



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE, SOIXANTE-SIXIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016

Rapport de situation à mi-parcours sur la mise en œuvre du Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique

© shutterstock.com / Rawpixel.com



Document de travail



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-sixième session

Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016

Point 5 m) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC66/19

4 août 2016

160568

ORIGINAL : ANGLAIS

Rapport de situation à mi-parcours sur la mise en œuvre du Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique

Ce rapport présente les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Celui-ci a été approuvé par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en sa soixante-deuxième session (résolution EUR/RC62/R5).

Le rapport se base sur les résultats de deux études menées auprès des États membres et des organisations partenaires, et destinées à recenser les grandes avancées réalisées entre 2012 et 2015. Il s'inspire également d'un ensemble d'études de cas portant sur l'auto-évaluation des opérations essentielles de santé publique entreprise par les États membres depuis l'adoption du plan d'action en 2012.

Le rapport à mi-parcours résume les évolutions observées et résultats obtenus au regard des engagements pris dans la résolution EUR/RC62/R5 du Comité régional, tout en réaffirmant la nécessité de repenser, réajuster et renouveler les capacités et services de santé publique dans la Région européenne de l'OMS.

Enfin, le présent document complète le rapport de situation à mi-parcours sur la mise en œuvre de Santé 2020, 2012-2016 (document EUR/RC66/16) qui évalue les progrès réalisés à cet égard entre 2012 et 2016. Ce dernier document est accompagné d'un projet de résolution qui prie la directrice régionale de soumettre sa vision pour la mise en œuvre de Santé 2020 en 2017-2020 à l'examen de la soixante-septième session du Comité régional de 2017.

Sommaire

| | page |
|--|------|
| Messages clés | 3 |
| Contexte..... | 4 |
| Contexte global démontrant la nécessité de repenser, réajuster et renouveler les organismes de santé publique | 5 |
| Activités du Bureau régional à l'appui de la mise en œuvre du plan d'action (résolution EUR/RC62/R5) | 6 |
| Principaux outils et publications | 6 |
| Assistance technique directe | 6 |
| Synthèse des résultats des enquêtes et études de cas sur les EPHO | 7 |
| Participation au plan d'action et niveau d'engagement politique | 7 |
| Principales avancées en rapport avec l'application du plan d'action dans la Région européenne..... | 8 |
| Facteurs de réussite favorisant la mise en œuvre du plan d'action | 9 |
| Obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du plan d'action | 10 |
| Auto-évaluations des EPHO par les États membres | 11 |
| Soutien apporté par le Bureau régional..... | 12 |
| Conclusions et conséquences | 13 |
| Références | 17 |

Messages clés

- Entre 2012 et 2015, les États membres de la Région européenne de l’OMS et le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe ont obtenu plusieurs résultats importants en matière de renforcement des services de santé publique.
- Le Plan d’action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique a reçu un accueil favorable de la part de plusieurs États membres. Il est reconnu comme une ressource utile pour les pays cherchant à promouvoir et développer la santé publique, et pour les organisations chargées de dispenser les services de santé publique.
- Néanmoins, le potentiel du plan d’action reste largement inexploité et certains éléments indiquent que sa visibilité est insuffisante dans de nombreux États membres. De plus, il semble y avoir un écart entre le niveau d’engagement politique annoncé en faveur du renforcement des services de santé publique et les ressources qui y sont effectivement consacrées.
- Il semble que les bases factuelles prouvant le bon rapport coût-efficacité des interventions de santé publique soient largement méconnues. Par ailleurs, les États membres ont besoin d’un soutien accru pour prouver à leurs gouvernements respectifs, et aux ministères des finances en particulier, l’utilité des investissements dans les services de santé publique.
- Pour que le plan d’action soit pleinement exploité, les États membres et le Bureau régional doivent travailler ensemble pour coordonner sa mise en œuvre, le faire connaître davantage et montrer sa pertinence à long terme pour relever les défis en matière de santé publique.
- Les États membres pourraient envisager de charger des organisations nationales de l’élaboration d’un plan d’action national et de leur en confier la supervision, la coordination et le suivi de la mise en œuvre. De même, le Bureau régional et les États membres pourraient participer plus activement au suivi et à la coordination de la mise en œuvre du plan d’action en Europe. Il convient d’encourager les organisations partenaires à jouer un rôle plus actif dans son application.
- Le Bureau régional de l’Europe et ses partenaires doivent fournir un appui à plus long terme aux États membres pendant tout le processus de mise en œuvre. Les programmes et divisions du Bureau régional doivent coordonner leurs efforts pour fournir une assistance technique cohérente.
- Les domaines suivants sont particulièrement importants et peuvent à ce titre être au cœur des efforts déployés à l’avenir :
 - gouvernance pour la santé et équité en santé ;
 - personnel de santé publique ;
 - financement des services de santé publique ;
 - modèles organisationnels pour la prestation des services de santé publique ;
 - législation de la santé publique.

Contexte

1. Le Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique (1), adopté par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en sa soixante-deuxième session de 2012 (résolution EUR/RC62/R5), est un pilier central de la mise en œuvre du cadre politique Santé 2020 (2). Ce dernier fixe des objectifs stratégiques visant à améliorer la santé en Europe : le plan d'action propose, quant à lui, dix avenues d'action, grâce auxquelles les États membres peuvent renforcer les services et capacités de santé publique déployés pour atteindre ces objectifs stratégiques. Ces dix avenues d'action vont de pair avec un ensemble de dix opérations essentielles de santé publique (EPHO), qui fournissent une base harmonisée dont l'ensemble des autorités sanitaires européennes peuvent s'inspirer pour mettre en place, suivre et évaluer les politiques, stratégies et actions visant à réformer et à améliorer la santé publique.

2. En septembre 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (3). Les objectifs de développement durable (ODD) qui y sont présentés vont servir de base à l'élaboration des politiques et à leur mise en œuvre au cours de ces 15 prochaines années. Ils fournissent aux États membres une occasion unique de renouveler les engagements nationaux envers la santé publique et de promouvoir les synergies intersectorielles en vue de faire avancer les priorités sanitaires dans la Région d'ici à 2030. Les objectifs de Santé 2020, ainsi que son approche, reflètent les aspects du Programme 2030 relatifs à la santé. La mise en œuvre de Santé 2020 et du plan d'action devraient contribuer à réaliser plus de la moitié des ODD.

3. Le Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique est une initiative orientée sur l'action, et son élaboration et sa mise en œuvre illustrent les valeurs et les principes consacrés par Santé 2020, qui définit la vision et l'axe politique en matière de santé dans la Région européenne au XXI^e siècle. Santé 2020 et le plan d'action appellent à s'engager en faveur de l'amélioration de la santé et de la lutte contre les inégalités sanitaires aux niveaux pansociétal et pangouvernemental, engagement dans lequel l'amélioration de la santé imprègne toutes les activités de gouvernance pour la santé, et où le processus décisionnel est le reflet des principes fondamentaux relatifs aux droits de l'homme, à la justice sociale, à la participation, au partenariat et à la durabilité.

4. Afin d'aider à mettre au point le rapport de situation à mi-parcours sur la mise en œuvre du Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique, l'OMS a demandé que soient réalisées : des enquêtes auprès des États membres et des organisations partenaires (4) et un ensemble d'études de cas portant sur les processus d'auto-évaluation des EPHO entrepris par les États membres entre 2012 et 2015 (5). Les résultats complets de ces études sont présentés dans les documents d'information EUR/RC66/Inf.Doc./3 et EUR/RC66/Inf.Doc./4.

5. L'objectif principal de ces études était d'identifier les tendances et les évolutions en matière d'institutionnalisation de la santé publique en Europe, de recenser les facteurs de réussite, ou au contraire, les obstacles rencontrés en fonction des différents contextes, et de déterminer ensuite les solutions pour renforcer les facteurs de réussite et surmonter les obstacles.

6. Après la présentation du contexte global, qui démontre la nécessité de renforcer les services et les capacités de santé publique, le rapport de situation à mi-parcours

s'intéresse aux activités du Bureau régional dans la mise en œuvre du plan d'action. Il s'attache ensuite à présenter les résultats des études ainsi que leurs conséquences sur la poursuite de la mise en œuvre du plan d'action dans la Région.

Contexte global démontrant la nécessité de repenser, réajuster et renouveler les organismes de santé publique

7. Les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires et le diabète représentent ensemble 77 % de la charge de morbidité et près de 86 % de la mortalité prématurée dans la Région européenne. D'importantes inégalités persistent en matière de santé dans la Région, à la fois au niveau des pays et entre eux, et elles continuent même de se creuser dans certains États membres. Le financement des services de santé publique représente une faible part de l'ensemble des dépenses de santé des pouvoirs publics, et recule même dans certains pays. Pourtant, des éléments incontestables montrent que les interventions et services essentiels contre les maladies non transmissibles dans les domaines de la prévention des maladies et de la promotion de la santé sont un moyen très rentable de diminuer la charge de morbidité.

8. La couverture des interventions et services essentiels contre les maladies non transmissibles (aux niveaux de la population et des personnes) reste limitée et disparate dans de nombreux pays. En outre, les récentes urgences sanitaires comme la flambée épidémique d'Ebola en Afrique de l'Ouest, les inondations dans la Région européenne et la flambée de maladie à virus Zika dans les Amériques ont révélé d'importantes lacunes dans l'aptitude des systèmes de santé nationaux à fournir, pour l'ensemble des risques, les « principales capacités » requises au titre du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) (6) en vue de se préparer aux urgences de santé publique et d'y répondre.

9. S'il est essentiel de disposer d'un personnel de santé publique compétent pour la prestation de services efficaces, une part non négligeable des personnels de santé publique est parfois proche de la retraite ou déjà à la retraite, ce qui constitue à la fois une menace en termes d'insuffisance des effectifs, et une chance pour recentrer et restructurer ces ressources. Le réajustement des services de santé publique suppose généralement de modifier le profil des compétences du personnel et, comme un grand nombre d'emplois serait concerné, une telle entreprise constituerait un enjeu très politique dans nombre de pays.

10. Il semble qu'il existe, dans plusieurs États membres de la Région européenne, un décalage entre les priorités stratégiques de santé publique et :

- a) la répartition des ressources humaines et financières au sein des services de santé publique ;
- b) les services dispensés par les organisations de santé publique, en particulier dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies (maladies non transmissibles, santé mentale, violence et traumatismes) ;
- c) la capacité, au niveau des soins primaires, de dispenser des services primaires et secondaires adéquats de prévention des maladies et de promotion de la santé ;
- d) l'efficacité des efforts actuels pour promouvoir la résilience communautaire ainsi que l'engagement et l'autonomisation des citoyens ;

- e) l'efficacité des efforts actuels en faveur d'une action intersectorielle ;
- f) l'éventail de compétences du personnel.

Activités du Bureau régional à l'appui de la mise en œuvre du plan d'action (résolution EUR/RC62/R5)

Principaux outils et publications

11. Depuis 2012, le Bureau régional s'est notamment employé à produire des publications visant à aider les États membres dans l'élaboration stratégique de leurs politiques de renforcement des services de santé publique, notamment :

- a) un résumé d'orientation établi par le Bureau régional, l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, et l'Organisation de coopération et de développement économiques, portant sur l'intérêt économique de promouvoir la santé et d'assurer la prévention des maladies (7) ;
- b) un résumé d'orientation publié par le Bureau régional et intitulé *The case for investing in Public Health* [Les arguments en faveur d'un investissement dans la santé publique] (8) ;
- c) une étude comparative sur l'organisation et le financement des services de santé publique réalisée par le Bureau régional et l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé (9, 10) ;
- d) un résumé d'orientation établi par le Bureau régional, l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, et l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne, portant sur les besoins en personnel de santé publique en Europe (11).

12. Parallèlement, le Bureau régional a consacré des efforts considérables pour améliorer l'outil d'auto-évaluation des EPHO afin de s'assurer qu'il corresponde davantage aux spécificités et aux enjeux des systèmes de santé de la Région européenne. Le Bureau régional a publié, lors du dernier trimestre 2015, la dernière version de cet outil en anglais et en russe (12).

13. En outre, la production d'une version de cet outil pour le Web (13) a été un accomplissement important. Accessible en ligne, elle est utilisée dans le processus d'évaluation des EPHO actuellement en cours au Kirghizistan.

Assistance technique directe

14. Depuis 2012, le Bureau régional a fourni un appui à plusieurs États membres pour l'auto-évaluation des services et capacités de santé publique. Les pays suivants ont procédé à l'évaluation des EPHO, ou sont en train de le faire : Arménie, Bosnie-Herzégovine, Chypre, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Kazakhstan, Kirghizistan, Pologne, République de Moldova et Slovaquie. Pour mesurer l'impact des auto-évaluations, recenser les facteurs de réussite ou, au contraire, d'échecs, et identifier les tendances qui se dégagent des évaluations, une étude multipays a été effectuée à la demande du Bureau régional. Les résultats de cette étude (document

EUR/RC66/Inf.Doc./4) servent de complément à ce rapport présenté à la soixante-sixième session du Comité régional de septembre 2016.

15. L'assistance technique fournie par le Bureau régional visait principalement à faciliter le processus d'auto-évaluation des EPHO, par exemple en organisant conjointement des ateliers pour le lancement des activités et le suivi des progrès, ainsi que des actions de sensibilisation afin de garantir non seulement un appui de haut niveau aux processus d'évaluation, mais aussi pour s'assurer que les résultats soient pris en compte dans l'élaboration des politiques. Entre 2012 et 2015, 83 membres du personnel de l'OMS et experts internationaux ont passé 146 jours au total à participer à des missions dans les États membres ou à des événements internationaux en vue d'améliorer la mise en œuvre du plan d'action.

Synthèse des résultats des enquêtes et études de cas sur les EPHO

16. Un total de 23 États membres a répondu à l'enquête. On a observé un léger biais en faveur des États membres d'Europe centrale et orientale (14 réponses), en comparaison avec les États membres du reste de la Région (9 réponses). L'enquête réalisée auprès des organisations partenaires a, quant à elle, recueilli 18 réponses. Des études de cas portant sur l'auto-évaluation des EPHO ont été établies pour sept États membres : Chypre, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Ouzbékistan, Pologne, République de Moldova et Slovaquie.

Participation au plan d'action et niveau d'engagement politique

17. D'après les répondants à l'enquête auprès des États membres, le plan d'action a constitué une ressource importante. La Slovénie, par exemple, s'en est servi pour mettre au point la stratégie de développement de l'Institut national de santé publique (2016-2025). En se basant sur le plan d'action, la Bulgarie a élaboré son programme national de prévention des maladies non transmissibles chroniques (2014-2020). Les Pays-Bas ont, quant à eux, utilisé ce plan et les EPHO comme liste de contrôle en esquissant, à l'intention du parlement, une vision de la santé publique à la fois forte et performante. En Roumanie, le plan d'action a permis de définir les domaines prioritaires pour les activités des Fonds structurels européens pendant l'exercice financier 2014-2020. Le ministre polonais de la santé a indiqué que la législation sur la santé publique et le programme national pour la santé (2016-2020) étaient conformes au plan d'action.

18. Les répondants ont indiqué que le plan d'action a également influencé l'élaboration des plans de santé au niveau sous-national comme, par exemple, dans la région Nord du Portugal (14).

19. Interrogés sur le niveau d'engagement politique et de leadership pour renforcer les services de santé publique, 80 % des répondants à l'enquête auprès des États membres ont estimé que des actions de santé publique porteuses de progrès ont été menées, en particulier concernant le travail collaboratif intersectoriel au niveau politique, et qu'il y a eu des avancées dans l'élaboration des stratégies et des politiques de santé publique.

20. Même si la majorité des répondants ont reconnu l'utilité du plan d'action, deux tiers ne savaient pas avec certitude si une organisation en particulier dans leur pays était chargée, de superviser sa mise en œuvre, ce qui laisse présumer que le niveau d'engagement politique en faveur de l'application du plan d'action dans les États membres était relativement faible.

21. Environ la moitié des répondants ont estimé qu'une part importante des principaux acteurs de la santé publique de leur pays ne connaissait ni le plan d'action ni les EPHO, et un peu plus de la moitié a indiqué que moins de sept organisations auraient pu connaître le plan d'action du fait de discussions à ce sujet ou à d'autres occasions. Au niveau national, le plan d'action jouissait d'une faible visibilité, et la participation des organisations de santé publique à cet égard était limitée.

22. L'enquête réalisée auprès des organisations partenaires a corroboré ces éléments (visibilité relativement faible du plan d'action et niveau peu élevé de l'engagement politique envers sa mise en œuvre). Quelques répondants ont convenu que des engagements avaient été pris en Europe, mais la majorité a estimé que cela était encore insuffisant, et qu'un engagement politique approprié faisait défaut au niveau national.

23. Un déséquilibre a été noté entre, d'une part, l'engagement politique exprimé, et, d'autre part, les ressources effectivement disponibles pour renforcer les capacités et améliorer les services. Un des répondants a déploré l'absence dans le pays d'une organisation chef de file chargée de veiller à ce que le plan d'action soit amplement connu. On a constaté une certaine perte de dynamique depuis 2012 en raison d'un appui insuffisant : par exemple, aucun système de suivi et de soutien n'a été mis en place après l'adoption du plan d'action.

Principales avancées en rapport avec l'application du plan d'action dans la Région européenne

24. Les enquêtes ont révélé plusieurs avancées importantes depuis 2012, principalement dans les domaines du suivi et de l'évaluation, des politiques de santé publique et des organisations de santé publique.

25. Ainsi, les avancées les plus souvent citées dans l'enquête auprès des États membres concernaient le suivi et la riposte face aux urgences de santé publique, comme par exemple les flambées des maladies à virus Ebola et Zika. Par exemple, l'Espagne a désigné des points focaux capables de gérer les urgences de santé publique de portée internationale. La Belgique a indiqué que, suite à la crise d'Ebola, le pays avait considérablement amélioré sa préparation organisationnelle générale aux urgences sanitaires.

26. Les répondants ont cité plusieurs exemples récents d'initiatives et d'évaluations conduites depuis 2012 visant à renforcer les services de santé publique. Citons notamment le Plan stratégique croate de développement de la santé publique (2013-2015) ; la Stratégie lettone de santé publique (2014-2020) ; l'évaluation du système de suivi de la politique nationale de santé publique 2013 en Suède ; et, au Royaume-Uni, une évaluation des résultats au titre du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale (juin 2015).

27. Depuis 2012, les États membres ont adopté de nouvelles politiques de santé publique portant sur divers domaines prioritaires, dont le diabète (Malte), la tuberculose et le cancer (Turquie), le tabac (Estonie, Turquie), la consommation d'alcool (Estonie, Roumanie), la prévention de la toxicomanie (Estonie), la qualité de l'eau (Serbie) et la résistance aux antimicrobiens (Autriche). En outre, des réformes législatives ont jeté les bases d'un changement au niveau des services de santé publique. La Bulgarie, comme de nombreux autres États membres avant elle, a mis en place une interdiction totale de fumer à l'intérieur des lieux publics et une interdiction partielle à l'extérieur.

28. La création d'organismes de santé publique, ou la réforme de ceux existants, a constitué un autre progrès notable. Par exemple, l'Agence suédoise de santé publique, Public Health England, Santé publique France et le Centre letton de prévention et de contrôle des maladies ont tous été créés après 2012. Le gouvernement belge a annoncé son intention de créer un institut national pour la santé publique et le système de santé. La restructuration des organisations (par exemple, l'Institut national d'informations et de statistiques de santé en République tchèque ou les stations sanitaires et épidémiologiques en Arménie) est une autre avancée notable.

29. D'après les premières conclusions de l'étude comparative réalisée par le Bureau régional et l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé sur l'organisation des services de santé publique et leur financement (9, 10), l'organisation et la portée des services de santé publique varient fortement entre les neuf États membres couverts par l'enquête : Allemagne, Angleterre (Royaume-Uni), France, Italie, Pays-Bas, Pologne, République de Moldova, Slovaquie et Suède. Plusieurs d'entre eux ont adopté une approche descendante pour l'élaboration des programmes et pour les questions de gouvernance, tandis que d'autres ont privilégié la gouvernance locale, les réseaux et le travail intersectoriel. Ces différentes approches influencent la façon d'aborder les problématiques de santé publique.

30. L'étude comparative montre également que le degré d'implication du secteur privé dans l'élaboration des politiques et leur mise en œuvre varie, parfois au détriment de la santé publique (9, 10). Les fonds consacrés à certains programmes et services de santé publique dans les neuf États membres cités précédemment représentent un faible pourcentage des dépenses totales de santé. La contribution des services de santé publique à la lutte contre l'obésité, la consommation d'alcool et la résistance aux antimicrobiens varie considérablement entre les États membres, ces services étant d'ailleurs plus systématiquement sollicités dans ce dernier domaine. Or, même en ce qui concerne la résistance aux antimicrobiens, ils souffrent d'un manque de coordination. Les politiques sont insuffisantes, et les services de santé publique ne servent généralement qu'à collecter des données.

Facteurs de réussite favorisant la mise en œuvre du plan d'action

31. Parmi les facteurs clé de réussite, un certain nombre d'États membres ont mentionné l'utilisation de bases factuelles pour élaborer les politiques et ont cité à titre d'exemple, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

32. En ce qui concerne l'obtention d'un financement suffisant en faveur des services de santé publique, la Lituanie a présenté un exemple intéressant avec la création d'un fonds national de promotion de la santé publique. Celui-ci a été mis en place dans le but de

contribuer à la promotion de la santé et aux activités orientées sur la santé et le bien-être, à des projets de prévention, à des campagnes d'information sociale et à la recherche.

33. Le renforcement de la coopération suite aux crises a constitué un autre facteur de réussite. On peut citer notamment le renforcement de la préparation et de la planification de la riposte aux maladies transmissibles, au niveau national, qui a été nécessaire en raison d'Ebola. Un répondant clé d'Allemagne a fait remarquer que la crise des migrants allait probablement raviver l'intérêt porté aux services de santé publique dans le pays, ainsi qu'à la collaboration entre les agences de santé publique.

34. Les ministères de la Santé de plusieurs États membres ont déclaré avoir accordé la priorité aux services de promotion de la santé et de prévention des maladies, et veillé à ce qu'ils constituent une priorité politique des pouvoirs publics. Par exemple, le ministère espagnol de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité a œuvré en ce sens, et la Turquie a fait part du leadership efficace assumé par le ministère de la Santé pour que la santé publique devienne une priorité politique.

35. Le principal facteur ayant contribué au renforcement des services de santé publique depuis 2012, d'après les organisations partenaires, est la disponibilité de professionnels de la santé publique engagés et qualifiés. La réforme de la santé publique, le financement de la recherche, la collaboration interagences et intersectorielle ainsi que l'appui politique figurent parmi les autres facteurs cités à cet égard.

Obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du plan d'action

36. Les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du plan d'action peuvent être regroupés en quatre grandes catégories : les ressources, les politiques, la collaboration et les bases factuelles.

37. Concernant les ressources, les obstacles font références aux lacunes générales observées à différents niveaux des pouvoirs publics et qui empêchent de renforcer la santé publique. Plusieurs répondants ont évoqué les problématiques liées au personnel, et notamment le sous-effectif, le manque de personnel qualifié et le vieillissement des professionnels des soins de santé. Il s'est avéré que de nombreux projets et activités reçoivent en fait un financement insuffisant, notamment ceux des institutions de santé publique. Les répondants ont souligné le déséquilibre entre, d'une part, les ressources budgétaires allouées à la santé publique, et d'autre part, les besoins de ce secteur. Ils ont également fait remarquer que la crise financière mondiale a eu des répercussions sur le financement de la santé publique, mais que le risque d'apparition et de propagation de nouvelles maladies transmissibles lié aux mouvements migratoires accrus avait entraîné l'une des plus importantes hausses de dépenses. Malgré les succès rencontrés en matière de gestion des crises sanitaires (voir ci-dessus), des observations ont été formulées concernant les récentes flambées de maladie à virus Ebola et à virus Zika en cours, la survenue de ces deux maladies ayant posé des exigences sur les sources de financement d'urgence des organismes de réglementation sanitaire à travers le monde entier.

38. Les répondants ont mis en évidence un deuxième obstacle majeur, à savoir le contexte politique incertain et souvent agité observé dans de nombreux États membres, rendant difficile de réaliser et de pérenniser les changements. D'après un répondant, le poste de ministre de la Santé est le poste le plus précaire du gouvernement de son pays, six

ministres s'étant succédés depuis 2012. Les changements constants au sein d'un gouvernement viennent en fait renforcer un autre obstacle, à savoir les retards dans la mise en œuvre des réformes de santé publique. Il est particulièrement difficile d'établir une coordination intersectorielle et une collaboration interagences lorsque des changements organisationnels et de politique interviennent constamment dans les systèmes de santé. Cette instabilité est considérée à cet égard comme un obstacle constant pour l'atteinte des objectifs sanitaires.

39. Le manque de collaboration entre les divers niveaux des pouvoirs publics (national, régional et local) et entre différentes organisations a été évoqué comme troisième grand obstacle. D'après les répondants, une meilleure coopération intersectorielle en faveur de la santé est primordiale pour rester cohérent avec Santé 2020 (2) et faire face aux priorités concurrentes.

40. Le quatrième obstacle majeur concernait les bases factuelles. Les répondants ont mis en lumière l'absence de critères communs pour les bases factuelles et les données d'expérience réelle sur des questions telles que la rentabilité des mesures de prévention. Cela tend à expliquer la faible visibilité de la santé publique.

41. Beaucoup de ces obstacles ont été confirmés par les réponses reçues à l'enquête auprès des organisations partenaires. Le manque d'investissement dans les ressources humaines, la mauvaise communication, le soutien financier insuffisant, le manque de bases factuelles, l'instabilité politique et la législation insuffisante en matière de santé publique ont été les obstacles les plus souvent cités par les organisations partenaires.

Auto-évaluations des EPHO par les États membres

42. En ce qui concerne les EPHO, de véritables points forts se dégagent de l'analyse de l'auto-évaluation menée dans les sept États membres, mais également des éléments à améliorer au niveau des pays. En ce qui concerne ce dernier point, il faut parvenir à un système de surveillance de la santé publique plus intégré, réaliser des ajustements essentiels aux exigences du RSI (2005) (6), établir une meilleure coordination intersectorielle entre les services gouvernementaux chargés de la protection sanitaire, mettre davantage l'accent sur les inégalités en santé, et améliorer les soins de santé primaires et les activités de prévention des maladies non transmissibles.

43. Les auto-évaluations des EPHO révèlent d'autres priorités pour les États membres, notamment : l'élaboration d'évaluations d'impact sanitaire sur les politiques et plans nationaux, la modification du profil de compétences du personnel et l'élaboration de stratégies nationales des ressources humaines dans le secteur de la santé publique, la mise en place d'une communication et d'une mobilisation sociale stratégiques en faveur de la santé, et l'utilisation adéquate des bases factuelles en santé issues de la recherche aux fins d'élaboration des politiques et de la prestation des services. Des insuffisances dans ces domaines ont été observées systématiquement dans tous ou presque tous les rapports des sept États membres, ce qui tend à indiquer que ces problématiques pourraient être les mêmes dans une grande partie de la Région.

44. Dans les États membres où le processus d'auto-évaluation des EPHO fait l'objet d'une attention politique de haut niveau, d'importantes modifications ont été mises en

œuvre. Dans certains cas, la conception des réformes a été directement influencée par les conclusions et les recommandations émanant du processus d'auto-évaluation.

45. Le processus d'auto-évaluation des EPHO a constitué un moyen efficace pour renforcer les relations entre les acteurs majeurs de la santé publique et leur collaboration, à la fois au sein du secteur de la santé et dans d'autres secteurs. Toutefois, il nécessite de déployer des efforts considérables et certains États membres ont indiqué qu'un appui plus important était nécessaire pour la planification et la conduite du processus.

Soutien apporté par le Bureau régional

46. Les répondants à l'enquête menée auprès des États membres ont largement reconnu l'appui fourni par le Bureau régional concernant la mise en œuvre du plan d'action. Ils ont souligné six domaines dans lesquels le Bureau régional a fourni un soutien technique aux États membres : élaboration des politiques, formulation des stratégies, accords de collaboration, facilitation de la recherche, fourniture de bases factuelles et réforme de la santé publique. L'impact du travail du Bureau régional a été reconnu en lien avec le RSI (2005) (6) et la Convention-cadre pour la lutte antitabac (15). La Pologne a également salué le rôle du Bureau régional par rapport à sa loi sur la santé publique et son programme national pour la santé (2016-2020).

47. D'après les répondants, l'OMS pourrait, à l'avenir, appuyer les États membres dans plusieurs domaines relatifs au renforcement de la santé publique : disponibilité de ressources pour renforcer les services de santé publique, collaboration, échange de bonnes pratiques, recherche, développement des compétences, création d'outils tels que l'outil d'auto-évaluation des EPHO, et enfin, obtention d'un appui politique. Un répondant clé a fait remarquer que le Bureau régional doit poursuivre sa coopération et ses activités de suivi à long terme. Il a par ailleurs rappelé le manque de soutien financier apporté aux activités relatives aux EPHO et l'absence de suivi. En conséquence, l'importance et l'intérêt portés au plan d'action ont diminué. Les services de santé publique étant de plus en plus sous-financés dans de nombreux États membres, la possibilité d'agir s'en trouve réduite. Le Bureau régional n'est pas en mesure de compenser ce manque de ressources. Un autre répondant a évoqué l'écart entre la haute estime qui est portée au Bureau régional et son impact concret sur le terrain. Le Bureau régional devrait envisager une décentralisation au niveau des pays, en déployant du personnel de haut niveau dans certains États membres et en appuyant plus activement les réseaux nationaux.

48. Il a été suggéré de renforcer les efforts de collaboration dans la Région européenne car les organisations ont tendance à travailler de manière isolée. Cette proposition a obtenu un vaste soutien. Les répondants ont indiqué que travailler de cette manière faciliterait la diffusion de connaissances, le renforcement des capacités ainsi que l'échange de données d'expérience et d'enseignements tirés. Par exemple, accroître la coopération et l'alignement stratégique entre le Bureau régional et l'Union européenne pourrait augmenter les chances d'obtenir un appui financier et politique pour renforcer les capacités de santé publique et utiliser plus efficacement les ressources disponibles. Un répondant clé, favorable à ces initiatives, a ajouté que l'engagement en faveur du plan d'action pourrait être amélioré si le rôle de coordination était assuré par roulement entre les États membres. Les pays en charge de la coordination pourraient être amenés à fusionner les ressources et à améliorer la coopération entre les États membres et les

organisations. Il a été proposé que les services de santé publique coopèrent étroitement avec les autres secteurs en période de difficultés financières et lorsque les ressources viennent généralement à manquer.

49. Il a été suggéré que le suivi de la mise en œuvre des stratégies pangouvernementales liées à la santé, au bien-être, à l'équité sociale et à la durabilité environnementale pourrait constituer un moyen efficace de renforcer les services de santé publique. Le Royaume-Uni a donné l'exemple de la loi galloise de 2015 en faveur du bien-être des générations futures (Well-being of Future Generations Act) (16).

50. D'une manière générale, les répondants consultés lors des études de cas sur l'auto-évaluation des EPHO ont émis des commentaires très positifs sur les travaux du Bureau régional – en particulier, la collaboration en cours avec les bureaux de pays – et étaient désireux de renforcer la collaboration existante et de forger de nouveaux partenariats. Plusieurs propositions et requêtes ont émané des principaux répondants et des études de cas (voir l'encadré 1).

Conclusions et conséquences

51. Il ressort avant tout que le potentiel du plan d'action reste largement inexploité. Certains éléments indiquent que sa visibilité est insuffisante dans de nombreux États membres, tout comme le niveau d'engagement politique en faveur de sa mise en œuvre.

52. Néanmoins, les réponses à l'enquête montrent qu'il a généralement reçu un accueil favorable de la part des États membres, et qu'il s'est avéré utile pour les pays cherchant à promouvoir et à développer la santé publique, et pour les organisations chargées de dispenser les services de santé publique.

53. Pour que le plan d'action atteigne les objectifs escomptés, la priorité doit être de mieux le faire connaître et de mieux montrer sa pertinence à long terme pour relever les défis en matière de santé publique. Cela implique un leadership politique à tous les niveaux des pouvoirs publics. La volonté politique n'est pas un problème nouveau mais son absence est probablement le facteur principal expliquant pourquoi le plan d'action n'a pas été aussi efficace qu'il aurait pu (ou aurait dû) l'être.

54. Pour résoudre ce problème, les États membres pourraient envisager de charger des organisations nationales d'élaborer un plan d'action national et de leur en confier la supervision, la coordination et le suivi de la mise en œuvre. De même, ils pourraient renforcer leurs activités de suivi et de coordination pour l'exécution du plan d'action.

55. Il existe un autre obstacle qui empêche d'exploiter pleinement le potentiel du plan d'action : les ressources limitées disponibles, tant financières qu'humaines, pour la santé publique dans de nombreux États membres. Il arrive ainsi bien souvent que les personnels de santé publique soient en nombre insuffisant et ne réunissent pas l'éventail de compétences nécessaire.

Encadré 1. Soutien du Bureau régional : propositions**Fournir des documents d'appui pour la version actuelle de l'outil d'auto-évaluation des EPHO :**

- un glossaire contenant les principaux termes ;
- des orientations supplémentaires sur la façon d'organiser l'évaluation, en particulier pour obtenir une participation optimale des intervenants et effectuer des exercices d'établissement des priorités ;
- un modèle standard pour les rapports d'auto-évaluation, comprenant notamment des sections relatives aux recommandations transversales prioritaires et à celles propres aux EPHO.

Examiner les améliorations susceptibles d'être apportées à l'outil d'auto-évaluation des EPHO, par exemple :

- la mise au point d'un outil souple, disponible en ligne, qui soit aligné sur les concepts de la santé publique et tienne compte des différents contextes et structures organisationnels ;
- la production d'une série rationalisée d'EPHO : par exemple, certaines sous-opérations relevant des EPHO 1 et 2 (informations exploitables (intelligence)) et 6 à 10 (catalyseurs) pourraient être mises en place au niveau du système de santé ou dans certains programmes verticaux.

Fournir une assistance technique pendant l'auto-évaluation des EPHO, par exemple :

- une préparation adéquate pour l'évaluation (convenir des objectifs avec les partenaires nationaux, gérer les attentes concernant les ressources nécessaires) ;
- une formation professionnelle et un soutien pour les experts nationaux concernant la conduite des auto-évaluations et la participation à celles-ci ;
- un appui pour générer des ressources humaines et logistiques permettant de mener l'auto-évaluation, notamment par le financement direct, des subventions ou des contrats temporaires pour les experts nationaux.

Adapter et réaligner le plan d'action pour se concentrer sur :

- la sensibilisation régionale en vue de renforcer les principales capacités des systèmes de santé à se préparer aux défis de santé publique et à y répondre, en particulier pour les maladies non transmissibles et les urgences de santé publique (conformément au Règlement sanitaire international (2005)) ;
- des lignes directrices opérationnelles sur l'intégration d'une approche pangouvernementale et pansociétale pour agir sur les inégalités sanitaires et les déterminants sociaux de la santé ;
- un soutien politique aux principaux ajustements, notamment l'augmentation du budget affecté aux principales interventions et aux principaux services pour les maladies non transmissibles dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

Améliorer la sensibilisation et l'orientation aux niveaux national et régional :

- en promouvant la santé publique auprès des responsables nationaux et en renforçant la visibilité de celle-ci, grâce aux activités de sensibilisation du Bureau régional ;
- en fournissant des outils aux ministères de la Santé et aux autres autorités sanitaires pour démontrer l'utilité des services de santé publique, par exemple au moyen d'études sur le rapport coût/efficacité ;
- en fournissant des orientations et un appui spécifiques pour la création de mécanismes de gouvernance intersectoriels, ainsi que pour d'autres priorités nationales à mesure qu'elles apparaissent.

56. L'outil d'auto-évaluation des EPHO (12) a reçu un accueil favorable dans les sept États membres faisant l'objet de l'étude de cas. Selon eux, le suivi de la performance des organisations de santé publique s'avère nécessaire, et l'outil les incite à apporter des améliorations à ce niveau.

57. En ce qui concerne l'utilité des EPHO pour les politiques et la pratique, les questions essentielles soulevées à cet égard renvoient à celles portant sur le plan d'action en général. Les responsables et les dirigeants doivent s'engager dans ce sens. Ils doivent être préparés et capables d'agir sur la base des résultats de l'outil d'auto-évaluation des EPHO. Lorsque de telles conditions sont réunies, l'importance de l'outil ne fait aucun doute.

58. Un autre élément important est l'appropriation du processus d'auto-évaluation des EPHO par tous les secteurs concernés, et pas seulement par ceux relevant des pouvoirs publics. Cet aspect est lié à l'importance du concept de la Santé dans toutes les politiques dans les États membres, et à la nécessité de mieux comprendre comment intégrer la santé aux programmes des autres secteurs tels que l'éducation, le logement, les transports et la planification régionale.

59. Bien que les efforts consentis par le Bureau régional pour offrir un appui technique aient été reconnus et bien accueillis par les répondants aux enquêtes et les répondants clés ayant participé à l'élaboration des études de cas, l'avis général était que davantage peut et doit être fait.

60. Le Bureau régional doit en particulier fournir un appui à plus long terme aux États membres pour les aider à réaliser les changements nécessaires mis en évidence par le processus d'auto-évaluation des EPHO et les plans d'action connexes. Sans cet engagement de la part du Bureau régional, il semble que le plan d'action ne sera pas suffisamment pris au sérieux. Cela soulève également la question de la crédibilité du plan d'action et du Bureau régional lui-même. Proposer plus que ce qui peut sensément être réalisé risque de susciter des attentes qui ne pourront être comblées. C'est pour cette raison que les États membres apprécieraient que le Bureau régional, dans le cadre de son engagement envers Santé 2020, mette en œuvre le plan d'action de manière résolue et coordonnée.

61. Les ressources étant limitées au niveau des pays comme au Bureau régional, il pourrait être intéressant que ce dernier joue un rôle de centre d'échange ou de catalyseur, afin de créer une communauté de pratique et d'encourager l'apprentissage dans tous les États membres, en s'inspirant des activités fructueuses et en évitant de reproduire celles qui n'ont pas fonctionné, tout en s'appuyant sur les enseignements tirés dans chaque cas. Agir comme « courtier d'informations » dans ces discussions pourrait permettre de trouver rapidement des solutions aux problèmes rencontrés par l'ensemble des États membres.

62. Il pourrait également être utile de fusionner, au sein du Bureau régional, les initiatives apparentées. Par exemple, les actions menées pour renforcer le leadership et les autres compétences visant à faire avancer le programme de la santé dans toutes les politiques, suite à la publication du manuel de formation dans ce domaine (17), sont directement liées au plan d'action et au cadre politique général défini par Santé 2020. De même, une grande partie des travaux d'EVIPNet Europe (Réseau européen pour des

politiques inspirées de bases factuelles) pour renforcer l'élaboration de politiques inspirées de bases factuelles peut être considérée comme une réponse directe aux demandes formulées à cet égard, présentée de manière à être accessible facilement et en temps utile par les décideurs. Bien que le Bureau régional ait contribué à fournir des bases factuelles sur des interventions rentables d'amélioration de la santé publique, les répondants aux enquêtes suggèrent que des efforts supplémentaires seraient nécessaires pour diffuser efficacement cette information et mobiliser les acteurs les mieux placés pour s'en servir.

63. Les conclusions relatives au contexte général et à la nécessité d'apporter des changements restent valables aujourd'hui comme au moment de l'adoption de Santé 2020 (2) et du Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique (1). Un effort concerté est indispensable, au nom des États membres, afin de faire évoluer les organisations de santé publique et les systèmes plus larges dans lesquels elles s'inscrivent, le but étant de :

- a) renforcer les capacités analytiques, techniques et politiques en vue d'appuyer les approches pansociétales en matière de santé et d'équité en santé, aux niveaux national et sous-national ;
- b) renforcer la santé publique au niveau de la communauté et donner aux citoyens les moyens d'agir ;
- c) renforcer les capacités en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies afin d'offrir aux populations et aux personnes une meilleure couverture des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles, en ciblant les organisations et services concernés ;
- d) renforcer davantage les principales capacités ainsi que les capacités de riposte aux flambées et aux urgences requises pour l'application du RSI (2005) ;
- e) réduire la fragmentation et améliorer la coordination et la coopération intersectorielle afin d'améliorer l'efficacité de la prestation des services.

64. Les programmes et divisions du Bureau régional de l'Europe doivent continuer à redoubler d'efforts pour collaborer et coordonner leurs activités. Une action concertée est nécessaire afin d'aider les États membres à :

- a) obtenir un appui politique en faveur des changements et élaborer un mandat de santé publique, grâce à :
 - des efforts ciblés de sensibilisation aux niveaux des ministères et des chefs de gouvernement ;
 - des efforts en vue de parvenir à un consensus au niveau technique ;
- b) intégrer pleinement le mandat en faveur du changement, notamment en participant à l'élaboration de la législation de santé publique, des politiques de santé et des politiques de développement nationales ;
- c) gérer le processus de changement et mettre en œuvre avec succès les réformes, par exemple grâce à une formation au leadership ;

- d) renforcer les capacités en matière de gouvernance dans les États membres, par exemple grâce à l'échange de données d'expérience sur les modèles organisationnels et les ressources requises en faveur de la gouvernance en santé, sur les plans nationaux et sous-nationaux ;
- e) allouer les ressources humaines et financières adéquates aux services de santé publique, lesquels correspondent aux priorités stratégiques en matière de politique sanitaire ;
- f) renforcer les personnels de santé publique.

65. Les organisations partenaires, telles que l'Association des écoles de santé publique de la Région européenne, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, la Commission européenne, EuroHealthNet, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, l'Alliance européenne pour la santé publique, l'Association européenne de santé publique, le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de la santé, et divers centres collaborateurs de l'OMS ont tous joué un rôle catalyseur, et ces efforts de collaboration doivent être systématisés et intensifiés afin de faire progresser la mise en œuvre du plan d'action dans la Région européenne.

Références¹

1. Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (EUR/RC62/12 Rev. 1 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc6212-rev.1-european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>).
2. Santé 2020 : la politique européenne de la santé et du bien-être [site Web]. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2016 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>).
3. Sustainable development knowledge platform [website]. New York: United Nations; 2016 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>).
4. Hunter DJ, Connor N. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services interim review: a thematic analysis of the Member States and partner organizations surveys. Durham: Durham University; 2016.
5. Harris M, Ruseva M, Mircheva D, Lazarov P, Ivanova T, Martin-Moreno JM. EPHO assessments in the European Region, 2007–2015: experiences and lessons from seven Member States. Valencia: University of Valencia; 2016.

¹ Toutes les références ont été consultées le 20 juillet 2016 (en anglais) et le 3 août 2016 (en français).

6. Règlement sanitaire international (2005). Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/fr/>).
7. Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; 2013 (Policy Summary 6; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/promoting-health,-preventing-disease-is-there-an-economic-case>).
8. The case for investing in public health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2015/the-case-for-investing-in-public-health>).
9. Rechel B, Nolte E, Jakubowski E, Kluge H et al. Organizing and financing public health services in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; in press.
10. Rechel B, Nolte E, Jakubowski E, Kluge H et al. Organizing and financing public health services in the European Region: country case studies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; in press.
11. Bjegovic-Mikanovic V, Czabanowska K, Flahault A, Otok R, Shortell S, Wisbaum W et al. Addressing needs in the public health workforce in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014 (Policy Summary 10; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/addressing-needs-in-the-public-health-workforce-in-europe>).
12. Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/self-assessment-tool-for-the-evaluation-of-essential-public-health-operations-in-the-who-european-region-2015>).
13. Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region [online version]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://epho.euro.who.int>).
14. Portugal's Northern Region Population Health Plan 2014–2016. The path to better health. Oporto: Northern Region Health Authority; 2014 (http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Planeamento/Portugals_Northern_Region_PopHealth_Plan.pdf).

15. FCTC. La Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (<http://www.who.int/fctc/fr>).
16. Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015. Cardiff: Welsh Government; 2015 (<http://gov.wales/topics/people-and-communities/people/future-generations-act/?lang=en>).
17. Health in all policies training manual. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/).

= = =