gouvernements et les parlements accordent un degré plus élevé de priorité à des politiques qui contribuent à la promotion et à la protection de la santé, et entreprennent des audits sanitaires dans tous les secteurs ;*
- *si l'on organise des enquêtes et des auditions publiques sur les effets sanitaires de projets de grande ampleur et si l'on assure une large participation du public à l'évaluation et à la diffusion des résultats ;*
- *si l'on accorde plus d'attention à la responsabilité individuelle et collective en ce qui concerne les activités d'enseignement, d'information et de recherche, afin de mener une action de sensibilisation aux compétences en matière de santé et à la responsabilité dans le domaine de la santé.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Aucun indicateur statistique ; évaluation qualitative uniquement

BUT 15 – SECTEUR DE SANTÉ INTÉGRÉ

D' ICI 2010, LA POPULATION DE LA RÉGION DEVRAIT AVOIR UN BIEN MEILLEUR ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AXÉS SUR LA FAMILLE ET LE CADRE LOCAL, SOUTENUS PAR UN SYSTÈME HOSPITALIER SOUPLE ET APTE À FAIRE FACE À DIVERSES SITUATIONS.

En particulier :

- 15.1 au moins 90% des pays devraient avoir mis en place des services de soins de santé primaires complets, qui assurent la continuité des soins en utilisant des systèmes d'orientation des patients – garantissant une bonne utilisation des ressources et efficaces sur le plan des coûts – vers des services de soins hospitaliers secondaires et tertiaires, et qui effectuent le renvoi de l'information depuis ceux-ci ;
- 15.2 dans au moins 90% des pays, les médecins et les infirmières de santé familiale devraient former le noyau de ces services intégrés de soins de santé primaires, qui devraient faire appel à des équipes pluridisciplinaires regroupant des professionnels des secteurs de la santé et de l'action sociale et d'autres secteurs, et devraient bénéficier de la participation de la population locale ;
- 15.3 au moins 90% des pays devraient avoir mis en place des services de santé qui permettent aux individus de participer aux soins, en reconnaissant et en soutenant leur rôle de dispensateur de soins.

Ce but peut être atteint :

- *si l'on conçoit des services et des programmes de soins primaires appropriés, avec la participation des communautés locales, pour répondre aux besoins et aux attentes en matière de promotion de la santé, de prévention des maladies, de soins et de réadaptation, y compris des activités visant à atteindre des groupes ayant des besoins particuliers ;*
- *si la gestion des services de santé respecte le principe selon lequel tout soin qui peut être dispensé de façon satisfaisante au niveau primaire doit l'être, étant entendu que les orientations de patients vers les soins hospitaliers secondaires et tertiaires doivent*

être limitées aux cas nécessitant des compétences et des installations spécialisées ;

- *si l'on élabore des politiques qui aident les individus à préserver leur propre santé et à se soigner eux-mêmes chaque fois qu'ils le peuvent et si l'on met en place des mécanismes et communique des informations pour permettre aux individus de faire des choix en connaissance de cause sur des questions de santé et de participer à la prise de décision.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Personnel de santé (par exemple, médecins par spécialité, infirmières et proportion du personnel travaillant dans le cadre des soins de santé primaires ou dans un hôpital)
- Disponibilité de lits d'hôpital par type et autres statistiques sur les ressources en matière de soins de santé
- Indicateurs sur la consommation des soins de santé (par exemple, admissions à l'hôpital, durée moyenne du séjour, contacts de soins ambulatoires)

BUT 16 – GESTION AXÉE SUR LA QUALITÉ DES SOINS

D'ICI 2010, LES ÉTATS MEMBRES DEVRAIENT FAIRE EN SORTE QUE LA GESTION DU SECTEUR SANITAIRE, DEPUIS LES PROGRAMMES ORIENTÉS VERS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION JUSQU'AUX SOINS AUX PATIENTS AU NIVEAU CLINIQUE, SOIT AXÉE SUR LES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ.

En particulier :

- 16.1 l'efficacité des grandes stratégies de santé publique devrait être évaluée en fonction des résultats en matière de santé et il faudrait de plus en plus prendre des décisions concernant les différentes stratégies possibles pour faire face aux divers problèmes de santé sur la base d'une comparaison des résultats en matière de santé et du rapport coût-efficacité obtenu grâce à ces stratégies ;
- 16.2 tous les pays devraient avoir mis en place, à l'échelon national, un mécanisme de surveillance et d'amélioration constante de la qualité des soins pour au moins dix maladies graves, qui mesure les effets sur la santé, le rapport coût-efficacité et la satisfaction des patients ;
- 16.3 pour au moins cinq des maladies graves susvisées, les résultats en matière de santé devraient faire ressortir une amélioration sensible et des enquêtes devraient mettre en évidence une satisfaction accrue des patients à l'égard de la qualité des services reçus et un plus grand respect des droits des patients.

Ce but peut être atteint :

- *si tous les établissements dispensant des soins de santé adoptent des pratiques reposant sur des données scientifiquement validées, tant en ce qui concerne les soins courants que les actes nouveaux, si des indicateurs de la qualité sont définis au niveau des soins cliniques et si la surveillance de la qualité des soins devient une partie intégrante de chaque service de soins ;*
- *si les États membres conçoivent des politiques et des mécanismes qui garantissent les droits des patients, y compris le droit au respect de leurs valeurs et convictions morales, culturelles, religieuses et philosophiques, et favorisent un débat public ouvert sur les aspects éthiques de la politique sanitaire et des soins de santé ;*
- *si des mesures éducatives et autres donnent aux professionnels des soins de santé la motivation et les compétences nécessaires pour adopter les meilleures pratiques et pour être responsables des résultats de leur travail ;*
- *si l'on utilise régulièrement des critères fondés sur les résultats en matière de santé et l'efficacité par rapport aux coûts lorsque les actes et les pratiques des soins sont évalués ;*
- *si les technologies nouvelles et existantes, y compris les médicaments, sont en permanence surveillées et évaluées en ce qui concerne leurs effets sur la santé, leurs résultats et leur rapport coût-efficacité ;*
- *si l'on met en place un système permettant d'enregistrer, de surveiller et d'améliorer les résultats des soins et si des informations anonymes sur les résultats sont diffusées aux dispensateurs de soins ;*
- *si les dispensateurs de soins de santé peuvent obtenir facilement des informations sur des pratiques validées par des données probantes.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Mortalité due à certaines affections (par exemple, appendicite, hernie, obstruction intestinale, effets nocifs d'agents thérapeutiques et autres causes « évitables » de décès)
- Indicateurs spécifiques relatifs à la qualité des soins de santé (par exemple, taux d'infection des plaies chirurgicales, complications du diabète, taux d'autopsie, estimations concernant la satisfaction des patients, etc.)

BUT 17 – FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET AFFECTATION DES RESSOURCES

D'ICI 2010, LES ÉTATS MEMBRES DEVRAIENT S'ÊTRE DOTÉS DE MÉCANISMES VIABLES DE FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET D'AFFECTATION DES RESSOURCES À CES DERNIERS, REPOSANT SUR LES PRINCIPES D'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS, D'EFFICACITÉ EN REGARD DES COÛTS, DE SOLIDARITÉ ET DE QUALITÉ OPTIMALE.

En particulier :

- 17.1 les dépenses consacrées aux services de santé devraient être suffisantes, tout en correspondant aux besoins sanitaires de la population ;
- 17.2 les ressources devraient être affectées à la promotion et à la protection de la santé, aux traitements et aux soins, compte tenu des effets sur la santé, du rapport coût-efficacité et des données scientifiques disponibles ;
- 17.3 les systèmes de financement des soins de santé devraient garantir une couverture universelle, la solidarité et la viabilité.

Ce but peut être atteint :

- *si les infrastructures de santé publique sont renforcées ;*
- *si les priorités sanitaires sont déterminées de façon transparente et si des ressources financières suffisantes sont affectées aux priorités retenues, en vue d'optimiser l'amélioration de la santé ;*
- *si des ressources du secteur de la santé sont affectées, lorsque cela se justifie, à d'autres secteurs et à des organisations privées et non gouvernementales, en vue d'objectifs sanitaires définis en commun ;*
- *si des mesures visant à limiter les dépenses sont appliquées principalement aux établissements et aux dispensateurs de soins de santé, plutôt qu'aux patients et aux utilisateurs des services ;*
- *si l'on met en place des mécanismes pour surveiller les effets du financement et de l'affectation des ressources sur la prestation des services de santé et sur la santé de la population.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Dépenses de santé, total et par élément (par exemple, dépenses publiques, dépenses ordinaires des hôpitaux, investissement en équipements, médicaments, etc.)

BUT 18 – AMÉLIORATION DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

D'ICI 2010, TOUS LES ÉTATS MEMBRES DEVRAIENT AVOIR FAIT EN SORTE QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET LES PROFESSIONNELS D'AUTRES SECTEURS AIENT LES CONNAISSANCES, L'ÉTAT D'ESPRIT ET LES COMPÉTENCES QUI LEUR PERMETTENT DE PROTÉGER ET DE PROMOUVOIR LA SANTÉ.

En particulier :

- 18.1 la formation des professionnels de santé devrait reposer sur les principes de la politique de la Santé pour tous, les préparer à offrir des services de promotion de la santé, de prévention, de traitement et de réadaptation de bonne qualité et les aider à établir une passerelle entre la pratique clinique et l'action en matière de santé publique ;
- 18.2 des systèmes de planification devraient faire en sorte que le nombre de professionnels de la santé formés et la répartition entre les différentes disciplines répondent aux besoins actuels et futurs ;
- 18.3 tous les États membres devraient posséder les capacités appropriées pour donner une formation spécialisée concernant la direction, la gestion et la pratique de la santé publique ;
- 18.4 la formation de professionnels d'autres secteurs devrait leur inculquer les principes fondamentaux de la politique de la Santé pour tous et, plus précisément, transmettre des connaissances sur la façon dont leurs activités peuvent influencer sur les déterminants de la santé.

Ce but peut être atteint :

- *si l'ensemble de la formation des professionnels de la santé leur transmet les connaissances, l'état d'esprit et les compétences nécessaires pour la dispensation des soins de santé, y compris des activités de bonne qualité en matière de santé publique, et leur inculque les aspects essentiels de l'économie et des sciences sociales qui présentent un intérêt dans la perspective de la réalisation de la Santé pour tous ;*
- *si des programmes de formation axés sur les soins familiaux sont mis en place dans tous les établissements d'enseignement et toutes les universités où les médecins, les infirmières et d'autres professionnels de la santé sont formés ;*

- *si la formation des professionnels de la santé publique les prépare à jouer le rôle de catalyseur, de facilitateur et d'avocat pour la santé dans tous les secteurs, et à coopérer avec des partenaires très divers dans la société ;*
- *si la formation des professionnels d'autres secteurs les prépare à prendre conscience de l'importance et de l'utilité de leurs politiques et actions pour la santé de la population ;*
- *si les établissements d'enseignement ont mis en place des systèmes qui assurent l'obtention permanente de données d'expérience transmises par les praticiens, et l'utilisation de techniques et technologies d'enseignement modernes.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Statistiques sur les ressources en personnel de santé par catégorie, selon le cas
- Statistiques sur le nombre de professionnels médicaux obtenant leur diplôme

BUT 19 – RECHERCHE ET UTILISATION DES CONNAISSANCES POUR LA SANTÉ

D'ICI 2005, TOUS LES ÉTATS MEMBRES DEVRAIENT AVOIR MIS EN PLACE DES SYSTÈMES DE RECHERCHE, D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION QUI FACILITENT DAVANTAGE L'ACQUISITION DES CONNAISSANCES, LEUR UTILISATION EFFECTIVE ET LEUR DIFFUSION POUR CONCOURIR À LA SANTÉ POUR TOUS.

En particulier :

- 19.1 tous les pays devraient avoir adopté des politiques de recherche axées sur les priorités de leurs politiques à long terme de la Santé pour tous ;
- 19.2 tous les pays devraient avoir mis en place des mécanismes qui permettent la prestation et le développement de services de santé reposant sur des données scientifiques ;
- 19.3 l'information sanitaire devrait être utile et facilement accessible aux responsables politiques, aux gestionnaires, aux professionnels de la santé et à d'autres secteurs, ainsi qu'au grand public ;
- 19.4 tous les pays devraient avoir instauré des politiques et programmes de communication sanitaire appuyant la politique de la Santé pour tous et facilitant l'accès à ce type d'informations.

Ce but peut être atteint :

- *si les États membres élaborent des stratégies de recherche sanitaire reposant sur les*

valeurs de la Santé pour tous, en établissant un équilibre entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée ;

- *si la coopération internationale est renforcée, ce qui débouchera sur une augmentation du nombre de programmes de recherche inter pays et sur un meilleur échange des informations découlant des travaux de recherche ;*
- *si le secteur public renforce la communication et la coopération entre la communauté scientifique et les décideurs, en vue de l'application des connaissances nouvelles au développement sanitaire ;*
- *si l'on crée et gère des bases d'informations sanitaires et liées à la santé qui permettent de surveiller et d'évaluer les politiques et programmes sanitaires, renforcent la responsabilité en matière de santé, facilitent l'échange de connaissances dans les pays et entre ceux-ci et aident à sensibiliser la population aux questions de santé ;*
- *si l'on utilise pleinement les ressources et les compétences du secteur des médias et de la communication pour informer et éduquer l'ensemble de la population, la convaincre de l'importance individuelle et collective de la santé et lui donner des options d'action.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Dépenses consacrées à la recherche-développement

BUT 20 – RECRUTER DES PARTENAIRES POUR LA SANTÉ

D'ICI 2005, DES ALLIANCES ET DES PARTENARIATS POUR LA SANTÉ, INCLUANT LES INDIVIDUS, LES GROUPES ET LES ORGANISATIONS DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ, ET LA SOCIÉTÉ CIVILE, DEVRAIENT AVOIR ÉTÉ CONSTITUÉS POUR METTRE EN OEUVRE DES POLITIQUES DE LA SANTÉ POUR TOUS.

En particulier :

- 20.1 le secteur de la santé devrait promouvoir activement la santé et défendre la cause de la santé, encourager d'autres secteurs à participer à des activités multisectorielles et mettre en commun des objectifs et des ressources ;
- 20.2 il faudrait mettre en place des structures et des mécanismes aux niveaux national, régional et local pour faciliter une coopération coordonnée entre tous les acteurs et secteurs participant au développement sanitaire.

Ce but peut être atteint :

- *si les partenariats existants pour le développement sanitaire et social, tels que les réseaux de villes, d'écoles et de lieux de travail, sont renforcés et si l'on étudie les possibilités de mettre en place de nouveaux partenariats à tous les niveaux ;*
- *si tous les secteurs et acteurs intervenant dans le domaine de la santé déterminent quels sont les avantages pour tous de l'investissement dans la santé, et en tiennent compte ;*
- *si des mécanismes sont en place pour faciliter l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation en commun de politiques et de stratégies reposant sur les principes de la Santé pour tous²⁹ ;*
- *si les professionnels de la santé sont sensibles aux motivations des professionnels d'autres secteurs et sont disposés à engager des négociations relatives à des politiques avantageuses pour les différentes parties ;*
- *si l'accent est mis à chaque niveau sur la conclusion d'alliances et de partenariats pour la santé, sur l'attribution de moyens d'agir aux individus et sur la création de réseaux ;*
- *si les responsables de la santé publique donnent des impulsions qui motivent, stimulent, facilitent et font participer tous les secteurs pour la santé ;*
- *si la solidarité internationale pour le développement sanitaire est renforcée, grâce à une utilisation des structures européennes pour la coopération et l'action intergouvernementales.*

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Aucun indicateur statistique ; évaluation qualitative uniquement

BUT 21 – POLITIQUES ET STRATÉGIES DE LA SANTÉ POUR TOUS

D'ICI 2010, TOUS LES ÉTATS MEMBRES DEVRAIENT AVOIR ADOPTÉ ET METTRE EN OEUVRE DES POLITIQUES DE LA SANTÉ POUR TOUS AUX NIVEAUX NATIONAL, RÉGIONAL ET LOCAL, SOUTENUES PAR DES INFRASTRUCTURES INSTITUTIONNELLES ET MÉCANISMES DE GESTION APPROPRIÉS ET PAR UNE ACTION NOVATRICE DE LA PART DES DIRIGEANTS.

²⁹ Voir but 21, « Politiques et stratégies de la Santé pour tous ».

En particulier :

- 21.1 des politiques de la Santé pour tous à l' échelon national devraient être motivantes et offrir un cadre stimulant tourné vers l' avenir pour les politiques et mesures adoptées dans les régions, les villes et les localités et dans des cadres de vie tels que l' école, le lieu de travail et le foyer ;
- 21.2 il faudrait mettre en place, à l' échelon national et aux autres échelons, des structures et des mécanismes d' élaboration de politiques de santé associant des partenaires clés très divers, issus des secteurs public et privé, dûment mandatés pour élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques ;
- 21.3 il faudrait concevoir des objectifs, des buts, des indicateurs et des priorités à court, moyen et long termes, ainsi que les stratégies permettant de les atteindre, sur la base des valeurs de la Santé pour tous, et il faudrait suivre et évaluer régulièrement les progrès accomplis vers leur réalisation.

Ce but peut être atteint :

- *si des politiques de la Santé pour tous sont adoptées par l'organe politique le plus élevé à chaque niveau ;*
- *si les infrastructures et les fonctions de santé publique sont renforcées et modernisées conformément aux besoins en matière de santé publique et aux valeurs de la Santé pour tous aux niveaux national, régional et local ;*
- *si l' on s' emploie à évaluer régulièrement la situation et les tendances sanitaires³⁰, à suivre le processus de développement sanitaire et à évaluer les effets des politiques sur les résultats en matière de santé, les déterminants de la santé et la satisfaction du public ;*
- *si les pays mènent des enquêtes périodiques axées sur l' ensemble de la population, sur la base des méthodes mises au point par l'OMS ;*
- *si tous les pays ont mis en place un système harmonisé de collecte de données comparables pour surveiller les progrès vers la Santé pour tous et si des efforts plus importants sont accomplis pour rationaliser la collecte de données et effectuer une sélection plus uniforme des indicateurs, pour faire en sorte que les systèmes d' information et de communication sanitaires soient coordonnés et harmonisés au niveau international ;*
- *si des politiques et des stratégies sont élaborées grâce à la mobilisation totale des*

³⁰ En particulier en ce qui concerne les buts 1 à 9.

*partenaires*³¹.

Domaines proposés pour l'élaboration d'indicateurs

- Aucun indicateur statistique ; évaluation qualitative uniquement

³¹ Voir but 20, « Recruter des partenaires pour la santé ».

Annexe 3

Calendrier des principales actions 1998–2005

Principales actions à mener pour surveiller, évaluer et mettre en œuvre la politique de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS

La politique de la Santé pour tous sert de cadre visionnaire à l'amélioration de la santé en Europe. Ce calendrier complète d'autres mesures prises aux niveaux national et local. Il propose un certain nombre de manifestations spécifiques dans les pays, ainsi que diverses grandes consultations ou conférences qui seront organisées par le Bureau régional. Les tâches qui doivent être menées à bien par le Comité régional, conformément aux textes régissant ses fonctions, figurent également dans le plan d'action.

Il convient de noter qu'un plan de travail plus détaillé établi par le Bureau régional pour appuyer la mise en œuvre de la nouvelle politique de la Santé pour tous sera inclus dans les budgets-programmes régionaux biennaux pour la période 2000–2005.

Ce calendrier de l'Organisation régionale européenne de l'OMS a pour but de promouvoir la création de partenariats intégrés à l'échelon local, régional, national et européen. Le Bureau régional intensifiera encore ses activités internationales dans le cadre de partenariats tels que le Comité de coordination interinstitutions pour l'assistance à la vaccination, le Groupe spécial international chargé de lutter contre les maladies sexuellement transmissibles, le Comité européen de l'environnement et de la santé, etc.

Mesures à prendre par :				
« SANTÉ 21 » Chapitre	Année	États membres	Comité régional	Bureau régional
7	1998		<p>Approbation de la nouvelle politique-cadre de la Santé pour tous, des buts et du calendrier</p> <p>Adoption du budget-programme régional 2000–2001</p>	<p>Publication et promotion de la politique-cadre de la Santé pour tous</p> <p>Séminaire à l' intention des hauts responsables de la santé publique</p>
5	1998	Mise en œuvre du Plan d' action européen contre l' alcoolisme (1995–1999) et du Plan d' action pour une Europe sans tabac (1997–2001)	Création d' un comité européen pour une Europe sans tabac	Mise en œuvre
7	1999	Traduction de la politique de la Santé pour tous dans les langues des pays	<p>Approbation du Plan d' action européen contre l' alcoolisme – Deuxième phase (2000–2004)</p> <p>Approbation des nouveaux indicateurs de la Santé pour tous</p>	<p>Consultation de divers acteurs et secteurs afin d' élaborer et de distribuer des documents relatifs à la politique de la Santé pour tous portant sur des questions précises ou des secteurs particuliers</p> <p>Séminaire à l' intention des hauts responsables de la santé publique</p> <p>Réunion des membres du Réseau européen de communication sanitaire et lancement d' une série d' émissions consacrées à la SANTÉ 21</p>
5				Troisième conférence ministérielle européenne sur l' environnement et la santé

Mesures à prendre par :				
« SANTÉ 21 » Chapitre	Année	États membres	Comité régional	Bureau régional
				Lancement du réseau « Entreprises-santé »
4	1999	Participation à la campagne d' éradication de la poliomyélite MECACAR Plus (1998–2000)		
7	2000	Promotion de principes pertinents de la Santé pour tous Suivi des progrès réalisés sur la voie de la Santé pour tous Séminaires destinés à définir des programmes communs concernant les actions intersectorielles pour la santé	Adoption du budget-programme régional 2002–2003	Consultation sur les futures tendances en Europe Réunion ou grande consultation d' autres secteurs dans le cadre d' une série d' examens annuels de politiques sectorielles Réseaux d' ONG Séminaire à l' intention des hauts responsables de la santé publique
6	2000			Conférence sur un thème prioritaire
5	2000	Participation aux activités du Comité européen pour le développement de la promotion de la santé	Adoption d' un plan d' action sur les modes de vie	Élaboration de plans d' action européens sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle
3, 4	2000	Conférence sur l' éradication de la poliomyélite Conférence sur le thème « démarrer dans la vie en bonne santé »		
7	2001		Examen des résultats du suivi des progrès réalisés sur la voie de la Santé pour tous	Séminaire à l' intention des hauts responsables de la santé publique Atelier organisé conjointement avec de grandes

	Mesures à prendre par :			
« SANTÉ 21 » Chapitre	Année	États membres	Comité régional	Bureau régional
				organisations
5	2001			Conférence sur un thème prioritaire
7	2002		Adoption du budget-programme régional 2004–2005	Consultation sur les tendances futures Séminaire à l' intention des hauts responsables de la santé publique
5	2002		Approbation du Plan d' action pour une Europe sans tabac – Quatrième phase (2003–2007)	
4	2002			Conférence sur un thème prioritaire
7	2003	Évaluation des progrès réalisés sur la voie de la Santé pour tous		Conseils donnés par le Comité consultatif européen de la recherche en santé et le Conseil consultatif régional pour le développement sanitaire concernant la prochaine révision de la Santé pour tous Séminaire à l' intention des hauts responsables de la santé publique
3	2003			Conférence sur un thème prioritaire
7	2004		Examen des résultats de l' évaluation des progrès réalisés sur la voie de la Santé pour tous Adoption du budget-programme régional	Consultation sur les tendances futures Séminaire à l' intention des hauts responsables de la santé publique

	Mesures à prendre par :			
« SANTÉ 21 » Chapitre	Année	États membres	Comité régional	Bureau régional
			2006–2007	
5	2004	Mise en œuvre des plans d' action locaux pour l' environnement et la santé	Approbation du Plan d' action européen contre l' alcoolisme – Troisième phase (2005–2009)	Quatrième Conférence ministérielle européenne sur l' environnement et la santé
7	2005		Approbation de la nouvelle politique régionale de la Santé pour tous	Publication et promotion de la politique-cadre de la Santé pour tous Séminaire à l' intention des hauts responsables de la santé publique
4	2005			Conférence sur un thème prioritaire

Annexe 4

Abréviations

ADN	Acide désoxyribonucléique
AEE	Agence européenne pour l' environnement
AIEA	Agence internationale de l' énergie atomique
AVCI	Années de vie corrigées du facteur invalidité
AVSI	Années de vie sans invalidité
BERD	Banque européenne pour la reconstruction et le développement
CARAK	Républiques d' Asie centrale, Azerbaïdjan et Kazakhstan
CEE/ONU	Commission économique pour l' Europe des Nations Unies
CEES	Comité européen de l' environnement et de la santé
CEI	Communauté des États indépendants
CINDI	Programme d' intervention intégré à l' échelle d' un pays contre les maladies non transmissibles
CIRC	Centre international pour la recherche sur le cancer
CPCR	Comité permanent du Comité régional
DCAO	Dents cariées, absentes ou obturées
DTC	Diphtérie, tétanos, coqueluche
ESB	Encéphalopathie spongiforme bovine
EUROHIS	Enquête-santé européenne par entretiens
FAO	Organisation des Nations Unies pour l' alimentation et l' agriculture
FICR	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
HCR	Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAC	Politique agricole commune
PAM	Programme alimentaire mondial
PIB	Produit intérieur brut

PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
REMPAN	Réseau pour la préparation aux situations d'urgence nucléaires et l'assistance médicale
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
SIDA	Agence suédoise de développement international
sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNC	Système nerveux central
SRO	Sels de réhydratation orale
TDS	Traitement de courte durée sous surveillance directe
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexe 5

Glossaire

Action collective en faveur de la santé – Efforts collectifs accomplis par des communautés locales pour mieux maîtriser les déterminants de la santé et améliorer ainsi cette dernière. (4)

Action intersectorielle – Action par laquelle le secteur de la santé et les autres secteurs connexes concourent à la réalisation d'un objectif commun, les contributions de ces différents secteurs étant étroitement coordonnées. (1)

Action plurisectorielle – Dans la pratique, action intersectorielle et action plurisectorielle sont synonymes, mais la seconde expression met l'accent sur la contribution et la responsabilité d'un certain nombre de secteurs. (1)

Administration – Système par lequel la société organise et gère les affaires de divers secteurs et partenaires pour atteindre ses buts. (7)

Amélioration de la santé – Amélioration mesurable de la santé d'un individu ou d'une population, y compris la longueur et la qualité de la vie. (3)

Aptitudes utiles pour la vie – Aptitudes personnelles, sociales, cognitives et physiques qui permettent aux individus de maîtriser et de diriger leur existence et d'acquérir la capacité de vivre dans leur environnement et de modifier celui-ci. (2)

Auto-prise en charge – Toutes les activités de soins de santé menées par les individus pour eux-mêmes et leur famille, ce qui comprend le maintien de la santé, la prévention des maladies, l'autodiagnostic et l'autotraitement. (2)

But de la Santé pour tous – But conforme à la politique européenne ou nationale de la Santé pour tous. Il suppose une volonté politique d'utiliser les ressources du pays pour l'atteindre. (1)

But général – Dans le secteur sanitaire, l'OMS a défini comme suit le but général de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 : « au minimum tous les individus de tous les pays devraient jouir d'un niveau de

santé tel qu' ils puissent travailler de façon productive et participer activement à la vie sociale de leur pays ». (3)

Cadre pour la santé – Lieu physique ou contexte social dans lequel les individus vaquent à leurs activités quotidiennes et les facteurs environnementaux, organisationnels et personnels agissent les uns sur les autres et ont des effets sur la santé et le bien-être. (4)

Capital social – Le capital social représente le degré de cohésion sociale qui existe dans les communautés. Il désigne les processus qui se déroulent entre les personnes qui établissent des réseaux, des normes et une confiance sociale, et facilitent la coordination et la coopération dans l' intérêt général. (4)

CINDI – Programme d' intervention intégré à l' échelle d' un pays contre les maladies non transmissibles. Créé en 1982 par l' OMS, son but d' ensemble est d' améliorer la santé et la qualité de vie de la population en réduisant la mortalité prématurée, la morbidité et le nombre de cas d' invalidité. Ce programme vise à offrir aux pays qui y participent un cadre permettant de prévenir et de combattre les facteurs de risque (par exemple, le tabagisme, l' hypertension, les anomalies en matière de lipémie et la consommation excessive d' alcool) qui sont communs à un certain nombre de maladies chroniques non transmissibles, ainsi que de prendre des mesures relatives aux déterminants socioéconomiques des facteurs de risque. (2)

Compétence individuelle en matière de santé – Capacité de l' individu à influencer sur les facteurs de la santé. (1)

Contrôle de l' accès – Fonction acceptée par un professionnel ou un service (au niveau des soins primaires, par exemple) par l' intermédiaire duquel il est possible d' avoir accès à des ressources de soins souvent coûteuses ou rares. (2)

Déficience – Dans le contexte de la santé, toute altération ou anomalie d' une structure ou d' une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. (1)

Déterminants de la santé – Ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l' état de santé des individus ou des populations. Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et ont des effets les uns sur les autres. La promotion de la santé consiste essentiellement à prendre des mesures et à accomplir des efforts de sensibilisation pour agir sur l' ensemble des déterminants de la santé qu' il est possible de modifier, non seulement ceux qui sont liés aux actions des individus, tels que le comportement et le mode de vie, mais également des facteurs tels que le revenu, la situation sociale, l' instruction, l' emploi et les conditions de travail, l' accès à des services de santé appropriés et les environnements physiques. Ensemble, ces facteurs

créent des conditions de vie particulières qui ont des effets sur la santé. On considère que l'obtention de changements de ces modes de vie et conditions de vie déterminant la santé sont des résultats intermédiaires de l'action sanitaire. (4)

Développement sanitaire – Processus d'amélioration progressive et continue de l'état de santé d'une population. (3)

Développement viable – Développement qui répond aux besoins de la génération actuelle sans compromettre l'aptitude des générations futures à satisfaire leurs propres besoins. (11)

Dosage secteur public/secteur privé – Combinaison de financement ou de prestation des services par le secteur public et le secteur privé. (2)

Droits des patients – Droits fondamentaux des patients en matière d'accès aux soins et aux services, d'équité dans le traitement et de qualité des soins. (2)

École-santé – École qui s'emploie à convaincre l'ensemble de la population scolaire d'adopter des modes de vie sains, en offrant un environnement favorable à la promotion de la santé. Elle permet de créer un environnement social et physique sûr et favorable à la santé et exige que des engagements soient pris dans ce sens. Elle renforce constamment son aptitude à offrir un cadre sain pour ceux qui y vivent, y apprennent et y travaillent. (2,4)

Éducation sanitaire – Action consistant à offrir des possibilités d'apprentissage pour faciliter les changements de comportement. (1)

Élimination d'une maladie – Réduction à zéro de l'incidence d'une maladie dans une zone géographique déterminée (dans le cadre de la Santé 21, il s'agit de la Région européenne de l'OMS), grâce à des efforts délibérés ; une action doit ensuite être poursuivie. (8)

Endiguement d'une maladie – Réduction de l'incidence et de la prévalence d'une maladie et de la morbidité ou de la mortalité qui en résulte, grâce à une action délibérée ; il se peut que la maladie considérée ait perdu de son importance du point de vue de la santé publique, mais il est nécessaire de continuer d'agir pour maintenir la réduction obtenue. (8)

Entreprise-santé – Les principes d'une entreprise-santé sont un milieu de travail sûr, des méthodes de travail compatibles avec la santé, des programmes visant à promouvoir la santé et à s'attaquer aux facteurs de risque psychosociaux sur le lieu de travail, une évaluation des effets des produits commercialisés sur la santé et une contribution au développement sanitaire et social du quartier ou de la localité.

Équité – L' expression « équité en matière de santé » implique qu' idéalement chacun devrait avoir une bonne chance d' atteindre tout son potentiel de santé et, plus pragmatiquement, que personne ne devrait être désavantagé du point de vue de la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité. L' expression « manque d' équité » désigne les différences en matière de santé qui sont non seulement évitables mais en outre considérées comme injustes. (1)

Éradication – Réduction permanente à zéro de l' incidence mondiale d' une infection causée par un agent déterminé grâce à des efforts délibérés ; aucune action ne doit ensuite être poursuivie. (8)

Espérance de santé – Au niveau d' une population, proportion de l' existence caractérisée par la santé et l' épanouissement ou par l' absence de maladie et d' invalidité selon les conceptions sociales et les normes professionnelles. Parmi les indicateurs d' espérance de santé actuellement utilisés figurent les années de vie sans invalidité et les années de vie corrigées en fonction de la qualité. Ces indicateurs portent avant tout sur la mesure dans laquelle des individus jouissent d' une existence exempte d' invalidité, de troubles ou de maladie chronique. (4)

État de santé – Terme général désignant le niveau de santé d' un individu, d' un groupe ou d' une population, mesuré par rapport à certaines normes. Les indicateurs de santé de l' OMS constituent des normes reconnues sur le plan international pour divers aspects de l' état de santé. (3)

Évaluation des effets sur la santé – Estimation des effets totaux, directs et indirects, d' une politique, d' un programme, d' un service ou d' un organisme sur la situation sanitaire et sur le développement sanitaire et socioéconomique global. (6)

Facteur de risque – Situation, comportement ou environnement social, économique ou biologique qui est lié, le cas échéant par une relation de cause à effet, à un risque accru d' être atteint d' une maladie déterminée, d' être en mauvaise santé ou de subir un traumatisme. (4)

Gestion de la santé publique – Structures et processus par lesquels les changements nécessaires à une amélioration de la santé dans l' ensemble de la société sont définis et mis en œuvre. (10)

Hôpital-santé – Hôpital qui non seulement offre des services médicaux et infirmiers complets de qualité élevée, mais en outre mène une action de promotion de la santé, met en place une structure d' organisation et une culture qui assure la promotion de la santé – y compris des rôles actifs pour les patients et tous les membres du personnel –, devient lui-même un cadre de promotion de la santé et coopère activement avec son environnement. (4)

Hygiène de l' environnement – Aspects de la santé et de la maladie qui sont déterminés par les facteurs environnementaux. Elle inclut la théorie et la pratique de l' évaluation et de la maîtrise des

facteurs environnementaux qui peuvent influencer sur la santé. L'hygiène de l'environnement porte aussi bien sur les effets pathologiques directs des substances chimiques, des rayonnements et de certains agents biologiques que sur les répercussions (souvent indirectes) qu'ont sur la santé et le bien-être l'environnement physique, psychologique, social et esthétique au sens large (y compris le logement, le développement urbain, l'occupation des sols et les transports). (1)

Hygiène de la sexualité – Intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux du vécu sexuel, qui enrichit la personnalité, la communication et l'amour. La notion d'hygiène de la sexualité implique une conception positive de celle-ci et les buts des soins d'hygiène de la sexualité doivent être l'amélioration de la qualité de la vie et des relations personnelles et non uniquement la dispensation de conseils et de soins liés à la procréation ou aux maladies sexuellement transmissibles. (5)

Indicateurs – Variables qui aident à mesurer les changements de la situation sanitaire, directement ou indirectement, et à apprécier dans quelle mesure les objectifs et les buts d'un programme sont atteints. En ce qui concerne les buts régionaux de la Santé pour tous, des indicateurs aussi bien quantitatifs que qualitatifs sont utilisés. (1)

Invalidité – Dans le contexte de la santé, toute réduction partielle ou totale (résultant d'une déficience) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites jugées normales pour un être humain. (1)

Investissement pour la santé – Ressources qui sont expressément affectées à la production de la santé et d'une amélioration de la santé. Elles peuvent être investies par des organismes publics et privés, ainsi que par des individus, seuls ou regroupés en associations. Les stratégies d'investissement pour la santé reposent sur des connaissances concernant les déterminants de la santé et ont pour objet d'obtenir une volonté politique de mettre en œuvre des politiques favorables à la santé. (4)

Marginalisation sociale – Processus par lequel certains groupes vulnérables risquent d'être empêchés de participer pleinement à la vie sociale, politique et économique d'une collectivité. Cela se produit lorsque les politiques intersectorielles et les mécanismes de soutien nécessaires à leur participation pleine et entière ne sont pas en place. (1)

Milieus favorables – Les milieux favorables à la santé mettent les individus à l'abri de menaces à leur santé et leur permettent de développer leurs aptitudes et de devenir autosuffisants en matière de santé. Dans le contexte de la santé, cette expression désigne les aspects physiques et sociaux de notre environnement, c'est-à-dire le cadre de vie de l'individu, sa communauté locale, son foyer, son milieu de travail et ses lieux de détente, mais aussi les structures qui déterminent l'accès aux

ressources nécessaires à la vie et les possibilités d'acquérir la capacité d'agir. Ainsi, toute action visant à créer un milieu favorable a de nombreuses dimensions : physique, sociale, spirituelle, économique et politique. Tous ces aspects interagissent dynamiquement. (4,1)

Organisation intergouvernementale – Organisation instituée par accord intergouvernemental. Exemples : Conseil de l'Europe, OCDE, OMS et autres organisations spécialisées des Nations Unies. (2)

Organisation non gouvernementale – Organisation nationale ou internationale telle qu'un groupe de citoyens, une association, un groupe professionnel ou une fondation, qui contrebalance de façon indépendante et souple l'action des pouvoirs publics et du secteur des entreprises. (2)

Participation des populations – Participation active des personnes vivant ensemble, selon l'un ou l'autre mode d'organisation sociale, à la planification, à la dispensation et à la maîtrise des soins de santé primaires, à l'aide des ressources locales, nationales et autres. (1)

Politique de la Santé pour tous – Cadre de l'élaboration de politiques sanitaires reposant sur les valeurs de la Santé pour tous. (1)

Politique publique favorable à la santé – Elle se caractérise par la volonté d'incorporer un souci pour la santé et l'équité dans toutes les politiques et d'obliger les responsables à rendre compte des effets de leur action sur la santé. Elle a pour but principal de créer un environnement favorable qui permette aux populations de mener une vie saine. (1)

Politique sanitaire – Ensemble de décisions et d'engagements qui prévoient des actions visant à atteindre certains buts relatifs à l'amélioration de la santé. (3)

Potentiel de santé – Le plus haut degré de santé qu'un individu puisse atteindre. La réalisation de ce potentiel dépend des conditions suivantes : l'individu doit se prendre en charge et s'occuper des autres, être capable de prendre des décisions et de maîtriser sa propre existence, et la société doit mettre en place des conditions qui permettent à tous de vivre en bonne santé. (1)

Prévention de la maladie – Mesures visant non seulement à empêcher l'apparition de la maladie (vaccination, lutte antivectorielle, activités antitabac, etc.), mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. (1)

Principe « pollueur-payeur » – Principe énoncé dans la législation de certains pays, selon lequel le producteur responsable d'une pollution doit prendre en charge la réparation du préjudice causé et les dépenses engagées pour remédier à la pollution. (3)

Promotion de la santé – Action visant à permettre aux individus et aux populations de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. Il s'agit d'une notion en évolution qui désigne les mesures visant à favoriser des modes de vie et d'autres facteurs sociaux, économiques, environnementaux et personnels qui contribuent à la santé. (1)

Qualité de la vie – Sentiment des individus ou des groupes que leurs besoins sont satisfaits et qu'il ne leur est pas refusé de possibilités de mener une vie heureuse et satisfaisante. (1)

Qualité des soins – Mesure dans laquelle les soins dispensés, dans un cadre économique donné, permet d'obtenir les résultats les plus favorables dans une optique mettant en regard risques et avantages. (1)

Recherche comparative des meilleures méthodes – Comparaison des résultats sous leurs différents aspects en vue d'adopter les meilleures méthodes ou des buts relatifs aux résultats. (2)

Réorientation des services de santé – La réorientation des services de santé se caractérise par une préoccupation mieux affirmée pour l'obtention de résultats au niveau de la santé de la population considérée sous l'angle de la façon dont le système de santé est organisé et financé. Il doit en résulter une modification des mentalités et de l'organisation des services de santé, mettant l'accent sur les besoins de l'individu considéré comme une personne entière, qui doivent être mis en balance avec les besoins de groupes de la population. (4)

Réseau Régions-santé – Réseau de régions d'Europe créé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en vue de transformer les conceptions relatives à la protection, au maintien et à la promotion de la santé dans les régions, et l'action menée à cet effet. Il vise à renforcer l'adhésion des gouvernements nationaux à la Santé pour tous par l'élaboration de politiques sanitaires appropriées au niveau régional. (2)

Responsabilité – Résultat du processus qui garantit que les décideurs, à quelque niveau qu'ils se situent, s'acquittent effectivement de leurs tâches, et sont comptables de leurs actes. La fixation de buts et d'objectifs sanitaires et la définition des moyens à utiliser pour suivre les progrès accomplis vers la réalisation de ces buts et objectifs ont facilité l'application du principe de responsabilité, grâce à la divulgation d'informations au public, c'est-à-dire la transparence. (2)

Résultats – Dans le domaine de la santé, effets d'une politique ou d'interventions sous la forme d'un changement de la situation sanitaire ou du comportement en matière de santé. (2)

Santé – 1. 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. 2. Réduction de la mortalité, de la morbidité et

du nombre de cas d'invalidité dus à des maladies ou troubles détectables, et amélioration de la santé subjective. La première définition, qui figure dans la Constitution de l'OMS, exprime un idéal, qui doit être le but de toutes les activités de développement sanitaire (c'est-à-dire que la santé est un droit fondamental de la personne humaine et un but social à l'échelle du monde entier). Cependant, elle ne se prête pas à une mesure objective et, pour des raisons pratiques, une définition plus spécifique est nécessaire. La seconde définition est généralement utilisée à cette fin (pour l'établissement de statistiques sanitaires, par exemple). (2)

Santé pour tous – Au minimum, toutes les personnes de tous les pays devraient jouir d'un niveau de santé tel qu'elles soient capables de travailler productivement et de participer activement à la vie sociale de la localité où elles vivent (voir aussi la définition du mot « santé »). (1)

Santé publique – Science et art permettant de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de favoriser la santé mentale et physique et la bonne utilisation des ressources par des efforts collectifs organisés. On peut considérer que la santé publique est constituée par les structures et les processus permettant de comprendre, de préserver et de favoriser la santé des populations grâce aux efforts organisés de la société. (2,10)

Santé reproductive – La santé reproductive concerne les processus, les fonctions et le système reproductifs à tous les stades de la vie. Elle implique que les individus peuvent avoir une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque et qu'ils ont la capacité de procréer et la liberté de décider d'avoir ou non des enfants, quand et combien. Cela suppose le droit des hommes et des femmes à être informés au sujet de méthodes de régulation des naissances sûres, efficaces, économiques, acceptables et librement choisies et de pouvoir les utiliser, ainsi que la dispensation de soins appropriés permettant aux femmes de mener à bien des grossesses en toute sécurité et donnant aux couples la meilleure chance d'avoir des enfants en bonne santé. (5)

Secteur de la santé – Le secteur de la santé comprend les services de santé publics et privés (services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic et de traitement), les politiques et les activités du ministère de la santé et des services sanitaires, des organisations non gouvernementales et des groupes ayant des activités dans le domaine de la santé, et des associations professionnelles. (4)

Sensibilité aux différences entre les sexes – Prise en compte des différences entre les sexes dans les politiques et les stratégies sanitaires. Elle permet de mieux comprendre les faits qui influent sur la santé des femmes et des hommes. Elle ne concerne pas seulement les différences physiques entre femmes et hommes, ou le rôle de la femme dans la procréation, mais traduit aussi une conscience des effets des relations, des rôles et des responsabilités des hommes et des femmes (qui

sont déterminés par des facteurs sociaux, culturels et comportementaux), en particulier sur la santé de l'individu, de la famille et des populations. (7)

Service de santé – Tout service capable de contribuer à améliorer la santé ou le diagnostic, le traitement et la réadaptation, ce qui ne se limite pas nécessairement aux services médicaux ou de soins de santé. Il s'agit également d'un système organisé d'établissements et d'organismes dont le but est de répondre aux divers besoins et exigences de la population en matière de santé. (3,2)

Soins de santé primaires – Les soins de santé primaires sont la fonction première et l'axe principal du système de santé d'un pays, le premier moyen de dispensation des soins et l'échelon le plus périphérique d'un système de santé concentrique, ainsi qu'une partie intégrante du développement social et économique d'un pays. (1)

Soins infirmiers – Dans son sens le plus large, cette expression désigne la dispensation par le personnel infirmier de soins aux patients, aux familles ou aux populations dans le but de rétablir ou de préserver la santé ; cela englobe l'élément « soins infirmiers » des services de soins de santé et de prévention. Ces soins sont dispensés par un personnel qui va de l'aide-soignante à l'infirmière qualifiée et à la sage-femme. (9)

Soins primaires – Soins du premier niveau, généralement dispensés dans un cadre ambulatoire (par opposition aux soins secondaires et tertiaires, qui sont généralement dispensés à l'hôpital). (1)

Soins secondaires – Soins fournis par des services plus spécialisés que ceux qui dispensent les soins primaires, par exemple radiodiagnostic, chirurgie générale, soins aux femmes souffrant de complications de la grossesse ou de l'accouchement, et diagnostic et traitement des maladies peu courantes ou graves. Ces soins sont dispensés par un personnel qualifié dans des établissements de santé tels que les hôpitaux régionaux ou municipaux. (1)

Soins tertiaires – Soins spécialisés qui nécessitent du matériel de pointe et un personnel de santé extrêmement qualifié, par exemple soins de neurochirurgie ou de chirurgie cardiaque. (1)

Stratégie – Démarche à long terme étudiée et complète qui offre un cadre pour des activités et actions particulières. (1)

Système de santé – Structure destinée à une population définie, dont les finances, la gestion, le domaine d'activité et le contenu sont définis dans des dispositions législatives et réglementaires, qui prévoient la prestation de services contribuant à la santé de la population et la dispensation de soins dans certains cadres, tels que le foyer, les établissements d'enseignement, les lieux de travail, les

lieux publics, les quartiers et localités, les hôpitaux et les centres de santé, et qui peuvent influencer sur l' environnement physique et psychosocial. (3)

Système de santé complet – Système de santé qui comprend tous les éléments nécessaires pour satisfaire tous les besoins sanitaires de la population. (1)

Technologies appropriées dans le domaine de la santé – Méthodes, procédures, techniques et matériel dans le domaine de la santé qui sont scientifiquement valables, adaptés aux besoins locaux et acceptables tant pour les utilisateurs que pour les personnes soignées, et qu' il est possible d' employer et d' entretenir dans les limites des ressources dont dispose la localité ou le pays considéré. (1)

Valeur de la Santé pour tous – Santé conçue comme un droit de la personne humaine ; équité et solidarité en matière de santé ; participation et responsabilité. (1)

Ville-santé – Ville qui crée et améliore constamment des environnements physiques et sociaux et accroît des ressources locales qui permettent aux individus de s' aider mutuellement dans l' accomplissement de toutes les fonctions de la vie et dans la réalisation de tout leur potentiel. Le programme Villes-santé est une action de développement à long terme qui vise à faire figurer la santé en bonne place parmi les préoccupations des décideurs des villes d' Europe et à créer un groupe puissant de défenseurs de la santé publique au niveau local. Le réseau des Villes-santé regroupe des villes européennes qui expérimentent de nouvelles façons de promouvoir la santé et d' améliorer l' environnement. (2)

Sources des définitions :

- 1) *Les buts de la Santé pour tous : la politique de santé de l'Europe*. Copenhague, Bureau régional de l' OMS pour l' Europe, 1993 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 4).
- 2) *Terminology for the European Health Policy Conference*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 1994.
- 3) Roberts, J.L. *Terminology for the WHO Conference on European Health Care Reform*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 1996.
- 4) Nutbeam, D. *Health promotion glossary*. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/HPR/HEP/98.1).
- 5) *Technical definitions and commentary*. Geneva, World Health Organization, 1994 (document établi en vue de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire (Égypte) 5–13 septembre 1994).
- 6) *Planification et gestion des programmes de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1997 (Annexe III – Glossaire de termes sur la gestion de programmes).

- 7) *La Santé pour tous au XXI^e siècle*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998 (document A51/5).
- 8) Recommendations of the International Task Force for disease Eradication. *Morbidity et Mortality Weekly Report (MMWR)*, **42**: 1–38 (1993) (Reports and Recommendations RR–16).
- 9) *Glossary of health care reform terminology*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document de référence établi en vue de la Consultation des responsables nationaux des soins infirmiers, Reykjavik, 11–13 avril 1996).
- 10) *Developing public health in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/RC48/13).
- 11) Commission mondiale sur l'environnement et le développement. *Notre avenir à tous*, 1987.

Annexe 6

Bibliographie

Des informations sur d'autres ouvrages utiles peuvent être obtenues du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Veuillez envoyer votre demande au numéro de télécopieur suivant : +45 39 17 18 18, en indiquant « HEALTH21 ». Vous pouvez également adresser une demande par courrier électronique, à l'adresse postmaster@who.dk.

Chapitre 1

Atlas of mortality in Europe. Subnational patterns 1980/1981 and 1990/1991. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO Regional Publications, European Series, No. 75).

Déclaration et programme d'action de Copenhague. Sommet mondial pour le développement social 6–12 mars 1995. New York, Organisation des Nations Unies, 1995.

CORNIA, G.A. *Labour market shocks, psychosocial stress and the transition's mortality crisis, research in progress.* United Nations University/World Institute for Development Economics Research, 1996.

La santé pour tous au XXI^e siècle. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998 (document WHA 51/5).

La santé en Europe 1997. Rapport sur la troisième évaluation des progrès accomplis vers la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS (1996–1997). Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 83).

L'état de santé de la Communauté européenne. Luxembourg, Office des publications des Communautés européennes, 1996.

Rapport sur la santé dans le monde 1998. La vie au XXI^e siècle : une perspective pour tous. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998.

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT. *Rapport sur le développement humain.* Éditions Economica, Paris (France), 1997.

BANQUE MONDIALE. *Rapport sur le développement dans le monde 1997. L'État dans un monde en mutation.* 1997.

Perspectives démographiques mondiales 1950–2050 (révision 1996). New York, Organisation des Nations Unies, 1996.

Chapitre 2

DIEREN, W. VAN, ED. *Taking nature into account*. New York, Springer, 1995.

LEVIN, L.S. ET AL. *Economic change, social welfare and health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (WHO Regional Publications, European Series, No. 54).

MACKENBACH, J. ET AL. Socioeconomic inequalities in mortality and morbidity in western Europe. *Lancet*, **349**: 1655–1659 (1997).

MARMOT, M.G. Improvement of social environment to improve health. *Lancet*, **351**: 57–60 (1998).

MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A.D. ED. *The global burden of disease*. Boston MA, Harvard University Press, 1996.

WILKINSON, R. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London, Routledge, 1996.

Chapitre 3

BARTLEY, M. ET AL. Socioeconomic determinants of health: health and the life course: why safety nets matter. *British medical journal*, **314**: 1194–1196 (1997).

BELLAMY, C., ED. *The state of the world's children 1997*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

FERRUCCI, L. ET AL. *Pendulum health and quality of life in older Europeans*. Florence, Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani, 1995.

Health promotion for old age. London, Eurolink Age, 1998.

Health, economics and development: a people centered approach. Fort Worth, World Federation of Public Health Associations, 1996.

Investing in women's health: central and eastern Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 55).

KING, A. ET AL. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 69).

Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, sous presse (WHO Regional Publications, European Series, No. 81).

Physical activity and health. A report of the Surgeon General. Washington DC, US Department of Health and Human Services, 1996.

Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4–15 septembre 1995. New York, Organisation des Nations Unies, 1995 (document A/CONF.177/20).

Comité directeur sur la politique sociale – protection sociale, politiques familiales. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1996 (document CDPS CP (96) 3).

Chapitre 4

BEECK, E.F. VAN, ET AL. Medical costs and economic production losses due to injuries in the Netherlands. *Journal of trauma*, **42**(6): 1116–1123 (1997).

CHEN, M. ET AL. *Comparing oral health care systems: a second international collaborative study.* Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/ORH/ICSII/97.1).

LABARTHE, D.R. *Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases: a global challenge.* Gaithersburg, Aspen Publishers, 1998.

MANN, J.M. & TARANTOLA, D.J.M. *AIDS in the world (II).* Oxford, Oxford University Press, 1996.

Protocol and guidelines: countrywide integrated noncommunicable diseases intervention (CINDI) programme. Copenhagen, WHO Regional Office For Europe, 1996 (document EUR/ICP/CIND 94 02/PB04).

La Déclaration de Victoria sur la santé cardio-vasculaire. Déclaration du Conseil consultatif – Conférence internationale sur la santé cardio-vasculaire – Victoria (Canada), 28 mai, 1992. Santé et Bien-être Canada, 1992.

Le traitement de la tuberculose : principes à l'intention des programmes nationaux. Deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1997 (document WHO/TB/97.220).

OMS, Série de rapports techniques, n° 862, 1996 (*La lutte contre l'hypertension : rapport d'un comité OMS d'experts*).

Worldwide efforts to improve heart health. A follow-up to the Catalonia Declaration – selected program descriptions. Washington DC, US Department of Health and Human Services, 1997.

Chapitre 5

Avec l'alcool, moins, c'est mieux. Copenhague, Bureau régional de l' OMS pour l' Europe, 1996 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 70).

Assessing the health consequences of major chemical incidents – epidemiological approaches. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO Regional Publications, European Series, No. 79).

BERTOLLINI, R. ET AL. *Environmental epidemiology. Exposure and disease.* Boca Raton, CRC Press, 1996.

Déclaration sur l'action pour l'environnement et la santé en Europe. Deuxième Conférence européenne sur l'environnement et la santé, Helsinki (Finlande), 20–22 juin 1994. Copenhague, Bureau régional de l' OMS pour l' Europe, 1994 (document EUR/ICP/CEH 212).

EDWARDS, G. ET AL. *Alcool : politique et intérêt général.* Copenhague, Bureau régional de l' OMS pour l' Europe, 1998 (OMS, Publications régionales, Série européenne, n° 80).

AGENCE EUROPÉENNE POUR L'ENVIRONNEMENT. *L'environnement de l'Europe : l'évaluation de Dobříš.* Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 1997.

AGENCE EUROPÉENNE POUR L'ENVIRONNEMENT : *L'environnement en Europe : deuxième évaluation.* Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 1998.

EVANS, R.G. ET AL., ED. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations.* New York, Aldine De Gruyter, 1994.

Salubrité des aliments et maladies transmises par les aliments. *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, **50**:(1/2):1–154 (1997).

Salubrité des aliments et mondialisation du commerce des denrées alimentaires : un défi pour la santé publique. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1997 (document WHO/FSF/FOS/97.8).

Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva, World Health Organization, 1998.

HARKIN, A.M. ET AL. *Smoking, drinking and drug-taking in the European Region.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.

La santé et l'environnement dans le cadre du développement durable : cinq ans après le Sommet de la Terre. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1997 (document WHO/EHG/97.8).

HOLDER, H.D. & EDWARDS, G. ED. *Alcohol and public policy. Evidence and issues.* Oxford, Oxford Medical Publications, 1995.

LEVIN, L. & ZIGLIO, E. Health promotion as an investment strategy. *Health promotion international*, **11**: 33–40 (1996).

MACARTHUR, I. & BONNEFOY, X. *Environmental health services in Europe 2: Policy options*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (WHO Regional Publications, European Series, No. 77).

PETO, R. ET AL. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*. Oxford, Oxford Medical Publications, 1994.

Tobacco or health: a global status report. Geneva, World Health Organization, 1997.

WHO EUROPEAN CENTRE FOR ENVIRONMENT AND HEALTH. *Concern for Europe's tomorrow. Health and the environment in the WHO European Region*. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1995.

Chapitre 6

ABLESON, J. & HUTCHISON, B. *Primary health care delivery models: a review of international literature*. Ontario, McMaster University, 1994 (working paper 94-15).

BERGREM, H. ET AL. *1989–1994. Five years with the St Vincent Declaration*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.

BOERMA, W.G.W. & FLEMING, D.M. *The role of general practice in primary health care*. London, H.M. Stationery Office, 1998.

Continuous quality development: a proposed national policy. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document EUR/ICP/CLR 059).

La prescription médicamenteuse aux personnes âgées, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1987. Deuxième édition en anglais uniquement : *Drugs for the elderly*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO Regional Publications, European Series, No. 71).

Réformes des systèmes de santé en Europe. La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1996.

Promotion of the rights of patients in Europe. Proceedings of a WHO consultation. The Hague, Kluwer Law International, 1995.

Assurance de la qualité des produits pharmaceutiques. Recueil de directives et autres documents. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998, Vol. 1.

SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO Regional Publications, European Series, No.72).

SALTMAN, R.B. ET AL., ED. *Critical challenges for healthcare reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.

STARFIELD, B. Primary care and health, a cross-national comparison. *Journal of the American Medical Association*, **266**: 2268–2271 (1991).

TARIMO, E. & WEBSTER, E.G. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/ARA/CC/97.1).

WEEL, C. VAN. Primary care: political favourite or scientific discipline? *Lancet*, **348**(11): 1431–1432 (1996).

Série de rapports techniques de l' OMS, n° 867, 1997 (*L'utilisation des médicaments essentiels : liste modèle des médicaments essentiels (neuvième liste)*). Septième rapport du Comité OMS d'experts).

Série de rapports techniques de l' OMS, n° 869, 1997 (*Amélioration de l'efficacité des centres de santé dans le cadre des systèmes de santé de district : rapport d'un groupe d'étude de l'OMS*).

Chapitre 7

BLANE, D. ET AL, ED. *Health and social organization. Towards a health policy for the twenty-first century*. London, Routledge, 1996.

GREEN, G. *Health and governance in European cities. A compendium of trends and responsibilities for public health in 46 Member States of the WHO European Region*. London, European Hospital Management Journal Limited, 1998.

HARRINGTON, P. & RITSATAKIS, A., ED. *European Health Policy Conference: opportunities for the future. Vol. 2. The policy framework to meet the challenges: intersectoral action for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/HFAP 94 01/CN01(II)).

Intersectoral action for health. Addressing environment and health concerns in sustainable development. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/PPE/PAC/97.1).

KICKBUSCH, I. ET AL., ED. *International handbook on health promotion*. Westport CT, Greenwood Press Inc. (in press).

Our global neighbourhood. Report of the Commission on Global Governance. Oxford, Oxford University Press, 1995.

Rénover l'Organisation des Nations Unies : programme de réformes. Assemblée générale, Cinquante et unième session. New York, Organisation des Nations Unies, 1997 (document 97-18979 (E)).

Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1997 (document WHO/HPR/HEP/41CHP/BR/97.4).