



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe
Soixante-deuxième session

Malte, 10-13 septembre 2012



Cadre politique et stratégie Santé 2020





BUREAU RÉGIONAL DE L'

Organisation
mondiale de la Santé

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-deuxième session

Malte, 10-13 septembre 2012

Point 5 a) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC62/8
+ EUR/RC62/Conf.Doc./8

27 juillet 2012

121360

ORIGINAL : ANGLAIS

Cadre politique et stratégie Santé 2020

Le présent document, projet final du cadre politique et de la stratégie **Santé 2020**, est soumis au Comité régional de l'OMS pour l'Europe pour examen lors de sa soixante-deuxième session. Il contient l'analyse contextuelle et les principales stratégies et interventions efficaces, ainsi que les bases factuelles nécessaires et les détails des capacités requises pour mettre en œuvre le cadre politique **Santé 2020**.

Ce projet final du cadre politique et de la stratégie **Santé 2020** a été parfaitement harmonisé avec le document **Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être**, dont il constitue un complément. Il a été rédigé dans le cadre d'un processus pleinement participatif avec les États membres et tout un ensemble d'autres parties intéressées dans toute la Région européenne. Les projets précédents ont été passés en revue et débattus lors de plusieurs réunions du Forum européen sur la politique de santé pour hauts responsables de gouvernement et du Comité permanent du Comité régional (CPCR). En particulier, ce projet final incorpore des révisions examinées lors de la quatrième session du dix-neuvième CPCR, organisée les 19 et 20 mai 2012 à Genève. Le projet s'inspire également d'un processus complet de consultation écrite et d'un très grand nombre d'autres observations et commentaires informels.

La directrice régionale pour l'Europe et le Bureau régional souhaitent remercier tous les États membres et autres intervenants qui ont participé à l'élaboration de ce cadre politique. Ce document a été grandement amélioré grâce au temps et au dévouement qu'ils ont prodigués si généreusement.

L'intention est de faire de ce document un document vivant, diffusé largement au moyen des technologies modernes de l'information (dont des outils de navigation et des liens vers des sites Web clés reprenant des bases factuelles ou des informations utiles) et susceptible d'être amélioré et modifié en permanence, au fur et à mesure que les circonstances, les connaissances et les capacités technologiques évoluent.

Il est demandé au Comité régional d'examiner le cadre politique et la stratégie **Santé 2020**, de reconnaître son utilité comme auxiliaire à la mise en œuvre de la politique-cadre européenne **Santé 2020** et d'encourager son utilisation de cette manière par les États membres et d'autres acteurs en fonction des circonstances et priorités locales.

Sommaire

	page
Un cadre politique européen pour le XXI^e siècle.....	1
Santé 2020 – Introduction	1
Santé 2020 reconnaît la diversité des pays de la Région	1
La santé constitue une ressource et un atout majeurs pour la société	1
Ce qui permet aux sociétés de prospérer et de s'épanouir peut aussi favoriser la bonne santé des gens.....	1
Les performances en matière de santé et en matière d'économie sont liées.....	2
De solides valeurs fondamentales : atteindre le niveau de santé le plus élevé possible.....	2
Un argument social et économique solide en faveur de l'action	2
Des avantages réels et de nouvelles opportunités	3
Les coûts peuvent être maîtrisés en exploitant les ressources avec efficacité dans le domaine de la santé.....	3
À l'heure de la mondialisation, il est de plus en plus indispensable que les pays œuvrent de concert pour résoudre nombre de leurs principales difficultés sur le plan sanitaire	3
La santé en tant que droit fondamental de l'être humain	3
Un niveau de santé qui permet une vie socialement et économiquement productive	3
Réexaminer et remanier les politiques	4
Développement durable – établir des liens entre les aspects sociaux, environnementaux et économiques ; lutter contre le manque d'équité.....	4
1^{ère} partie Santé 2020 : Réitérer l'engagement en faveur de la santé et du bien-être – le contexte et les forces motrices	7
Atteindre le plus grand nombre : pourquoi la santé est importante pour l'ensemble de la société et l'ensemble des ministères	9
La vision, les buts, les objectifs stratégiques et les priorités de Santé 2020	9
La santé et le bien-être – un état de l'individu et une ressource de la communauté.....	10
Le bien-être	11
Les valeurs qui sous-tendent Santé 2020	12
Équité en santé	14
Des interventions conjointes	14
Les nouvelles forces motrices, la démographie et l'épidémiologie, et les raisons sociales, technologiques et économiques qui motivent une intervention	15
Les nouvelles forces motrices en matière de santé : tendances, possibilités et risques	15
L'expérience comme point de départ.....	17
La situation démographique et épidémiologique actuelle dans la Région européenne.....	18
Les déterminants de la santé et le manque d'équité en santé.....	18
Les progrès technologiques dans les soins de santé.....	22
La macroéconomie de la santé et du bien-être	25
La crise économique récente.....	29
Problèmes pernicioseux et pensée systémique	32
2^e partie Santé 2020 : Appliquer des stratégies efficaces fondées sur des bases factuelles ; principales parties prenantes	33
Introduction	35
« Cibles ».....	35
Gérer les déterminants de la santé dans leur interaction	37
Améliorer la santé pour tous et réduire les inégalités de santé.....	38
S'inspirer des bases factuelles – une démarche d'apprentissage en mode intégré	42

Intégrer de nouvelles réflexions issues des sciences du comportement social et du marketing social stratégique	42
La gouvernance pour la santé au XXI ^e siècle	42
Améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé.....	42
Gouvernance de la santé	44
Une gouvernance intelligente.....	44
Œuvrer ensemble aux priorités communes pour la santé.....	46
Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et autonomiser les populations	47
Des femmes, des mères et des enfants en bonne santé	47
Des enfants et des adolescents en bonne santé.....	49
Des adultes en bonne santé	52
Des personnes âgées en bonne santé.....	55
Vulnérabilité, groupes vulnérables et santé	58
Interventions tout au long de la vie pour remédier aux inéquités en santé et à leurs déterminants sociaux.....	62
Les voix et l'habilitation des personnes et des patients	64
Faire face aux principales charges de morbidité dans la Région européenne	66
Les maladies non transmissibles	66
Santé mentale	72
Traumatismes et violence.....	74
Maladies transmissibles	75
Stratégies visant à remédier aux inéquités en santé et à leurs déterminants sociaux pour les principales maladies.....	85
Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise.....	86
Systèmes de santé	86
Services de santé publique	90
Pour chaque service de santé, une amélioration de l'accès et de la qualité	92
Générer des ressources de qualité pour les systèmes de santé	96
La sécurité sanitaire, le Règlement sanitaire international, la préparation aux situations d'urgence et les interventions en cas d'urgences de santé publique	102
Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien	105
L'environnement matériel.....	105
Développement durable	110
L'environnement urbain.....	112
Le leadership local pour la santé et le bien-être et le rôle des maires et dirigeants municipaux.....	114
L'environnement social : les déterminants sociaux de la santé et les atouts pour la santé.	115
3^e partie Santé 2020 : Amélioration de la mise en œuvre – impératifs, voies à suivre et apprentissage continu	119
Introduction.....	121
Réalisation – les principaux obstacles auxquels sont confrontés les responsables politiques... ..	121
Leadership, avec renforcement du rôle des ministres de la Santé et du secteur de la santé	122
Élaboration, mise en œuvre et évaluation des politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux et sous-nationaux avec le concours de différents secteurs	123
Apport de valeur ajoutée par les partenariats et les partenaires pour la santé.....	125
Instauration d'une responsabilité pansociétale et pangouvernementale pour l'action sanitaire	128

Les capacités de gouvernance pour la santé : approche pansociétale, approche pangouvernementale et santé dans toutes les politiques – l’angle de vue de la gouvernance	128
Incidence des politiques sur le bon usage des structures de gouvernance intersectorielle.	131
Les capacités d’action sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire – l’angle de vue de l’équité	133
Soutien à l’évaluation et au renforcement de la capacité globale de gouvernance pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire	135
Nouvelles demandes d’aide technique de la part des pays et réponse de l’OMS à ces demandes	136
Renforcement des capacités en vue d’améliorer les performances des politiques et de la gouvernance en termes d’action sur les déterminants sociaux de la santé et le manque d’équité en santé	137
Suivi, évaluation et définition de priorités pour la recherche en santé publique	138
La santé à la croisée des enjeux du XXIe siècle	139
Renforcement du rôle de l’OMS	140
Perspectives d’avenir	141
Références	143

Un cadre politique européen pour le XXI^e siècle

Santé 2020 – Introduction

1. Les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS ont convenu d'un nouveau cadre politique commun – **Santé 2020**.
2. Leurs objectifs communs sont :
... d'améliorer de manière significative la santé et le bien-être des populations, de réduire les inégalités de santé, de renforcer la santé publique et de mettre en place des systèmes de santé universels, équitables, durables, de qualité et axés sur la personne.

Santé 2020 reconnaît la diversité des pays de la Région

3. **Santé 2020** se veut accessible à un public à la fois important et varié, tant au sein qu'à l'extérieur des instances gouvernementales, en lui fournissant une inspiration et des orientations sur la manière de mieux relever les défis sanitaires complexes du XXI^e siècle. Ce nouveau cadre politique (stratégie) distingue deux orientations stratégiques clés, avec quatre domaines prioritaires d'action politique. Il s'inspire des expériences glanées lors de la mise en œuvre des précédentes politiques de la Santé pour tous afin d'orienter à la fois les États membres et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Il accompagne le document **Santé 2020** – un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être.¹

La santé constitue une ressource et un atout majeurs pour la société

4. La bonne santé profite à l'ensemble des secteurs et de la société, ce qui en fait une ressource précieuse. La santé et le bien-être sont essentiels au développement économique et social, et revêtent une importance vitale pour chaque individu, chaque famille et chaque communauté. En effet, une santé précaire se traduit par une perte de potentiel, cause le désespoir et accapare les ressources de tous les secteurs. En permettant aux populations d'exercer un contrôle sur leur santé et sur les déterminants de celle-ci, on bâtit des communautés et on améliore leur santé. Sans la participation active des individus, de nombreuses occasions de promouvoir et de protéger la santé ne peuvent se concrétiser. Ceci suppose de mettre en place des modèles de travail en collaboration, fondés sur des priorités partagées avec d'autres secteurs (p. ex. performances en matière d'éducation, inclusion et cohésion sociales, égalité entre les sexes, lutte contre la pauvreté, et résilience et bien-être des communautés). Agir sur les déterminants de la santé qui représentent des résultats pour ces secteurs procure à la société des bienfaits plus importants, avec les avantages économiques correspondants.

Ce qui permet aux sociétés de prospérer et de s'épanouir peut aussi favoriser la bonne santé des gens

5. Les politiques qui reconnaissent ce fait ont plus d'impact. L'accès équitable à l'instruction, à un emploi de qualité, à un logement et à un revenu décents favorise la bonne santé. La santé

¹ Document EUR/RC62/9

contribue à une productivité accrue, à une main-d'œuvre plus efficace, au vieillissement en meilleure santé et à une baisse des dépenses consenties aux soins et à la protection sociale. La meilleure façon de garantir la santé et le bien-être des populations est de mener une action pangouvernementale sur les déterminants sociaux et personnels de la santé. La bonne santé peut en effet soutenir la relance et le développement économiques.

Les performances en matière de santé et en matière d'économie sont liées

6. Dans toute la Région européenne de l'OMS, la situation sanitaire s'est grandement améliorée au cours de ces dernières décennies, mais pas de manière équitable partout et pour tout le monde. Beaucoup de populations et de régions sont à la traîne et, dans de nombreux cas, alors que les économies vont mal, les inégalités de santé s'accroissent entre les pays et dans chacun d'eux. Des groupes tels que les Roms et certaines communautés migrantes souffrent de manière disproportionnée. Si elle n'est pas gérée correctement, l'évolution du tableau de la morbidité, de la démographie et de la migration peut gravement hypothéquer les progrès en matière de santé et de bien-être. Le développement exponentiel des maladies chroniques et des troubles mentaux, un manque de cohésion sociale, les menaces environnementales et l'incertitude financière rendent encore plus difficile l'amélioration de la santé, et mettent en péril la pérennité des systèmes de santé et de protection sociale. Des réactions déterminées et innovatrices sont requises.

De solides valeurs fondamentales : atteindre le niveau de santé le plus élevé possible

7. **Santé 2020** repose sur les valeurs inscrites dans la Constitution de l'OMS : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain » (1). Les pays de la Région reconnaissent le droit à la santé et se sont engagés envers les valeurs de référence régissant l'organisation et le financement de leur système de santé, à savoir l'universalité, la solidarité et l'accès équitable. Leur objectif est d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible, quels que soient l'appartenance ethnique, le sexe, l'âge, le statut social ou la capacité financière. Ils incluent également des principes tels que l'équité et la durabilité, la qualité, la transparence et la responsabilisation, le droit de participer au processus décisionnel et la dignité.

Un argument social et économique solide en faveur de l'action

8. Le défi posé aux pouvoirs publics par les dépenses de santé n'a jamais été aussi important. Dans bon nombre de pays, la part des budgets publics consacrée à la santé est considérable, et les coûts des soins de santé ont progressé plus rapidement que le revenu national. Néanmoins, dans beaucoup de pays, des données mettent en évidence un manque de corrélation entre les dépenses de santé et les résultats obtenus dans le domaine sanitaire. Beaucoup de systèmes ne parviennent pas à maîtriser les coûts, tandis que des pressions financières sur la santé et les systèmes de protection sociale gênent encore plus l'équilibre en matière de santé. Les coûts sont déterminés dans la majorité des cas par l'offre, comme les nouveaux traitements et les nouvelles technologies, et les populations s'attendent de plus en plus à être protégées des risques sanitaires et d'accéder à des soins de santé de qualité supérieure. Toute réforme de ces systèmes se heurte à des intérêts économiques et politiques très bien établis, ainsi qu'à une opposition sociale et culturelle. Les ministres de la Santé ne peuvent relever ces défis seuls.

Des avantages réels et de nouvelles opportunités

9. Si des stratégies efficaces sont adoptées, des bienfaits sanitaires réels sont possibles à un coût abordable et dans les limites des ressources disponibles. Une somme croissante d'informations factuelles sur l'aspect économique de la prévention des maladies montre comment les coûts de santé peuvent être maîtrisés – mais seulement si les mesures prises tentent de corriger les inégalités de part et d'autre du gradient social et soutiennent les populations les plus vulnérables. À l'heure actuelle, les gouvernements ne consacrent qu'une part minime des budgets de la santé à la prévention des maladies – quelque 3 % dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) – et ils ne tentent pas systématiquement de corriger les inégalités. Dans beaucoup de pays, les budgets et politiques de secteurs autres que la santé sont actuellement dépourvus d'une orientation sur la santé ou sur l'équité. Par ailleurs, les progrès sociaux et technologiques ouvrent de nouvelles et importantes possibilités d'améliorer certains aspects sanitaires – notamment dans le domaine de l'information, de la communication et des médias sociaux.

Les coûts peuvent être maîtrisés en exploitant les ressources avec efficacité dans le domaine de la santé

10. Les systèmes de santé européens doivent en même temps améliorer leurs performances et relever de nouveaux défis. En réorganisant les services et les responsabilités, en repensant les incitants et les structures de paiement, et en étant attentifs au rendement des investissements, on peut en obtenir plus pour la même somme. Les systèmes de santé, tout comme les autres secteurs, doivent s'adapter et évoluer. Les déclarations de politique sanitaire de certaines organisations comme l'Union européenne (UE) et l'OCDE ont réaffirmé ce principe.

À l'heure de la mondialisation, il est de plus en plus indispensable que les pays œuvrent de concert pour résoudre nombre de leurs principales difficultés sur le plan sanitaire

11. Cela nécessite de collaborer par-delà les frontières. Un grand nombre d'accords internationaux, tels que le Règlement sanitaire international, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ou la Déclaration de Doha sur la propriété intellectuelle et la santé publique mettent en exergue cette nécessité.

La santé en tant que droit fondamental de l'être humain

12. Le droit à la santé a été proclamé pour la première fois en 1948 dans le préambule de la Constitution de l'OMS (1) puis, au cours de la même année, dans l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (2). En 1976, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (3) est entré en vigueur, réaffirmant dans son article 12 le droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé qu'elle soit capable d'atteindre, en vertu de la législation internationale.

Un niveau de santé qui permet une vie socialement et économiquement productive

13. En mai 1977, les États membres de l'OMS ont déterminé que le principal objectif social pour les gouvernements et pour l'OMS devrait être qu'avant l'an 2000, tous les citoyens du monde aient atteint « un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive » (4). Cette déclaration a été suivie en 1978 de la Déclaration

d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (5). Dans le cadre de ce mouvement mondial, les États membres de la Région européenne de l'OMS, lors de la trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe tenue à Fez (Maroc) en septembre 1980, ont approuvé leur première politique commune de la santé : la Stratégie européenne pour la réalisation de la Santé pour tous.

14. En mai 1981, lors de la Trente-quatrième Assemblée mondiale de la santé, les États membres de l'OMS ont adopté cet objectif dans le cadre de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous (6), qui mettait l'accent sur la réalisation, par les sociétés, du meilleur état de santé possible comme droit fondamental de la personne humaine et sur l'importance du respect de principes éthiques dans l'élaboration des politiques sanitaires, la recherche en santé et la prestation de services.

15. En 1998, l'Assemblée mondiale de la santé a proclamé dans sa Déclaration mondiale sur la santé (7) :

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.

Réexaminer et remanier les politiques

16. Ces engagements pris à l'échelle mondiale et régionale en faveur du droit à la santé relèvent d'un noble idéal. Afin de relever efficacement les défis actuels et de profiter des nouvelles opportunités, le moment est venu de réaliser un nouvel examen complet et essentiel des mécanismes actuels de la gouvernance pour la santé, de la politique de la santé, des structures de la santé publique et de la prestation des soins de santé. Le moment est venu de rénover la politique européenne de la santé et de s'intéresser au droit à la santé de la personne humaine dans le contexte des connaissances actuelles et des avancées pouvant être réalisées en termes de promotion et de préservation de la santé. Dans la mesure du possible, tout le monde devrait pouvoir profiter de ces avantages. L'obtention de ceux-ci nécessitera un leadership et une gouvernance pour la santé à la fois nouveaux et radicalement différents.

Développement durable – établir des liens entre les aspects sociaux, environnementaux et économiques ; lutter contre le manque d'équité

17. La génération actuelle ne doit pas mettre en péril l'environnement des générations futures, et il s'agit là d'un principe fondamental du développement durable. C'est vrai pour la santé comme cela l'est pour d'autres secteurs. Les inégalités sociales et économiques transmises aux autres générations aboutissent à la persistance injustifiable des inégalités de santé. L'amélioration de l'équité en santé, prenant également en compte le manque d'équité entre les générations et la transmission de celui-ci, est au centre des objectifs de **Santé 2020**. Les stratégies de l'équité en santé et du développement durable doivent converger et prendre en considération les liens existant entre, d'une part, les contextes sociaux, environnementaux et économiques et, d'autre part, l'équité intergénérationnelle.

18. Ces principes transparaissent dans la Déclaration politique de Rio (8) sur les déterminants sociaux de la santé de 2011, en ces termes :

Nous réaffirmons que les inégalités en matière de santé dans chaque pays et entre les pays sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables, mais aussi le plus souvent injustes et évitables, et que la promotion de l'équité en santé est essentielle au développement durable, à

une meilleure qualité de vie et au bien-être de tous, facteurs qui contribuent à la paix et à la sécurité.

19. Le reste de ce document est organisé en trois parties.

- 1^{ère} partie. **Santé 2020** : Réitérer l'engagement en faveur de la santé et du bien-être – le contexte et les forces motrices
- 2^e partie. **Santé 2020** : Appliquer des stratégies efficaces fondées sur des bases factuelles ; principales parties prenantes
- 3^e partie. **Santé 2020** : Amélioration de la mise en œuvre – impératifs, voies à suivre et apprentissage continu

1^{ère} partie

Santé 2020 :

Réitérer l'engagement en faveur de la santé et du bien-être – le contexte et les forces motrices

Atteindre le plus grand nombre : pourquoi la santé est importante pour l'ensemble de la société et l'ensemble des ministères

20. La 1^{ère} partie détaille les buts que **Santé 2020** entend atteindre, en dépeignant le contexte d'aujourd'hui avec les déterminants actuels de la santé et du bien-être et les principales forces motrices, tendances et opportunités actuelles sur le plan social, technologique et économique.

La vision, les buts, les objectifs stratégiques et les priorités de Santé 2020

21. Santé 2020 incarne un engagement conjoint du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et des 53 États membres européens envers un nouveau cadre politique commun. La vision proposée pour **Santé 2020** (encadré n° 1) concorde avec le concept de la santé en tant que droit de l'homme et est compatible avec une réduction des inégalités actuelles sur le plan de la santé. **Santé 2020** va également de pair avec les engagements pris par les États membres, dont la Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire (9) et les objectifs du Millénaire pour le développement (10), qui adoptent la vision d'un monde dans lequel les pays unissent leurs efforts pour améliorer la vie de tous, notamment des plus défavorisés.

Encadré n° 1. La vision de Santé 2020.

Une Région européenne de l'OMS dont l'ensemble des habitants jouit d'une santé et d'un état de bien-être optimaux, tout en bénéficiant d'un appui à cette fin, et dans laquelle les pays, individuellement ou conjointement, œuvrent à la réduction des inégalités de santé dans la Région et au-delà.

22. Le cadre politique **Santé 2020** peut être adopté et adapté aux différentes réalités qui font de la Région européenne ce qu'elle est. Il décrit les moyens d'améliorer la santé et le bien-être, de les inscrire dans la durée et de les mesurer, grâce à des actions qui instaurent une cohésion sociale, une sécurité, un bon équilibre entre travail et vie personnelle, un bon état de santé et une bonne éducation. Il tente de toucher les acteurs nombreux et variés évoluant tant au sein qu'à l'extérieur des instances gouvernementales, et fournit une inspiration et des orientations sur la manière de mieux relever les défis sanitaires complexes du XXI^e siècle. Cette politique-cadre confirme des valeurs et, se fondant sur des bases factuelles, définit des orientations stratégiques et des interventions essentielles. Elle s'inspire des expériences glanées dans le cadre d'anciennes politiques de la Santé pour tous et guide à la fois les États membres et le Bureau régional dans les mesures qu'ils prennent.

23. Une vision se rapporte à un noble idéal. Elle doit être traduite en un but accessible, lequel est exprimé ci-dessous (encadré n° 2).

Encadré n° 2. Les buts communs de Santé 2020

Améliorer de manière significative la santé et le bien-être des populations, réduire les inégalités de santé, renforcer la santé publique et mettre en place des systèmes de santé universels, équitables, durables, de qualité et axés sur la personne.

24. **Santé 2020** reconnaît que des pouvoirs publics efficaces réaliseront de véritables améliorations en matière de santé et de bien-être s'ils collaborent à un niveau pangouvernemental pour coordonner les mesures dans deux domaines stratégiques clés (encadré n° 3).

Encadré n° 3. Les deux principaux objectifs stratégiques de Santé 2020

- Améliorer la santé pour tous et réduire les inégalités de santé
- Améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé.

25. Le cadre politique **Santé 2020** propose quatre domaines prioritaires d'action politique (encadré n° 4).

Encadré n° 4. Les quatre domaines d'action prioritaires de Santé 2020

- Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et habiliter les populations
- Relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de maladies (non) transmissibles
- Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise
- Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien

La santé et le bien-être – un état de l'individu et une ressource de la communauté

26. La santé et le bien-être sont des biens publics et des atouts pour le développement humain ; ils revêtent une importance vitale pour chaque individu, pour sa famille et pour sa communauté. Pour l'individu, la bonne santé est un état dynamique de bien-être physique, mental et social. Elle est bien plus que la simple absence de maladie ou d'infirmité. Pour les communautés, la bonne santé est une ressource et une capacité qui peuvent contribuer à l'instauration de sociétés robustes, dynamiques et créatives (encadré n° 3). La santé et le bien-être ont une dimension physique, cognitive, émotionnelle et sociale. Ils sont influencés par toute une série de facteurs biomédicaux, psychologiques, sociaux, économiques et environnementaux, qui ont des interconnexions à un niveau qui dépasse l'individu. Ces interconnexions s'opèrent de différentes manières et à différentes époques tout au long de la vie.

27. Ces dernières décennies, la situation sanitaire s'est grandement améliorée dans la Région européenne de l'OMS. Une nouvelle perception des déterminants de la santé a été combinée avec une meilleure connaissance des mécanismes par lesquels la répartition des ressources et la

capacité d'autodétermination au sein des sociétés influencent et génèrent la santé et le manque d'équité en matière de santé. Il y a une transformation en ce qui concerne l'éventail des technologies disponibles et leurs capacités.

28. Des interconnexions sont apparues entre les performances en matière de santé et les performances en matière d'économie. En tant que l'un des secteurs économiques les plus vastes de tout pays à revenu moyen ou élevé, le secteur de la santé doit mieux gérer ses ressources. C'est important non seulement en raison de l'influence du secteur de la santé sur la santé des gens, mais aussi en raison de la participation de ce secteur à l'économie, tant au niveau national qu'international. Ce secteur est l'un des principaux employeurs ; il est un propriétaire extrêmement nanti, un entrepreneur et un consommateur. Dans ces rôles, il reflète, et amplifie souvent, le manque d'équité dans la société au sens large. Il représente aussi une force extraordinaire pour la recherche et l'innovation et, de plus en plus, il est engagé dans une compétition internationale pour les personnes, les idées et les produits. Son importance va continuer à croître et, avec elle, sa responsabilité qui consiste à contribuer aux buts supérieurs de la société, notamment en luttant pour un impact positif sur les déterminants de la santé au sens large, et en montrant l'exemple.

Le bien-être

29. Depuis 1990, les Nations Unies mesurent régulièrement le bien-être des pays grâce à l'indice de développement humain, dans l'intention « d'orienter davantage l'économie du développement sur des politiques davantage axées sur le capital humain plutôt que sur une évaluation des revenus nationaux ». Depuis le Rapport sur le développement humain 2010 (11), l'indice de développement humain combine trois dimensions pour une vie longue et en bonne santé : l'espérance de vie à la naissance ; l'accès à la connaissance, le nombre moyen d'années de scolarisation et la durée attendue de scolarisation ; et un niveau de vie décent mesuré suivant le revenu national brut par habitant (en parité de pouvoir d'achat).

30. Voilà déjà un certain temps que la communauté internationale réfléchit à l'idée de générer de la richesse et de la croissance sociale plutôt que de se focaliser uniquement sur la croissance économique (mesurée uniquement en termes de revenu national brut). Les études réalisées ces dernières années ont révélé qu'en dépit de la prospérité économique sans précédent de ces 35 dernières années, les populations ne se sentaient pas forcément mieux ou plus heureuses sur le plan individuel ou collectif. Dans beaucoup de pays, la production économique a augmenté au cours de ces dernières décennies, mais les niveaux de bien-être et de bonheur subjectifs n'ont pas évolué et les inégalités se sont accrues.

31. Le bien-être en lui-même fait l'objet de plus en plus de recherches. Il est compris dans la définition de la santé formulée en 1948 par l'OMS, quoique l'Organisation, dans ses rapports sur la situation sanitaire, ait eu tendance à se focaliser sur des indicateurs de mortalité, de morbidité et d'infirmité, en partie parce qu'il est plus facile d'obtenir des informations dans ces domaines. Mais aujourd'hui, les politiques visant au bien-être sont considérées comme une réorientation possible des buts des politiques publiques au XXI^e siècle. En raison de l'approche holistique de **Santé 2020**, qui met l'accent sur des individus en bonne santé et formule des propositions pour le suivi des objectifs en matière de santé dans toute l'Europe, il est essentiel d'étudier comment le bien-être peut être défini et mesuré dans le contexte de la santé.

32. Il existe d'innombrables initiatives internationales et nationales dans ce domaine, et les analyses effectuées, les connaissances glanées et les expériences acquises forment une dynamique en développement constant. Par exemple, l'initiative du vivre mieux, de l'OCDE, traite à la fois du bien-être au présent (qualité de vie et conditions de vie matérielles) et du bien-être au futur (durabilité). Des recherches sont en cours dans les pays de l'Union européenne (UE) : COURAGE (pour *Collaborative Research on Ageing in Europe*, recherche en

collaboration sur le vieillissement en Europe) est un projet de recherche qui vise à mesurer la santé et les résultats obtenus pour des valeurs en rapport avec la santé chez une population vieillissante. L'International Well-being Group, établi en Australie, a montré qu'en utilisant des données fournies par les répondants sur le bien-être subjectif, on obtient une cohérence dans les résultats, par exemple dans les études sur l'Australian Unity Well-being Index. L'OMS s'efforce maintenant d'étoffer cette littérature et cette expérience en rassemblant un inventaire des initiatives existantes et en commandant des travaux analytiques pour proposer une définition du bien-être, de ses domaines, de ses indicateurs et de ses objectifs, et pour avancer des options sur la manière de poursuivre ces travaux.

33. Il est de plus en plus admis que les caractéristiques les plus importantes d'un modèle général de mesure du bien-être sont sa spécificité multidimensionnelle et l'association de mesures objectives et subjectives. Si l'on accepte le bien-être comme un objectif des politiques publiques, il doit pouvoir être mesuré. Une étude d'Eurostat a attiré l'attention sur le fait qu'il est indispensable, lorsque l'on élabore des politiques, de s'appuyer sur un modèle qui englobe « tous les aspects du bien-être, y compris la mesure des résultats, les caractéristiques personnelles, les facteurs de " contexte " extérieurs et la mesure de ce que les personnes " font " concrètement de ces caractéristiques et conditions " sociales " » (12).

Les valeurs qui sous-tendent Santé 2020

34. **Santé 2020** est fondé sur des valeurs inscrites dans la Constitution de l'OMS, à savoir le niveau de santé le plus élevé possible et la santé en tant que droit de l'homme. La Constitution exprime ces valeurs sous la forme suivante :

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain.

35. On reconnaît de mieux en mieux que ce principe est essentiel pour protéger la santé publique et fait partie intégrante d'une approche de gouvernance.

36. Les valeurs propres à **Santé 2020** reposent sur la pleine reconnaissance et la pleine application des droits de l'homme pour la santé, la solidarité, la justice et la durabilité. Elles incorporent plusieurs autres valeurs importantes dans la Région européenne : l'universalité, l'équité, le droit de participer à la prise de décisions, la dignité, l'autonomie, la non-discrimination, la transparence et la responsabilité.

37. Le droit à la santé signifie – et c'est là un point important – que les pouvoirs publics sont requis de réunir les conditions nécessaires pour que chacun puisse bénéficier du meilleur état de santé possible (13). Il s'agit de garantir que les services de santé soient disponibles et accessibles, à un prix abordable, mais aussi de prendre les mesures de santé publique visant à assurer un milieu de travail sûr et sain, un logement adéquat et une alimentation nutritive, tout en ménageant d'autres conditions pour la protection et la promotion de la santé. Les citoyens, de leur côté, doivent comprendre la valeur de leur santé et contribuer activement à améliorer la santé dans la société au sens large.

38. Une approche de la santé basée sur les droits de l'homme est une forme de gouvernance visant à concrétiser le droit à la santé et d'autres droits en rapport avec la santé, en se fondant sur une responsabilité pansociétale et pangouvernementale. Les Nations Unies ont convenu d'une approche commune fondée sur les droits de l'homme en 2003, et les États membres des Nations Unies ont décidé à l'unanimité d'intégrer ces droits dans leurs politiques nationales lors d'un Sommet mondial, en 2005 (14). L'élaboration des politiques sanitaires doit être guidée par les normes relatives aux droits de l'homme, notamment l'élimination de toute forme de discrimination et la garantie de l'intégration des questions de sexospécificité.

39. La responsabilité de la protection et de la promotion du droit à la santé repose avant tout sur les pouvoirs publics. Tous les États membres de la Région européenne de l'OMS se sont engagés, dans le cadre de traités internationaux, à promouvoir, protéger, respecter et honorer le droit à la santé. Dans la Région européenne, deux instruments juridiques spécifiques revêtent une importance particulière pour le droit à la santé : la Charte sociale européenne (15), sous les auspices du Conseil de l'Europe, et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (16), qui fait partie du Traité de Lisbonne. Les organes de suivi des traités au niveau international et régional font régulièrement le point sur la mise en œuvre de ces engagements pris par les États. Par ailleurs, des experts internationaux indépendants sont nommés pour surveiller le respect des droits à la santé par les États. Il s'agit par exemple du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé et du commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe.

40. L'un des principes fondamentaux des droits de l'homme est la reconnaissance de leur universalité – tous les êtres humains doivent être traités sur un pied d'égalité et avec dignité – et du fait que ces droits sont tous intimement liés, interdépendants et indivisibles. Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme met en avant non seulement les objectifs et les résultats, mais aussi les processus. Les normes et principes en matière de droits de l'homme – tels que la participation, l'égalité, la non-discrimination, la transparence et la responsabilisation – doivent être pris en compte à tous les stades du processus de formulation des programmes de santé et doivent régir le mécanisme décisionnel en matière de santé.

41. Aborder l'égalité entre les sexes comme un principe relevant des droits de l'homme et, pour ce faire, utiliser comme principale stratégie l'intégration de la dimension de genre est l'un des impératifs à respecter lorsque l'on adopte une approche basée sur les droits de l'homme, renforçant ainsi les principes de non-discrimination, d'égalité et de participation. Pour qu'un système de santé réagisse correctement aux problèmes provoqués par une inégalité entre les sexes, ce système doit être conçu pour gérer dès le départ les normes, les rôles et les relations en rapport avec les deux sexes. Des méthodes telles que l'analyse comparative entre les sexes sont fondamentales pour la concrétisation des droits de l'homme.

42. Les politiques et pratiques en matière de santé reposent sur des valeurs sociales. C'est le contexte qui détermine et construit les valeurs, explicites comme implicites. De plus, ces valeurs déterminent le mode de définition des concepts, la nature et le mode de création des données probantes, ainsi que la formulation des objectifs politiques et leur mise en pratique au moyen du processus décisionnel et de l'action. Dans les systèmes politiques démocratiques, il est normal que les valeurs, qu'elles soient explicites ou cachées, suscitent le débat, voire une divergence d'opinions. Les valeurs sont généralement mises en balance avec d'autres préoccupations, ou font l'objet d'un compromis permettant de ménager d'autres valeurs. De tels compromis s'observent souvent dans les processus d'élaboration des politiques de santé et de définition des priorités, à cause notamment de la grande complexité de la santé et de ses déterminants et de l'important chevauchement des intérêts des pouvoirs publics, de la société civile et des marchés. Par conséquent, lorsque l'on pose les bases d'une politique sanitaire, il est important de clarifier les valeurs sous-jacentes et de mettre en place un processus promouvant et défendant ces valeurs dans la formulation de la politique comme dans ses phases d'application.

43. Les sociétés et les individus ont de nombreux buts. Il convient de réunir les intérêts et les partenaires d'une société pour parvenir à une meilleure situation sanitaire et à davantage de bien-être, mais la santé peut et doit aussi participer à la réalisation des buts et aspirations d'autres secteurs. La voie qui mène à une amélioration de la santé n'est pas à sens unique mais, sans la santé, les chances d'atteindre d'autres buts dans la vie s'amenuisent nettement.

Équité en santé

44. L'équité en santé est un principe moral étroitement lié aux normes en matière de droits de l'homme ; elle porte particulièrement sur la répartition des ressources et les autres processus susceptibles de provoquer un manque d'équité évitable. Il s'agit d'une notion de justice sociale. Le manque d'équité en santé se traduit par des inégalités systématiques qui peuvent être considérées comme injustes. La recherche de l'équité en santé implique de réduire autant que possible les inégalités dans le domaine de la santé et dans les principaux déterminants de la santé.

45. Les inégalités sanitaires évitables par des moyens raisonnables sont injustes – d'où le terme « équité en santé » pour décrire un but social. La santé est considérée comme précieuse par les individus et par la société. Il convient d'élaborer des mesures réduisant les inégalités évitables dans le domaine de la santé, et de leur donner la priorité. Dans beaucoup de domaines, les mesures sont justifiées par l'aspect à la fois moral et économique. Investir dans le développement et l'éducation du jeune enfant peut permettre de répondre aux impératifs de l'efficacité comme à ceux de la justice.

46. Le droit à la santé est complémentaire de l'idée d'équité en santé dans la mesure où il postule que le point de référence pour mesurer et comparer l'équité doit être le groupe social jouissant des conditions optimales pour être en bonne santé. La recherche et l'analyse de l'équité en santé sont essentielles pour donner du contenu au concept de droit à la santé et pour orienter la mise en œuvre des obligations des États. Le concept d'équité entre les sexes en matière de santé fait référence à un processus visant à être juste envers les femmes et les hommes, dans l'objectif de limiter les inégalités injustes et évitables entre les deux sexes pour ce qui est de la situation sanitaire, de l'accès aux services de santé et de la contribution des deux sexes à la santé.

Des interventions conjointes

47. D'où viennent la santé et le bien-être ? Comment tendre à ces résultats humains universellement appréciés ? Nous sommes bien mieux à même de répondre à ces questions aujourd'hui. La santé et le bien-être reflètent des influences et des interactions – qui s'exercent sur la durée et sur plusieurs générations – entre les individus, les populations et la société. L'un des axes clés de l'*Étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire* (17) (ci-après dénommée « l'Étude »), qui s'inscrit dans le prolongement d'analyses antérieures, porte sur les conséquences, pour l'équité, de processus économiques, sociaux, politiques et culturels, et sur la manière dont ces processus peuvent se combiner et se renforcer mutuellement pour produire, à différents degrés, vulnérabilité et exclusion.

48. La vulnérabilité en santé résulte de processus d'exclusion liés à un manque d'équité dans le pouvoir, l'argent et les ressources, et les opportunités offertes par la vie. L'Étude se focalise sur les processus (p. ex. le fait d'être exclus d'un enseignement de bonne qualité, les conditions de vie et de travail) par lesquels on devient vulnérable à l'adversité et aux problèmes de santé rencontrés par la suite.

49. Ces effets socioéconomiques sont beaucoup mieux compris qu'avant. Les expériences faites en matière de santé sont fonction de la condition socioéconomique, et les principaux déterminants du manque d'équité en santé résident dans un mélange délétère de politiques et programmes sociaux inadaptés, de faibles niveaux d'instruction et de dispositions injustes sur le plan économique. La vulnérabilité est le résultat de processus d'exclusion, liés au manque d'équité sur le plan du pouvoir, de l'éducation, de l'argent et des ressources, ainsi qu'aux conditions dans lesquelles les femmes et les hommes naissent, grandissent, vivent, travaillent et

vieillissent. Ensemble, ces conditions constituent les déterminants sociaux de la santé. Ces processus fonctionnent différemment dans l'ensemble de la société, suscitent un continuum d'inclusion et d'exclusion, et génèrent systématiquement un gradient social en matière de santé. Plutôt que d'être simplement linéaire, ce gradient augmente avec le niveau de privation.

50. En effet, plus une personne se situe dans le bas de l'échelle sociale, plus sa santé est mauvaise. Les personnes faisant partie des groupes et communautés les plus désavantagés, qui sont soumises à des processus d'exclusion nombreux et variés, ont un état de santé bien plus médiocre que celles qui sont soumises à un seul processus ou font partie d'un groupe social plus avantage. Ceci impliquerait un gradient qui, plutôt que d'être simplement linéaire, augmente avec le niveau de privation. De plus, dans certaines sociétés, les groupes désavantagés peuvent être en majorité, et non appartenir à une minorité exclue. Les inégalités s'accroissent au cours d'une vie et se transmettent souvent d'une génération à l'autre, d'où des insuffisances persistantes en termes de santé et de possibilités de développement dans les familles et les communautés. Les processus d'exclusion érigent des barrières empêchant les capacités individuelles et collectives de s'exprimer et de se développer. Quand des groupes tels que les Roms,² les migrants, les personnes atteintes d'invalidités et les plus âgées, sont soumis à plusieurs processus d'exclusion, ils deviennent particulièrement vulnérables, et cette vulnérabilité s'incruste.

51. Certains individus, communautés et pays peuvent avoir des stratégies actives d'adaptation pour créer de bonnes conditions, dans lesquelles la santé et le bien-être peuvent s'épanouir. Ces stratégies exploitent des ressources culturelles et un vaste patrimoine d'aspects sociaux et environnementaux positifs, et il convient de les préserver et d'assurer leur développement. L'attention est particulièrement portée sur la résilience, sur les atouts qui protègent contre les risques, et sur la réduction ou la modification des processus d'exclusion. En matière de santé, le terme « atout » désigne tout facteur (ou ressource) qui améliore la capacité à préserver et à pérenniser la santé et le bien-être. Les approches fondées sur les atouts permettent l'apparition et la promotion des facteurs protecteurs qui créent et encouragent un bon état de santé et de bien-être à l'échelle de l'individu, du groupe ou de toute la communauté. Ces facteurs opèrent donc comme un pare-chocs protecteur contre les difficultés de la vie et contribuent à optimiser les possibilités d'être en bonne santé et de connaître le bien-être. Ils sont liés à la maîtrise qu'ont les individus et les communautés de leur vie, et au degré d'habilitation dont ils disposent pour exercer ce contrôle sur leur existence.

Les nouvelles forces motrices, la démographie et l'épidémiologie, et les raisons sociales, technologiques et économiques qui motivent une intervention

Les nouvelles forces motrices en matière de santé : tendances, possibilités et risques

52. Malgré les réelles améliorations sanitaires survenues dans la Région européenne, le défi posé aux pouvoirs publics par la santé est plus redoutable que jamais. La population s'attend désormais à bénéficier d'une protection contre les risques de santé – tels que les environnements ou produits malsains – et d'un accès à des soins de santé de haute qualité tout au long de leur

² Dans ce document, et selon le *Glossaire sur les Roms et les gens du voyage (18)* du Conseil de l'Europe, le terme général de « Rom » fait référence à diverses communautés s'identifiant comme Roms et à d'autres groupes (tels les Ashkali) qui ressemblent aux Roms à certains égards, mais insistent sur le fait qu'ils sont différents sur le plan ethnique.

vie. Néanmoins, les pressions financières exercées sur les systèmes de santé et de protection sociale font qu'il est plus difficile que jamais de réagir à ces attentes. Dans bon nombre de pays, la part des budgets publics consacrée à la santé a atteint des proportions jamais égalées, et les coûts des soins de santé progressent plus rapidement que le produit national brut (PNB). Toute réforme sanitaire se heurte à des intérêts économiques et politiques très bien établis, ainsi qu'à des processus sociaux et culturels. Équilibrer la balance de la santé est une tâche difficile que les ministres de la Santé ne peuvent résoudre seuls – surtout dans le contexte de la crise économique.

53. En adoptant les bonnes politiques et technologies, on peut mettre un frein à la spirale ascendante des coûts des soins de santé. Au fur et à mesure que la part du secteur sanitaire dans le PNB augmente et que sa pertinence économique s'intensifie, sa responsabilité vis-à-vis d'autres secteurs et de la société dans son ensemble s'accroît également.

54. Tandis que les coûts grimpent, l'interdépendance, la rapide progression des moyens de connexion et les innovations technologiques et médicales ont fait naître d'extraordinaires possibilités d'améliorer la santé et les soins de santé. Les moyens techniques permettant de comprendre, prévenir, diagnostiquer et traiter la maladie ont évolué de façon quasiment exponentielle. Les interventions visant à poser un diagnostic ou à réaliser un acte médical ou chirurgical ont connu un développement spectaculaire, de même que les traitements médicamenteux. La cybersanté et la télémédecine sont des exemples des transformations que peuvent engendrer les nouvelles technologies de l'information. Les nanotechnologies se profilent à l'horizon.

55. Par ailleurs, on en sait désormais beaucoup plus sur les relations complexes qui existent entre la santé et le développement humain durable. La santé doit subir une transformation afin de ne plus être perçue simplement comme un secteur onéreux, à dominante médicale, mais bien comme un important bien public apportant des avantages économiques et sécuritaires, et visant des objectifs sociaux clés. Il existe aujourd'hui un large consensus sur le fait que la santé des populations est essentielle à la cohérence sociale et à la croissance économique, et qu'elle constitue une ressource vitale pour le développement humain et social.

56. Les forces de la mondialisation³ mettent tous les pays à rude épreuve. Cependant, aucun pays ne peut résoudre seul les problèmes qui touchent à la santé et au bien-être, ni exploiter les possibilités d'innovation sans un niveau élevé de coopération. La santé est devenue une question d'économie et de sécurité au niveau mondial. Dans un monde interdépendant, les pays ont besoin d'agir ensemble pour garantir la santé de leurs populations et stimuler le progrès. Les responsables politiques mondiaux accordent de plus en plus d'importance à ces questions de gestion de l'interdépendance.

57. Il faut donc élaborer des politiques visant à garantir un pouvoir décisionnaire aux citoyens et aux patients, à protéger leurs droits en tant que personnes et à faire appliquer la législation interdisant les discriminations. Ceci implique notamment de garantir le droit à la santé et de rendre illégale toute discrimination fondée sur une maladie ou une invalidité. Il est essentiel de pouvoir participer au processus décisionnel, de jouir de son autonomie et de son indépendance, et d'exercer le contrôle sur sa propre santé et sur ses déterminants. Il faut des communautés dans lesquelles les personnes, y compris celles qui souffrent de maladies chroniques ou d'une invalidité, se voient conférer les structures et ressources nécessaires pour leur permettre d'exploiter à fond leur potentiel et de participer pleinement à la société. L'accès aux connaissances et aux activités de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi qu'à

³ La mondialisation a été définie comme « un processus qui englobe les causes, le cours et les conséquences de l'intégration transnationale et transculturelle des activités humaines ou autres ».

des services axés sur une communication respectueuse entre les soignants et les patients, est une autre nécessité.

58. Tous ces défis et évolutions illustrent bien la démarche allant vers un nouveau paradigme. En outre, la pression s'accroît inexorablement pour que les ressources des systèmes de santé soient utilisées de façon plus rationnelle et que la qualité des soins fournis soit meilleure. Le rôle des professionnels de santé et des citoyens a considérablement évolué, et ces derniers ont des attentes beaucoup plus fortes en ce qui concerne les informations sur les services qu'ils reçoivent et leur participation à ces services. Il faut également étudier la question de la médicalisation (19), et de l'équilibre correct à atteindre entre les attentes de la société et celles de l'individu, d'une part, et les capacités croissantes du système de santé, d'autre part.

59. Certains accords et instruments importants ont été nouvellement mis en place au niveau mondial pour contrer les difficultés communes rencontrées dans le domaine de la santé. Il s'agit par exemple des objectifs du Millénaire pour le développement, de la version révisée du Règlement sanitaire international et de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (20). Ces nouveaux documents ont eu une profonde influence à l'échelle régionale et nationale, et d'autres instruments de ce type suivront sûrement. Des évolutions similaires se sont récemment produites, parmi lesquelles l'examen de la question de la santé mondiale sur les principaux lieux d'échanges en matière de politique étrangère tels que l'Assemblée générale des Nations Unies, les sommets du groupe des huit pays les plus industrialisés (G8) et l'Organisation mondiale du commerce ; la mobilisation des chefs d'État pour les questions sanitaires ; et la prise en compte de ces questions dans les réunions de dirigeants d'entreprises telles que le Forum économique mondial. Ces évolutions et initiatives témoignent toutes de la place plus élevée occupée dans la politique par la santé mondiale. En 2009, l'Assemblée générale des Nations Unies, dans sa résolution A/RES/64/108 sur la santé mondiale et la politique étrangère (21), a réaffirmé ce changement de perspective majeur en engageant instamment les États membres à « tenir compte des questions de santé dans la formulation de leur politique étrangère ». En 2007, l'UE a lancé une nouvelle stratégie pour la santé publique, *Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013* (22).

L'expérience comme point de départ

60. La Région européenne a connu pendant ces trente dernières années des changements politiques et sociaux tumultueux, mais les approches axées sur la « Santé pour tous » et l'importance des soins de santé primaires n'ont pas disparu en tant que valeurs et principes essentiels orientant le développement sanitaire dans la Région. **Santé 2020** s'inspire de cette expérience et détaille des manières d'organiser la définition des priorités autour d'objectifs et de résultats communs en matière de santé et de bien-être, en catalysant les actions menées par les ministères de la Santé, mais aussi par les chefs de gouvernement ainsi que par d'autres secteurs et parties prenantes.

61. L'analyse très complète réalisée à l'occasion du Comité régional de l'OMS pour l'Europe en 2005 (23) a montré que les valeurs essentielles de la santé pour tous ont été largement acceptées. Cependant, le constat a été fait que chaque pays avait adopté sa propre démarche pour élaborer sa politique et que, si bien des pays avaient défini des objectifs semblables à ceux de la « Santé pour tous », un important écart subsistait entre la formulation de politiques, d'une part, et leur mise en œuvre, leur suivi et leur affinement systématiques, d'autre part.

62. En 2008, la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (24) visait à tirer parti de ce tronc commun de valeurs et mettait l'accent sur les valeurs partagées de solidarité, d'équité et de participation. Elle montrait qu'il est important d'investir dans des systèmes de santé qui ne se contentent pas de proposer des soins de santé, mais qui se mobilisent également pour prévenir les maladies, promouvoir la santé et inciter les autres

secteurs à s'intéresser aux problèmes sanitaires dans leurs politiques. De plus, les ministères de la Santé devraient promouvoir l'inclusion des intérêts et buts de la santé dans toutes les politiques sociétales.

La situation démographique et épidémiologique actuelle dans la Région européenne⁴

63. La population des 53 pays de la Région européenne de l'OMS a presque atteint le chiffre de 900 millions (26). Globalement, la santé s'améliore dans la Région, comme semble l'indiquer l'espérance de vie à la naissance, qui s'élevait à 75 ans en 2010, soit 5 ans de plus qu'en 1980. Ce sont les maladies non transmissibles qui représentent la part la plus importante de la mortalité et des décès prématurés. Les quatre principales causes de perte d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) dans la Région sont les troubles dépressifs unipolaires, les cardiopathies ischémiques, les déficits auditifs à l'âge adulte et la maladie d'Alzheimer ainsi que d'autres types de démence. Les maladies transmissibles émergentes et réémergentes, notamment l'infection à VIH et la tuberculose, restent également un domaine prioritaire dans de nombreux pays de la Région. Tous les pays s'inquiètent particulièrement des flambées épidémiques mondiales telles que la grippe pandémique H1N1 2009 et des menaces silencieuses telles que l'accroissement de la résistance aux antimicrobiens.

Les déterminants de la santé et le manque d'équité en santé

64. Les déterminants de la santé sont complexes et renferment une dimension biologique, psychologique, sociale et environnementale. Il existe une interaction entre tous ces déterminants, qui influence à la fois l'exposition de l'individu aux avantages et aux inconvénients, et la vulnérabilité et la résilience des personnes, des groupes et des communautés. Ces déterminants étant inégalement répartis, l'on observe un manque d'équité en santé de part et d'autre de la Région européenne, à savoir la fracture sanitaire entre les pays et le gradient social entre les individus, les communautés et les régions au sein des pays. La recherche révèle – et c'est un point très important – que la plupart des déterminants peuvent faire l'objet d'interventions efficaces. Les mesures prises dans des secteurs autres que celui de la santé, avec pour principale intention de gérer les résultats pertinents pour ces secteurs, influencent fréquemment les déterminants sociaux de la santé et l'équité en matière de santé. L'enseignement, la protection sociale et l'environnement en sont quelques exemples.

65. Les individus, les communautés et les pays peuvent avoir des aptitudes et des acquis qui découlent de leurs capacités culturelles, de leurs réseaux sociaux et de leurs ressources naturelles, et permettent d'améliorer et de préserver la santé. Ces acquis et cette résilience sont des ressources importantes pour un développement équitable et durable. Lorsque les auteurs de l'Étude ont rédigé leurs recommandations quant aux mesures à prendre, ils ont mis l'accent sur la résilience et sur les acquis pour encourager l'habilitation et la convergence des mesures politiques dans l'ensemble des secteurs, ainsi que sur la protection contre les dommages, la réduction des préjudices et la correction des processus d'exclusion. Trouver le bon équilibre à l'avenir, telle sera l'idée-maîtresse pour la mise en œuvre de **Santé 2020**.

Déterminants sociaux et économiques

66. Les inégalités sociales peuvent être à l'origine d'une grande part de la charge de morbidité dans la Région européenne. Dans les pays de la Région, l'écart entre les pays ayant la plus

⁴ Le rapport sur la santé en Europe 2012 (25) contiendra des informations détaillées sur les tendances démographiques et épidémiologiques dans la Région européenne.

courte et la plus longue espérance de vie à la naissance est de 16 ans, avec des différences entre les hommes et les femmes. Les pays ayant le taux de mortalité maternelle le plus haut sont 42 fois plus vulnérables que ceux qui ont le taux le plus bas. Cette répartition de la santé et de l'espérance de vie dans les pays de la Région fait apparaître des différences significatives, persistantes et évitables en termes de chances d'être en bonne santé et de risques de maladie et de décès prématuré.

67. Ces différences sont souvent déterminées par des facteurs sociaux. Malheureusement, les inégalités sociales en matière de santé, tant entre différents pays qu'au sein d'un même pays, persistent et augmentent dans la plupart des cas. Il existe également d'énormes inégalités face à la santé au sein d'un même pays. Les inégalités en matière de santé sont également liées aux comportements adoptés, comme la consommation de tabac et d'alcool, le régime alimentaire et l'activité physique, et les troubles de santé mentale. Avec **Santé 2020**, les pays s'engagent résolument à tenter de corriger cette disparité inacceptable dans le secteur de la santé et au-delà. Il est possible de corriger nombre de ces inégalités par une intervention sur les déterminants sociaux de la santé.

68. La Commission des déterminants sociaux de la santé (27) a conclu que l'injustice sociale tue à grande échelle, témoignant de la nécessité morale d'agir sur ces formes de manque d'équité. Le manque d'équité en santé reflète le degré de justice (sociale et autre) dans une société donnée, et celui-ci, à son tour, reflète le niveau de performance des pouvoirs publics. L'ampleur et la configuration du manque d'équité dans un pays donné résultent des facteurs sociaux, économiques, politiques, environnementaux et culturels dans cette société – les déterminants sociaux de la santé. Ces derniers sont influencés dans une large mesure par des politiques et des décisions d'investissement, et leurs effets peuvent soit s'additionner, soit s'adoucir au cours de la vie de chaque personne. Ils peuvent aussi représenter des pertes considérables pour le capital social et productif. Le manque d'équité en matière de santé est un problème pour la concrétisation des valeurs de la santé en tant que droit de l'homme, et il mine le potentiel de développement d'un pays.

69. Au sein des systèmes sociaux, les interactions entre les quatre dimensions relationnelles du pouvoir (sociale, politique, économique et culturelle) et l'inégalité d'accès au pouvoir et aux ressources qui y est associée, donnent lieu à des différences d'exposition en fonction – par exemple – du sexe, de l'appartenance ethnique, de la catégorie sociale, du niveau d'instruction et de l'âge. Ces différences réduisent la capacité (biologique, sociale, mentale et économique) des populations à se protéger contre ces situations, causant ainsi des dommages pour la santé et limitant leur accès à la santé et à d'autres services, ainsi qu'aux ressources indispensables à la protection et à la promotion de la santé. Ces processus entraînent un manque d'équité en santé, qui en retour aggrave encore les inégalités en termes d'exposition et de capacité de protection et renforce les désavantages sociaux.

70. La participation à des relations d'ordre économique, social, politique et culturel a une valeur intrinsèque, et une participation restreinte influence négativement la santé et le bien-être de l'individu. Cette restriction débouche sur d'autres formes de privation : par exemple, être exclu du marché du travail, ou s'y trouver mais dans des conditions désavantageuses, se traduit par de faibles revenus, ce qui à son tour peut donner lieu à des problèmes tels qu'une alimentation ou un logement de mauvaise qualité, entraînant ainsi un mauvais état de santé.

71. La participation des hommes et des femmes à part égale n'est pas encore une réalité dans la Région européenne. Les femmes sont surreprésentées dans les postes à temps partiel, perçoivent un salaire inférieur pour le même travail, et effectuent le gros des travaux non rémunérés. En 2011, les femmes occupaient 25 % des sièges parlementaires, soit une part oscillant entre moins de 10 % et 45 %.

72. Ces écarts inacceptables que l'on constate actuellement en matière de santé entre les pays et au sein de ceux-ci iront croissant, à moins que des mesures soient prises d'urgence pour maîtriser et combattre le manque d'équité dans les déterminants sociaux de la santé.

Déterminants environnementaux

73. Le XXI^e siècle se caractérise par des changements environnementaux nombreux et extrêmement importants, qui nécessitent une conception plus large des déterminants de la santé de la population. Il s'agit notamment de la perte massive du capital environnemental naturel, qui se traduit par le changement climatique, la diminution de l'ozone stratosphérique, la pollution atmosphérique et ses répercussions sur les écosystèmes (par exemple, la perte de biodiversité, l'acidification des eaux de surface et les conséquences pour les cultures), la dégradation des systèmes de production de denrées alimentaires, l'appauvrissement des ressources en eau douce, et la propagation d'espèces invasives. Ces évolutions commencent à entamer la capacité à long terme de la biosphère à garantir la poursuite d'une vie en bonne santé pour les êtres humains. D'après les estimations, la charge de morbidité liée à l'environnement dans la Région européenne représenterait entre 15 et 20 % du nombre total de décès et entre 10 et 20 % des AVCI perdues, cette charge étant relativement plus élevée dans la partie orientale de la Région.

74. L'évolution des tendances en matière de logement, de transport, de production alimentaire, d'utilisation des sources d'énergie et d'activité économique aura des conséquences importantes sur la physionomie des maladies non transmissibles. Le changement climatique⁵ aura des conséquences à long terme sur l'environnement et sur les interactions entre les individus et leur entourage. La répartition et la propagation des maladies transmissibles, en particulier des maladies à transmission hydrique, alimentaire ou vectorielle, en seront profondément modifiées.

75. Les efforts visant à réduire les émissions de gaz à effet de serre et les autres politiques destinées à atténuer l'incidence du changement climatique présentent par ailleurs des avantages non négligeables pour la santé. Les modèles actuellement acceptés montrent que la réduction du volume total des émissions de dioxyde de carbone dans l'UE de 3 876 millions de tonnes en 2000 à 2 867 millions de tonnes en 2030, diviserait en fait par deux le nombre d'années de vie perdues à cause des effets de la pollution de l'air sur la santé.

Facteurs en rapport avec le mode de vie et le comportement

76. Aujourd'hui, ce qui est important au regard de la santé, c'est avant tout l'individu et la façon dont il vit sa santé au jour le jour et crée les conditions pour la préserver. La promotion de la santé est un processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants. Beaucoup d'occasions de promouvoir et de protéger la santé seront perdues sans la participation de la population. Cependant, les populations sont des acteurs sociaux et il faut, pour les aider à adopter durablement un comportement sain, qu'elles évoluent dans un environnement favorable à ce comportement. En bref, il faut une « culture de la santé », qui doit être l'un des facteurs favorables permettant la protection et la promotion de la santé des individus et des communautés. L'approche des cadres de vie sains (29), qui trouve son origine dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (30) s'est révélée être l'une des manières les plus populaires et efficaces de promouvoir des environnements favorables à la santé. Elle

⁵ On entend par changement climatique un changement dans la moyenne et/ou la variabilité du climat et de ses propriétés s'inscrivant dans la durée, en général plusieurs décennies, voire plus longtemps. La Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, en son article premier, définit les changements climatiques comme « des changements de climat qui sont attribués directement ou indirectement à une activité humaine altérant la composition de l'atmosphère mondiale et qui viennent s'ajouter à la variabilité naturelle du climat observée au cours de périodes comparables » (28).

fait intervenir des méthodes holistiques et multidisciplinaires et met l'accent sur le développement organisationnel, la participation, l'habilitation et l'équité. Un cadre de vie sain est l'endroit ou le contexte social dans lequel la population vaque à ses activités quotidiennes, et dans lequel des facteurs environnementaux, organisationnels et personnels interagissent pour influencer la santé et le bien-être. Les cadres de vie peuvent généralement être définis comme ayant des délimitations d'ordre physique, une série de personnes avec des rôles précis, et une structure organisationnelle. Les écoles, lieux de travail, hôpitaux, marchés, villages et villes sont quelques exemples de cadres de vie.

77. Les processus sociaux influencent également l'exposition aux conditions néfastes pour la santé (et favorables à la santé), la vulnérabilité et la résilience. Cette exposition et cette vulnérabilité sont généralement réparties de manière inégale dans la société, en fonction de la position socioéconomique et/ou des indicateurs de position sociale tels que l'appartenance ethnique. Les normes et valeurs sexospécifiques déterminent souvent l'exposition et la vulnérabilité. Elles sont également influencées de manière significative par la société de consommation, le marketing intensif et non réglementé des produits et, dans de nombreuses sociétés, une réglementation inadaptée des produits dangereux. Le niveau d'instruction en santé de la population est devenu un facteur essentiel pour permettre des choix sains, et dépend dans une large mesure des aptitudes acquises dès les premières années de vie (31).

78. Aujourd'hui, un ensemble composé de quatre maladies et de leurs facteurs de risque comportementaux représentent le gros des maladies et des décès évitables dans la Région européenne, à savoir les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les affections respiratoires chroniques. Pour s'attaquer à des questions telles que le tabagisme, l'alimentation, la consommation d'alcool et l'exercice physique, il faut aussi agir sur leurs déterminants sociaux. L'attention doit se porter plus en amont, à savoir sur les causes de ces différences de modes de vie (les causes des causes) qui résident dans l'environnement social et économique.

La capacité et l'efficacité des systèmes de santé

79. Enfin, l'accès aux systèmes de santé et à leurs capacités contribue à la santé et au bien-être, ainsi qu'aux soins de santé. En ce sens, le système de santé agit comme un puissant déterminant social de la santé. On peut s'attendre à ce qu'il y contribue encore davantage dans la mesure où les technologies continuent de s'améliorer, que ce soit dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, du diagnostic, des traitements et de la réadaptation, concernant chaque catégorie de maladies et chaque maladie.

80. Le rôle du système de santé revêt une importance particulière de par le problème de l'accès, qui intègre les différences en matière d'exposition et de vulnérabilité et qui, dans une large mesure, est déterminé socialement. Cependant, les différences dans le degré d'accès aux soins de santé ne peuvent représenter les dimensions sociales des besoins en matière de santé et, dès lors, n'expliquent que partiellement les différences dans les résultats obtenus en matière de santé (32). Les systèmes de santé peuvent directement influencer sur les différences en termes d'exposition et de vulnérabilité, et ce par la défense d'idées, la promotion d'une intervention intersectorielle pour améliorer la situation sanitaire et l'exercice d'un rôle directif exemplaire en garantissant un accès équitable aux soins.

81. Les ministres et ministères de la Santé ont un rôle crucial à jouer pour organiser le fonctionnement des systèmes de santé et leur contribution à l'amélioration de la santé et du bien-être au sein de la société, et pour pousser d'autres secteurs à s'occuper de leur participation en ce qui concerne la santé et ses déterminants. Malheureusement, leur capacité à assumer ce rôle est souvent insuffisante par rapport à ce qui est requis, et un décalage s'est installé entre la manière dont les systèmes de santé sont organisés et les changements subis par la société. En particulier, les services et capacités de santé publique révèlent certaines faiblesses, et trop peu d'attention

est accordée au développement des soins primaires, surtout pour ce qui est de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. En outre, l'organisation hiérarchique habituelle des systèmes de santé les rend moins réactifs à l'innovation technologique ainsi qu'aux exigences et au désir de participation des usagers des services. Par conséquent, les systèmes de santé sont nettement moins productifs en termes de santé qu'ils ne pourraient l'être.

Les progrès technologiques dans les soins de santé

82. Les technologies de la santé peuvent être définies de différentes manières. Le terme peut désigner les procédures, les équipements et les processus grâce auxquels les soins de santé sont fournis. Cela engloberait le recours à de nouveaux domaines de savoir scientifique, comme la génomique, à de nouvelles procédures médicales et chirurgicales, à des médicaments, à des appareils médicaux et à de nouveaux systèmes de soutien au patient. Ce terme peut aussi, dans un sens plus restrictif, décrire les appareils employés pour la prévention, le diagnostic, le suivi et le traitement des maladies ou affections touchant les êtres humains, par exemple : les endoprothèses à élution médicamenteuse, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), les scanners, les pacemakers, la chirurgie mini-invasive, le traitement des plaies et de l'incontinence, et les appareils contribuant à la gestion des pathologies par le patient ou à domicile – comme les kits permettant de tester le taux de glycémie – avec un encadrement médical fourni grâce aux technologies de l'information.

83. La prise en charge des coronaropathies illustre parfaitement les changements apportés par les technologies au traitement et à la prévention des maladies au fil du temps. Dans les années 1970, les unités de soins cardiaques ont été établies afin de prendre en charge les battements irréguliers du cœur à la suite d'une crise cardiaque. Plus tard, les bêtabloquants ont été utilisés pour faire baisser la tension sanguine après la crise et ensuite, on a commencé à faire largement usage des médicaments thrombolytiques. Le pontage aortocoronarien est devenu plus courant. Dans les années 1980, les médicaments anticoagulants ont été utilisés après les crises cardiaques à des fins préventives, et quand l'état des personnes s'est stabilisé, on a eu recours à l'angioplastie. Dans les années 1990, cette technique a été utilisée d'une manière plus générale à des fins de traitement et de revascularisation immédiats, ainsi que les endoprothèses pour maintenir les vaisseaux sanguins ouverts. Dans les années 2000, de meilleurs tests ont été pratiqués pour diagnostiquer les crises cardiaques. Des endoprothèses à élution médicamenteuse ont été utilisées, et de nouvelles stratégies pharmaceutiques ont été formulées.

84. Les nouvelles techniques de diagnostic et d'imagerie des traitements constituent un exemple bien connu de développement technologique. Des techniques telles que la tomographie assistée par ordinateur (TAO), le balayage, l'IRM et la tomographie par émission de positons ont révolutionné le processus de pose d'un diagnostic et la pratique clinique, en permettant des diagnostics beaucoup plus précis et en plus grand nombre, et en modifiant le potentiel et la capacité des interventions.

85. La nanotechnologie, qui implique de manipuler les propriétés et les structures à une nanoéchelle, est un autre exemple de développement technologique pouvant influencer les pratiques et les coûts, tant pour la prévention que pour le traitement. Elle est utilisée pour la mise au point de thérapies médicamenteuses ou de médicaments intelligents davantage ciblés. On a déjà démontré que ces nouvelles thérapies médicamenteuses provoquaient moins d'effets secondaires et étaient plus efficaces que les thérapies traditionnelles. À l'avenir, la nanotechnologie contribuera aussi à la formation de systèmes moléculaires qui pourraient présenter une similitude frappante avec des systèmes vivants. Ces structures moléculaires pourraient constituer le point de départ d'une régénération ou d'un remplacement de parties du corps actuellement perdues à cause d'une infection, d'un accident ou d'une maladie. Par exemple, la nanotechnologie sert déjà de base à de nouveaux systèmes d'administration de

médicaments, plus efficaces, et en est aux premiers stades de développement afin de fournir des « échafaudages » pour la régénérescence nerveuse. On espère également que des investissements dans cette branche de la nanomédecine amèneront des avancées révolutionnaires pour la détection, le diagnostic et le traitement de diverses formes de cancer.

86. Autres exemples : la télémédecine, la cybersanté et la santé mobile, qui offrent déjà d'importantes possibilités de renforcer la participation et l'habilitation des patients et de rationaliser les systèmes de surveillance et de soins tout en réduisant les coûts. Les nouveaux modes de connectivité pour les patients et appareils médicaux rendent possible un recours accru aux soins à domicile et permettent aux personnes de rester actives et d'apporter leur contribution à la société. Ces évolutions fondées sur les technologies de l'information peuvent être associées à de nouveaux outils d'autoprise en charge, à des applications sanitaires et à des appareils permettant aux patients et à leurs aidants de mieux gérer leur santé ou leur maladie chronique à partir de chez eux.

87. L'une des évolutions technologiques pourrait revêtir une grande importance. Les travaux réalisés sur le génome humain au cours des dix dernières années peuvent changer la nature et l'issue des maladies. Ces travaux suscitent actuellement une modification profonde de la recherche, des politiques et des pratiques relatives à la santé publique, tout en facilitant de nombreuses découvertes sur la base génomique de la santé et des maladies. Les avancées scientifiques rapides et les outils de la génomique ont contribué à la compréhension de mécanismes pathologiques. L'espoir est de pouvoir établir les caractéristiques des informations cliniques, génomiques et environnementales propres à chaque individu, ce qui ouvrirait la porte à de nouvelles applications visant à gérer la santé humaine tout au long de l'existence. En 2005, une définition officielle de la génomique de la santé publique a été arrêtée : « la transposition responsable et effective de la science et des technologies du génome au profit de la santé humaine » (33). La génomique de la santé publique vise à intégrer les progrès de la génomique et de la biomédecine dans la recherche, les politiques et les programmes relatifs à la santé publique. Ces progrès seront de plus en plus pris en considération dans les stratégies adoptées en faveur de la santé des populations.

88. Quoiqu'il faille tenir compte de nombreux aspects éthiques (34), il est probable que la génomique moderne accélère l'évolution vers une médecine et des soins de santé plus personnalisés et individualisés à plusieurs égards, notamment en ce qui concerne la promotion de la santé, la prévention des maladies, la pose de diagnostics et les services curatifs. À l'avenir, des outils plus efficaces seront mis au point pour le dépistage et le traitement précoces. L'évolution de la biologie systémique (35) doit permettre la détection de la progression des maladies à l'aide des marqueurs moléculaires et ce, bien avant l'apparition des premiers symptômes. Ces marqueurs précoces doivent se situer au niveau de l'expression protéique, tout comme les marqueurs des réseaux des gènes du génome humain.

89. Toutes les maladies possèdent une composante génomique, et des facteurs génomiques de l'hôte dépendront dans une large mesure la manifestation éventuelle d'une maladie, ainsi que la manière dont elle se manifeste. Dans le cas de certaines maladies (comme la mucoviscidose et la trisomie 21), la génétique est le seul facteur qui rend la personne malade. Si le groupe de maladies dites « non transmissibles » (les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose, les troubles mentaux, l'asthme et les cancers, entre autres) est caractérisé par un degré variable d'antécédents génétiques, la génétique n'est pas le seul facteur, dans la mesure où des facteurs comportementaux et environnementaux interagissent avec ce patrimoine génétique. Par conséquent, ce groupe est aussi appelé « maladies complexes chroniques ». Même le groupe de maladies actuellement désignées sous le terme de « maladies transmissibles » qui, dans le passé, semblaient être causées uniquement par des pathogènes infectieux, s'avère posséder une composante génétique. Dans cette optique, on prévoit donc à l'avenir une diminution du clivage

entre maladies transmissibles et non transmissibles et, à l'instar du concept de la santé, les pathologies feront aussi l'objet d'une approche globale et holistique.

90. Plusieurs caractéristiques des individus seront probablement utilisées de manière intégrative pour la gestion des risques ainsi que pour la prise en charge des maladies et des cas de maladies non transmissibles, et afin de promouvoir la santé et d'améliorer la qualité de vie. Parmi ces caractéristiques figurent l'information basée sur le génome (non seulement au niveau génétique, mais aussi au niveau épigénétique, de l'expression et des protéines) ; les facteurs liés au mode de vie, dont l'alimentation, l'activité physique, les habitudes tabagiques ; les facteurs mentaux, économiques et sociaux relatifs à la vie domestique, professionnelle et sociale ; les antécédents médicaux personnels et familiaux ; et l'interaction entre ces facteurs. Le recours aux marqueurs moléculaires pour stratifier les maladies en sous-groupes en vue d'un traitement à l'aide d'interventions ou de médicaments différents représente un autre champ d'application où les travaux ont déjà commencé. Le traitement du cancer en constitue l'un des principaux champs d'application, et il existe actuellement plusieurs exemples à cet égard.

91. Pour parvenir à un changement réel et radical dans l'utilisation de la technologie, il faut une volonté de restructurer les politiques et une capacité à fournir la formation nécessaire aux professionnels de la santé publique. Il est urgent de préparer, de manière responsable et efficace, les systèmes de soins de santé et les décideurs politiques à transposer la science et les technologies du génome dans le domaine de la santé publique : il s'agit là d'une tâche capitale pour la génomique de la santé publique, et d'un important domaine d'innovation potentielle en Europe. Les politiques de la santé doivent préparer à concrétiser cette vision d'avenir de la médecine et de la santé. En d'autres termes, au lieu de se concentrer uniquement sur les déterminants biologiques de la santé ou de mettre principalement en évidence les déterminants sociaux, il faudra considérer la santé sous l'angle de l'ensemble de ses déterminants, notamment les facteurs biologiques, environnementaux et sociaux et ceux liés au mode de vie, sans oublier les interactions entre ces facteurs. À l'avenir, il est probable que la génomique de la santé publique apporte la vision et les instruments nécessaires pour intégrer l'information basée sur le génome (en tant qu'élément faisant partie des déterminants biologiques de la santé) aux systèmes et politiques des soins de santé.

92. De telles innovations fondées sur la technologie ont déjà offert de nouvelles chances d'améliorer la santé et les soins. Ces changements influencent sensiblement le coût total des soins de santé, notamment lorsque de nombreux facteurs organisationnels et professionnels parlent en faveur de leur utilisation. L'augmentation spectaculaire des coûts pendant les dernières années de la vie en est une bonne illustration. Dans la mesure où la technologie permet de nouveaux ou de meilleurs traitements, des dépenses plus importantes peuvent impliquer une hausse du niveau des soins de santé achetés, plutôt que des frais inutiles. Certaines technologies, comme le mesurage de la glycémie par le patient, ont peut-être un coût initial, mais font baisser les dépenses liées aux complications en aval.

93. L'augmentation ou la diminution des dépenses de santé à la suite de l'application d'une technologie particulière dépend en fait de plusieurs facteurs. Quel est son impact sur le coût du traitement de chaque patient ? Combien de fois la nouvelle technologie est-elle utilisée ? Sur quelle base son utilisation peut-elle être rationnée ? La nouvelle technologie permet-elle d'appliquer les traitements existants à de nouvelles maladies ou affections ? La technologie coûte-t-elle plus cher dans l'immédiat, mais permet-elle de faire des économies à un stade ultérieur ? Les nouvelles technologies peuvent accroître l'espérance de vie, et avoir une incidence sur le type et le volume de soins de santé auxquels les populations ont recours durant leur existence. Souvent, le bilan réel des coûts encourus et des économies réalisées ne peut être évalué que grâce à des études de longue durée dans le domaine de l'épidémiologie et de l'économie de la santé.

La macroéconomie de la santé et du bien-être

La santé : un facteur capital pour la productivité, le développement économique et la croissance

94. **Santé 2020** porte sur l'économie et le financement de la santé et des systèmes de santé. Les pays qui garantissent la disponibilité de services promouvant une bonne santé et un enseignement de bonne qualité, ainsi que de filets de sécurité sociale efficaces grâce à des services publics solides et à des finances publiques viables à long terme, sont ceux qui sont parvenus au meilleur degré de progrès social et de stabilité sociale. Lorsque ces objectifs ne sont pas atteints, cela se reflète dans le déclin du capital social d'institutions civiques et de réseaux sociaux des sociétés.

95. Il est de plus en plus admis que la santé a une incidence considérable à la fois sur les dimensions économiques d'une société et sur sa cohésion sociale. La macroéconomie de la santé et du bien-être doit donc être mieux comprise. Au cours de ces 30 dernières années, le secteur de la santé a cessé d'être un secteur fonctionnel qui était axé sur les services de soins de santé et investissait principalement dans ces derniers, pour constituer en lui-même une force économique de premier plan. Aujourd'hui, la santé est l'un des secteurs les plus importants et qui connaît la croissance la plus rapide au monde ; elle est associée à plus de 10 % du produit intérieur brut de la plupart des pays à revenu élevé et à environ 10 % de leur population active. Elle englobe de très nombreux secteurs d'activité, services, fabricants et fournisseurs, de l'échelon local jusqu'à l'échelon mondial. Pendant le récent ralentissement économique, la croissance continue du secteur des soins de santé a été un facteur de stabilité dans de nombreux pays. Néanmoins, sa « production » et l'efficacité de cette production méritent clairement d'être maximisées.

96. Dans certains pays, la hausse des coûts des soins de santé est difficile à gérer et peut pénaliser les pays et les entreprises en termes de compétitivité. Le financement des soins de santé est donc passé au premier plan du débat sur la santé. De nouveaux moyens d'augmenter les recettes pour la santé et de ne plus dépendre exclusivement de la fiscalité directe sur le travail sont analysés. Ce type de fiscalité a particulièrement sa raison d'être dans les systèmes d'assurance maladie, qui ont traditionnellement recours aux prélèvements sur les salaires. Par conséquent, les limites entre les systèmes fiscaux et d'assurance sociale ne sont plus très précises, car la plupart des systèmes d'assurance sociale ont recours à une combinaison de sources de revenus, dont la fiscalité générale. Ces changements suscitent des questions concernant les effets sur l'accès aux soins et sur la qualité de ces derniers.

L'argument économique en faveur de la promotion et de la protection de la santé, et de la prévention des maladies

97. Plus que jamais, les dépenses de santé posent un formidable défi aux pouvoirs publics. Les dépenses de santé ont augmenté à un rythme plus rapide que celui de la croissance économique dans beaucoup d'États membres, renforçant la pression financière qui menace la pérennité des systèmes de soins de santé. Dans la Région européenne, une part importante de la charge de morbidité, en particulier celle des maladies chroniques non transmissibles, affecte gravement les marchés du travail et la productivité. Les maladies alimentent des disparités dans les opportunités d'emploi et les salaires, entravent la productivité au travail et poussent à la hausse les congés de maladie et la demande de prestations d'aide sociale.

98. La mise au point et l'introduction de technologies et de traitements médicaux coûteux font grimper le coût de la gestion des maladies chroniques et des morbidités multiples. Ces pressions sur les coûts fournissent un argument économique de choc en faveur d'une intervention pour la promotion de la santé et la prévention des maladies. Il est possible de parvenir à de réelles améliorations sanitaires à un coût abordable en investissant dans la promotion de la santé et la

prévention des maladies. Un corpus croissant d'études sur les aspects économiques de la prévention des maladies montre comment de telles politiques peuvent faire plier la courbe des dépenses de santé et réduire les inégalités sanitaires en étant concentrées sur les personnes les plus vulnérables.

99. Les progrès sociaux et technologiques ne sont pas suffisamment exploités, notamment dans le domaine des organes d'information et des médias sociaux. Ceux-ci offrent aujourd'hui des possibilités sensationnelles de procurer des bienfaits à un coût abordable dans le domaine de la santé. Parfois, ils font baisser les dépenses de santé tout en contribuant au redressement des inégalités. Une part tangible de la charge de morbidité et des coûts économiques qui y sont associés pourrait être évitée par la mise en œuvre d'interventions promouvant la santé et le bien-être et la prise de mesures de prévention efficaces dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs.

100. Les interventions des pouvoirs publics pour la promotion d'un comportement sain trouvent particulièrement leur justification en présence des externalités négatives liées à un comportement peu sain, ou lorsque le comportement se base sur des informations insuffisantes. Les victimes du tabagisme passif ou des conducteurs en état d'ébriété constituent des exemples particulièrement éloquentes d'externalités négatives susceptibles d'être neutralisées soit par des taxes d'accise sur le tabac et l'alcool, soit par d'autres politiques telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics et la législation relative à l'alcool au volant. Les informations inadéquates fournies aux consommateurs justifient les interventions visant à promouvoir un comportement plus sain en mettant le public au courant des risques liés au tabagisme, à l'obésité et à d'autres causes de maladie.

101. La nature complexe des maladies chroniques, leurs nombreux déterminants et l'enchaînement de causalité laissent entendre que des efforts omniprésents et soutenus ainsi que des stratégies globales prévoyant tout un ensemble de mesures et d'acteurs sont nécessaires pour réaliser une prévention réussie. Cependant, les pouvoirs publics ne consentent en réalité, et dans le meilleur des cas, qu'une petite fraction de leur budget de santé à la prévention des maladies (quelque 3 % du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE).

102. Les attentes en ce qui concerne les bienfaits de la prévention des maladies doivent être réalistes. Celle-ci peut améliorer la santé et le bien-être, avec un rapport coût-efficacité aussi favorable, voire même meilleur, que celui de la plupart des méthodes acceptées de soins de santé. Cependant, la réduction des dépenses de santé ne doit pas être considérée comme le principal objectif de la prévention des maladies, dans la mesure où un grand nombre de programmes n'auront pas cet impact. Par ailleurs, il peut être difficile de parvenir à corriger les inégalités sanitaires par certaines formes de prévention qui se sont révélées peu populaires chez les personnes les plus vulnérables et qui, dès lors, entraînent involontairement comme conséquence une nouvelle aggravation des inégalités. De plus, les déterminants de beaucoup de maladies et de comportements évoluent au fil de l'existence et souvent, les programmes ne sont donc conçus que pour gérer les effets tardifs de la maladie.

Les bases factuelles

103. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a promu les activités de collaboration visant à présenter les arguments économiques en faveur de l'action de santé publique, en particulier pour la prévention des maladies chroniques non transmissibles. Ces activités vont au-delà des retombées économiques connues de plusieurs interventions spécifiques menées au sein des systèmes de soins de santé (comme la vaccination et le dépistage). Il s'agit d'examiner les tentatives d'avancer, par le biais de la recherche, des arguments économiques en faveur d'un investissement en amont, c'est-à-dire avant l'apparition des maladies non transmissibles et avant que les services de soins de santé ne soient nécessaires. Ces activités mettent en exergue les

actions prioritaires étayées par des analyses solides du rapport coût-efficacité ou coût-avantages, dont les actions visant à limiter un comportement à risque tels que le tabagisme et la consommation d'alcool, à promouvoir la santé physique et mentale par le régime alimentaire et l'exercice, à prévenir les troubles mentaux et à diminuer les traumatismes évitables, comme ceux provoqués par les accidents de la route et l'exposition aux dangers environnementaux. Les conclusions complètes de ces recherches vont être publiées sous peu (36), mais quelques-unes des premières informations factuelles sont présentées ci-après.

104. La rentabilité des programmes antitabac est clairement démontrée, la plupart d'entre eux étant peu onéreux et permettent de réaliser des économies de coûts. Parmi ces programmes, il convient de mentionner les suivants : majorer d'une manière coordonnée la fiscalité à l'aide d'une taxe minimale élevée (la mesure la plus rentable), favoriser les environnements sans fumée, interdire la publicité et la promotion, et organiser des campagnes médiatiques. Une mise en œuvre et un suivi adéquats, l'adoption de politiques publiques indépendantes de l'industrie du tabac, et la prise de mesures anti-corruption sont autant d'éléments nécessaires à l'application de politiques efficaces.

105. Des bases factuelles nombreuses et probantes, sous la forme d'études systématiques et de méta-analyses, étayent le bon rapport coût-efficacité des politiques relatives à l'alcool. Parmi les interventions présentant un impressionnant rapport coût-efficacité, on mentionnera la restriction de l'accès à la vente au détail de produits alcoolisés ; l'application de l'interdiction de la publicité pour l'alcool, y compris dans les médias sociaux ; la majoration de la fiscalité sur l'alcool ; et l'instauration d'un prix minimum par gramme d'alcool. Parmi les mesures un peu moins efficaces par rapport à leur coût, citons l'application de la législation contre l'alcool au volant par la réalisation d'alcootests ; l'apport de brefs conseils en ce qui concerne la consommation d'alcool à plus haut risque ; et la fourniture d'un traitement contre les troubles liés à la consommation d'alcool.

106. Les interventions visant à promouvoir une alimentation saine sont particulièrement rentables lorsqu'elles sont mises en œuvre au niveau de la population. Changer la composition d'aliments transformés pour réduire leur teneur en sel, en acides gras trans et en graisses saturées est une intervention peu coûteuse qui peut être menée par le biais d'accords entre multiples parties concernées. Ces accords peuvent être conclus de plein gré ou, en dernier recours, imposés par une réglementation. De même, les mesures fiscales (taxes, subsides, etc.) et la réglementation de la publicité pour aliments destinés aux enfants ont un coût peu élevé et un rapport coût-efficacité favorable. Cependant, certains intérêts conflictuels pourraient entraver la faisabilité de ces interventions. Si les programmes renforçant la sensibilisation et l'information, tels que les campagnes médiatiques et les systèmes d'étiquetage des aliments, constituent des investissements rentables, leur efficacité est plus limitée, en particulier chez les groupes socioéconomiquement défavorisés.

107. La promotion de l'activité physique par des campagnes médiatiques présente un excellent rapport coût-efficacité et est relativement bon marché. Cependant, les retombées en termes de résultats sanitaires peuvent être moins importantes que les interventions plus ciblées, par exemple sur le lieu de travail. Les changements apportés au système de transport et à l'environnement au sens plus large présentent le potentiel d'accroître l'activité physique, mais une évaluation minutieuse doit être réalisée pour garantir leur accessibilité financière et leur faisabilité, et pour voir si ces changements atteignent ceux qui ont les plus grands besoins sur le plan sanitaire et social. Les interventions ciblant la population adulte et les individus à plus haut risque ont tendance à produire un impact plus important dans un délai plus court.

108. Des bases factuelles solides indiquent que la prévention de la dépression, la principale cause d'invalidité dans le monde, est à la fois faisable et rentable. La dépression est associée à une mortalité prématurée et à une diminution de la dynamique familiale. Elle affecte

directement le comportement de la personne et induit des coûts économiques particulièrement élevés à cause des soins de santé et des pertes de productivité qui, d'ailleurs, peuvent être partiellement évités en prenant des mesures appropriées de prévention et de dépistage précoce. Les bases factuelles corroborent les interventions menées tout au long de l'existence, en commençant par les premières mesures prises lors de l'enfance pour renforcer l'apprentissage social et émotionnel, les capacités d'adaptation et les liens entre les parents et les enfants, dont les bienfaits peuvent durer jusqu'à l'âge adulte.

109. De solides bases factuelles d'ordre économique viennent à l'appui des initiatives visant à prévenir les accidents de la route, comme par exemple la modification de l'aménagement routier, la création de rues à sens unique, les interventions visant l'apaisement du trafic en ville (dont les limites de vitesse obligatoires imposées par l'emploi de mesures concrètes) et les programmes de limitation de la vitesse au moyen de caméras et de radars, surtout dans les zones à risque élevé. L'application active de la législation visant à promouvoir un bon comportement en matière de sécurité routière peut aussi s'avérer hautement rentable.

110. Les bases factuelles issues d'études économiques appuient une intervention visant à lutter contre les risques chimiques pour l'environnement. Parmi les exemples dans ce domaine, il convient de mentionner la réforme réglementaire exhaustive telle que celle menée en 2007 dans le cadre de la réglementation de la Communauté européenne relative à l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques ainsi qu'aux restrictions applicables à ces substances (REACH) ; l'élimination des risques liés à l'utilisation de peintures à base de plomb ; la diminution de la pollution au mercure provenant des centrales électriques alimentées au charbon ; et la diminution des émissions des véhicules dans les zones où la circulation est dense, par exemple par la mise en place de systèmes de tarification des voies encombrées dans de nombreuses villes, et susceptibles de réaliser des économies de soins de santé et d'autres coûts associés à l'asthme infantile, à la bronchiolite et à d'autres maladies respiratoires du début de la vie.

111. Investir dans l'éducation équivaut à investir dans la santé. Un corpus croissant de recherches empiriques révèle que, lorsque les pays appliquent des politiques en vue d'améliorer l'instruction, l'investissement consenti s'avère aussi rentable en termes d'adoption d'un comportement plus sain et d'un prolongement de la vie, en meilleure santé. Par exemple, les études sur les réformes obligatoires de l'enseignement menées dans plusieurs pays de la Région européenne ont permis de conclure que celles-ci n'avaient pas seulement comme résultat des années supplémentaires de scolarisation suivies jusqu'au terme, mais aussi un recul des taux de tabagisme et d'obésité dans les populations grâce à cette scolarisation supplémentaire. Lorsque les pays examinent le rendement des investissements consentis à l'éducation et d'autres déterminants de la santé, l'analyse doit tenir compte des gains potentiels de santé.

Principales approches

112. Les maladies chroniques peuvent être combattues efficacement, pour un coût modéré, par des interventions visant à modifier les facteurs de risque liés au comportement et au style de vie. Il est probable qu'à long terme, cela réduise les inégalités existant au sein des pays en matière de santé. Cependant, juguler des maladies ayant pris des proportions épidémiques au cours du XXe siècle requiert de modifier fondamentalement les normes sociales qui réglementent le comportement individuel et collectif. De tels changements nécessitent de vastes stratégies de prévention agissant sur de multiples déterminants de la santé dans les divers groupes sociaux.

113. La plupart des pays s'efforcent d'améliorer l'instruction et l'information sanitaires. Toutefois, la simple fourniture d'informations est rarement efficace (ou rentable) s'agissant d'influencer un comportement, et dans certains cas, elle peut accroître les inégalités. Il est essentiel d'adopter plutôt une démarche stratégique plus globale, envisageant des systèmes

complets, pour augmenter l'impact et l'efficacité des efforts. Il faut des stratégies qui influencent directement les facteurs contrôlables par la personne elle-même, en lui donnant les moyens d'agir et en assurant que l'accent soit stratégiquement mis sur les déterminants comportementaux individuels ou communautaires. Qui plus est, les facteurs qui échappent peut-être à son contrôle immédiat garantissent que l'accent soit stratégiquement mis sur les déterminants sociaux au sens plus large, qui influencent fortement le comportement de l'individu. Si des mesures plus strictes, comme la réglementation de la publicité ou les mesures fiscales, constituent une ingérence plus prononcée dans les choix individuels et sont plus susceptibles de générer des conflits entre les acteurs concernés, il est aussi probable qu'elles grèvent moins les finances publiques et qu'elles génèrent plus rapidement des bienfaits sanitaires.

114. Il est peu aisé de changer le comportement de la population et d'encourager les styles de vie sains, mais les preuves de plus en plus nombreuses de l'efficacité de certaines méthodes parlent clairement en faveur de l'adoption de démarches stratégiques plurivalentes pour le renforcement des capacités par un contrôle et une habilitation accrues. Bien que la démarche classique consiste à tenter de sensibiliser le public grâce à des campagnes de communication, les données disponibles montrent que la simple fourniture d'informations sur un comportement sain ou peu sain n'est pas efficace quand il s'agit de susciter un comportement et de le maintenir à long terme. Des initiatives de communication et d'instruction en santé doivent être mises en œuvre dans le cadre d'un ensemble plus large d'interventions visant à édifier un environnement social et physique favorisant un comportement sain. Les diverses stratégies comportementales se renforcent mutuellement, et l'efficacité de programmes et d'interventions comportementaux augmente lorsque ceux-ci sont coordonnés et combinés à des stratégies supplémentaires axées sur les déterminants sociaux au sens plus large.

115. Dans beaucoup de pays, on a mis en place un nombre croissant de mesures réglementaires et fiscales variées, notamment pour réduire la consommation de tabac et d'alcool. Un âge minimum a été fixé pour l'achat de cigarettes et de boissons alcoolisées qui, souvent, portent des étiquettes de mise en garde sanitaire. La publicité a été sérieusement restreinte, et une fiscalité importante a été imposée sur la consommation de ces deux types de produits. Toutes ces mesures ont contribué à maîtriser la consommation, et les travaux de l'OMS ont révélé que la plupart d'entre elles présentent un rapport coût-efficacité très intéressant. Cependant, les mesures fiscales sont compliquées à concevoir et à appliquer ; leur impact peut être imprévisible ; et elles peuvent peser plus lourdement sur les personnes à faible revenu que sur celles qui jouissent d'un revenu plus élevé.

La crise économique récente

116. **Santé 2020** est un cadre politique valable tant pour les époques prospères que pour les temps plus difficiles sur le plan économique. Néanmoins, on peut tirer certains enseignements de la régression économique et de la crise financière récentes. Le secteur de la santé et le secteur social sont particulièrement vulnérables aux compressions budgétaires pratiquées durant les périodes de régression économique, non seulement en raison de leur volume dans tout budget gouvernemental, mais aussi à cause de la position souvent relativement faible occupée par les ministères de la Santé aux tables de négociation. Dans la Charte de Tallinn (24), les États membres ont déclaré qu'« il est inacceptable, aujourd'hui, de devenir pauvre en raison d'un mauvais état de santé », une affirmation qui peut être ébranlée quand les pouvoirs publics cherchent à faire supporter la charge du financement par les ménages dans le cadre d'une politique de réaction à des contraintes budgétaires. La crise économique place les États membres devant un formidable défi, car il s'agit de savoir comment rester engagé envers l'équité, la solidarité et la protection financière, mais elle représente aussi une occasion de défendre la santé et d'investir dans ce domaine, ainsi que de renforcer les systèmes de santé.

117. La crise économique récente a touché de nombreux pays de la Région européenne et remis en question les engagements en faveur d'objectifs de protection sociale, y compris ceux de la santé et de l'équité, qui doivent être renforcés pendant les périodes de régression économique de manière à ce que les politiques prises en réaction à la crise reflètent les priorités publiques plutôt qu'un besoin à court terme d'équilibrer le budget par des réductions généralisées. En effet, les leçons tirées de précédentes secousses économiques vécues par des pays de la Région donnent aux décideurs politiques d'aujourd'hui certaines clés pour savoir comment atténuer les effets négatifs sur la santé et le bien-être de la population : les systèmes de santé qui bénéficient d'un leadership ferme et ont pris des dispositions efficaces en matière de gouvernance sont plus performants en général, et en particulier durant une crise.

118. Les effets des crises économiques sur la santé sont complexes, et de nouvelles données scientifiques sont sans cesse glanées. Avec des revenus en baisse et des prix plus élevés, il est possible que les accidents de la route et l'obésité connaissent un recul, et la cohésion sociale peut s'intensifier. Néanmoins, pendant les périodes de difficultés économiques, le stress psychosocial augmente, ce qui entraîne plus de suicides, divers comportements peu sains et une hausse de la demande de services de santé, tant pour des maux physiques que mentaux.

119. Quoiqu'il faille continuer à faire le bilan des bases factuelles recueillies, les systèmes de santé doivent continuer à fonctionner dans les périodes de régression économique, et à multiplier les activités en lien avec l'encadrement psychosocial, notamment pour les personnes pauvres et vulnérables, afin d'éviter de graves répercussions sur les résultats sanitaires obtenus. Au-delà des effets sur la santé, les coupes budgétaires font peser un fardeau financier plus lourd sur les personnes qui cherchent à obtenir des soins en général, et des médicaments en particulier. Le fait de transférer aux personnes recevant des soins, via une augmentation des paiements directs (quote-part à charge du patient et ticket modérateur), un important fardeau financier auparavant pris en charge par des fonds publics provenant d'une mise en commun, peut faire courir aux ménages un risque d'appauvrissement accru dû à un mauvais état de santé, et limiter le recours aux services de santé. Le résultat final peut être un coût plus élevé pour le système de santé et des bilans de santé plus médiocres pour les individus.

120. Les dépenses consacrées à la protection sociale ont une incidence majeure sur la santé. Il est avéré qu'une augmentation de ces dépenses va de pair avec une réduction sept fois plus importante de la mortalité qu'une augmentation équivalente du produit intérieur brut (37). Dans les pays qui ont maintenu, voire augmenté, les dépenses de protection sociale tout en réduisant considérablement leurs dépenses publiques de santé, les effets de ces réductions en termes d'appauvrissement ont été très limités.

121. En 2009, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et le gouvernement norvégien ont conjointement convoqué une réunion de haut niveau à Oslo. Des recommandations ont été avancées afin d'orienter les réactions stratégiques pro-santé et pro-pauvres, comme le fait de donner priorité à des services de santé publique et de soins de santé primaires d'un bon rapport coût-efficacité. Les participants ont aussi reconnu à quel point il est important de garantir l'utilisation efficiente des fonds publics (plus de santé pour l'argent dépensé), qui est l'une des conditions préalables lorsque l'on veut plaider efficacement en faveur de dépenses supplémentaires pour la santé. Les recommandations d'Oslo préconisent l'introduction de nouvelles taxes sur la consommation de sucre et de sel, ainsi qu'une taxation plus forte de l'alcool et du tabac, soit des mesures fiscales qui sont en même temps des interventions efficaces pour la santé publique.

122. Les États membres ont recouru à toute une série d'interventions pour maintenir leurs efforts d'amélioration de la situation sanitaire et de protection des populations contre les difficultés financières rencontrées lorsque l'on cherche à obtenir des soins. Ces instruments peuvent être regroupés comme suit :

- *Penser « long terme ».* L'une des options possibles est de mettre en œuvre un financement public contracyclique, en accumulant des réserves dans des fonds d'assurance maladie (« épargner dans les bonnes périodes pour dépenser dans les mauvaises ») ou de réaffecter les recettes fiscales en faveur de la santé pendant une récession. Ces politiques contracycliques peuvent amortir les chocs sur le court terme et ont le potentiel d'empêcher les pays de prendre des mesures drastiques ayant des effets négatifs sur la santé de la population.
- *Éviter les coupes budgétaires généralisées.* Si les budgets doivent être réduits pour des raisons fiscales, il est important de ne pas le faire de manière généralisée, mais plutôt de manière ciblée, en fonction d'objectifs. Le fait de retarder des investissements est une option couramment utilisée et relativement sûre pour maintenir le niveau et le volume des services de santé, y compris les services de santé publique, pour autant que les infrastructures aient été correctement entretenues avant la crise.
- *Mieux cibler les dépenses publiques en fonction des besoins sociaux et, ce faisant, protéger les personnes pauvres et vulnérables.* En maintenant l'accès des personnes pauvres et vulnérables aux services de santé, on peut adoucir les conséquences dramatiques d'une grave régression économique. Le fait de modifier la gamme des services inclus dans les avantages statutaires peut être un outil valable pour déterminer des priorités dans le système de santé, particulièrement si ces modifications sont fondées sur des conclusions scientifiques et visent à promouvoir le recours à des soins de haute valeur (efficaces pour un coût modéré) et à décourager le recours à des soins de peu de valeur.
- *Chercher à gagner en efficacité en employant les médicaments et les technologies de manière plus sage.* Pour tous les pays, l'amélioration de l'efficacité avec laquelle les services sont fournis à la population constitue une option importante pour atténuer l'effet de la crise. Plusieurs pays sont parvenus à gagner en efficacité en améliorant le rapport coût-efficacité dans l'utilisation des médicaments, par exemple, ou en procédant à une évaluation des technologies de la santé pour influencer les décisions relatives à un remboursement. Certains ont également introduit des mesures de maîtrise des coûts en annonçant des réductions de prix générales pour les fabricants et en négociant des prix plus bas, en achetant des médicaments de manière plus efficace via des appels d'offres, en mettant l'accent sur les politiques relatives à la prescription et à l'emploi de médicaments génériques, en réduisant les marges bénéficiaires des grossistes et des pharmacies et en prenant des mesures pour plus de rationalité dans la prescription de médicaments.
- *Chercher à gagner en efficacité en rationalisant les structures de fourniture de services.* Lorsque le niveau des fonds consentis aux dispensateurs de soins de santé, et en particulier aux hôpitaux, est réduit, les dispensateurs peuvent eux-mêmes se lancer dans un rationnement, par exemple en retardant, en refusant et en diluant les services cliniques (« écrémage de la qualité »), à moins que de difficiles décisions structurelles ne soient prises pour augmenter l'efficacité du secteur hospitalier. La crise a fourni une occasion de mener des réformes qui auraient dû être effectuées depuis longtemps pour améliorer l'efficacité ; ces réformes auraient peut-être été moins faisables sur le plan politique avant la crise. Il est difficile de réaliser des économies à court terme, et le risque de ne pas parvenir à fournir aux gens des soins de santé corrects durant la transition est élevé, mais avec une mise en œuvre prudente, les avantages à long terme sont considérables.

123. Les ministères de la Santé et les gouvernements ont, en général, un important rôle de chef de file à jouer. Il n'est peut-être pas possible d'éviter les périodes de crise économique, mais les gouvernements peuvent mieux se préparer aux difficultés auxquelles ils seront confrontés. Il est essentiel, pendant les années de croissance économique, de veiller à l'efficacité et à la gestion responsable des fonds publics dans le secteur de la santé, tout en appliquant une politique fiscale

prudente dans l'ensemble du secteur public, car en temps de crise économique, il se peut que la population ait davantage besoin de services d'aide sociale et de santé, pour lesquels des fonds publics suffisants sont requis afin de garantir l'équité et l'efficacité dans le cadre d'une couverture universelle. Les pays qui ont abordé la crise économique avec la possibilité d'exploiter leurs réserves ou de supporter à plus ou moins long terme un financement à découvert ont été bien mieux capables de protéger leur population des conséquences de la crise. Gérer la crise est réellement une responsabilité pangouvernementale.

Problèmes perniciox et pensée systémique

124. Il est difficile de remédier aux problèmes de santé actuels en raison de leur complexité, de leur nature multidimensionnelle, des divers niveaux auxquels ils se posent, et de leur dynamique en mutation rapide. Les processus économiques, sociaux, politiques et culturels agissent tout au long de la vie, déterminant la position et la cohésion sociales. Les problèmes tels que l'obésité, l'usage nocif de l'alcool, la consommation de stupéfiants, le manque d'équité croissant dans le domaine sanitaire, les changements démographiques, les menaces environnementales, les épidémies de maladies majeures, les pressions financières sur les systèmes de santé et de protection sociale et les transformations sociales et technologiques accentuent tous la nécessité d'une innovation politique. L'expression « problèmes perniciox » (38) a été utilisée pour désigner des problèmes difficiles à résoudre en raison de leur caractère incomplet, instable, contradictoire et changeant. Bon nombre des défis auxquels nous sommes confrontés au XXI^e siècle dans le domaine de la santé sont des problèmes perniciox. Il est compliqué de remonter à leur source et difficile de définir des relations linéaires entre leurs causes et leurs effets. Les problèmes perniciox doivent être considérés et analysés comme des systèmes ouverts et complexes.

125. Étant donné ces défis, il serait bon de mettre en œuvre des politiques sous la forme d'expériences à grande échelle au cours desquelles un travail de suivi et d'évaluation permettrait de disposer d'un mécanisme indispensable pour que les responsables politiques tirent des leçons des expériences acquises dans la pratique et s'adaptent en conséquence. L'obésité est un excellent exemple de problème de santé perniciox du XXI^e siècle. Les schémas de risques et le comportement à risque associés à la propagation de l'épidémie d'obésité sont complexes et multidimensionnels. Ces risques peuvent être locaux (absence de terrain de jeu ou manque de pistes cyclables), nationaux (manque de règles en matière d'étiquetage des produits alimentaires) et mondiaux (politiques commerciales et agricoles). Seules une démarche à l'échelle du système et de multiples interventions à différents niveaux de gouvernance, qui tiennent compte de la complexité et du caractère perniciox du problème de la lutte contre l'obésité, auront des chances de réussir (39).

2^e partie

Santé 2020 :

Appliquer des stratégies efficaces fondées sur des bases factuelles ; principales parties prenantes

Introduction

126. La 2^e partie de **Santé 2020** s'ouvre sur une série de « cibles » qui s'appliquent à toute la Région européenne de l'OMS et représentent l'essence même de ce cadre politique. Elle détaille ensuite des stratégies fondées sur des bases factuelles, efficaces pour différents points d'entrée et acteurs. Cette 2^e partie s'articule autour des deux principaux objectifs stratégiques de la politique – améliorer la santé pour tous et limiter les inégalités sur le plan sanitaire, et améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé – et des quatre domaines communs d'action stratégique. Ceux-ci sont les suivants : investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et rendre les populations autonomes ; relever les principaux défis sanitaires de l'Europe en matière de maladies (non) transmissibles ; renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise ; et créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien. Les domaines d'action prioritaires communs sont décrits. Le changement est essentiel – la nouvelle réalité requiert des interventions stratégiques nécessitant que les ministères de la Santé fassent participer d'autres secteurs.

« Cibles »

127. **Santé 2020** comprend des grands objectifs pour toute la Région. Ceux-ci seront soutenus par des indicateurs appropriés et apparaîtront dans les rapports sous la forme de moyennes régionales. L'intention est de rendre ces « cibles » à la fois quantitatives/qualitatives lorsque cela est approprié, et « SMART » (soit *specific, measurable, achievable, relevant and time-bound*, à savoir spécifiques, mesurables, réalisables, appropriées et limitées dans le temps). Chaque « cible » représentera un réel progrès potentiel pour l'ensemble des processus, des produits et des résultats du cadre politique **Santé 2020**.

128. Ces « cibles » sont élaborées dans trois grands domaines étayant les deux objectifs stratégiques et les quatre priorités stratégiques qui sous-tendent **Santé 2020**, comme l'illustre l'encadré n° 5 ci-dessous. Ces trois grands domaines sont les suivants :

- charge de morbidité et facteurs de risque
- personnes en bonne santé, bien-être et déterminants
- processus, gouvernance et systèmes de santé.

129. Le recours à des « cibles » n'est pas une fin en soi. Les « cibles » promeuvent la santé et le bien-être en améliorant les performances et en permettant de mieux responsabiliser. Ces « cibles » sont régionales, dans le sens où elles ont été convenues au niveau régional et feront l'objet d'un suivi à ce niveau. Tous les États membres, en tenant compte des circonstances qui leur sont propres, participeront à la réalisation de ces « cibles » et suivront l'état d'avancement du projet. Chaque État membre décidera de la forme et du rythme à donner à la mise en œuvre, et est encouragé à fixer des buts et objectifs nationaux en matière de santé. Les « cibles » ont été élaborées de manière à pouvoir exploiter au maximum les informations sanitaires recueillies systématiquement et éviter d'avoir à collecter de nouvelles données. Les « cibles » régionales proposées apparaissent dans l'encadré n° 5.

Encadré n° 5 « Cibles » régionales proposées pour 2020

Grands domaines cibles de Santé 2020	« Cible »	Lien avec l'objectif stratégique de Santé 2020	Lien avec la priorité stratégique de Santé 2020
1. Charge de morbidité et facteurs de risque	1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020	1. Améliorer la santé pour tous et réduire la fracture sanitaire	2. Relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de maladies (non) transmissibles
2. Personnes en bonne santé, bien-être et déterminants	2. Augmenter l'espérance de vie en Europe	1. Améliorer la santé pour tous et réduire la fracture sanitaire	1. Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser les populations 4. Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien
	3. Limiter le manque d'équité en matière de santé en Europe (objectif des déterminants sociaux)	1. Améliorer la santé pour tous et réduire la fracture sanitaire	1. Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser les populations 4. Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien
	4. Améliorer le bien-être des populations de la Région européenne	1. Améliorer la santé pour tous et réduire la fracture sanitaire	1. Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et responsabiliser les populations 4. Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien

3. Processus, gouvernance et systèmes de santé	5. Couverture universelle et « droit à la santé »	2. Améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé	3. Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation en cas de crise
	6. Les États membres fixent des « cibles » nationales	2. Améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé	3. Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation en cas de crise

Gérer les déterminants de la santé dans leur interaction

130. **Santé 2020**, dans sa globalité, expose clairement les défis sanitaires très réels auxquels les pays de toute la Région sont confrontés. Quoiqu'il puisse y avoir des variations dans les conditions propres à chaque pays, il est de plus en plus vrai que les problématiques clés les concernent tous. Cependant, **Santé 2020** ne se contente pas de décrire ces problématiques ; ce cadre politique met l'accent sur des solutions potentielles et sur les domaines où les données disponibles indiquent qu'une intervention positive peut avoir des effets importants. Ce faisant, **Santé 2020** fournit un canevas fondé sur l'importance de l'adoption de démarches stratégiques dans le cadre desquelles les difficultés sont évaluées à partir d'une perspective qui envisage tout le système.

131. **Santé 2020** le fait en reconnaissant que les divers déterminants de la santé ont des interactions entre eux, et que les facteurs biophysiques, psychologiques, sociaux et environnementaux sont tous importants. Cela accroît l'importance de développer des stratégies multiformes évitant une démarche ponctuelle ou axée sur une campagne isolée, et cherchant plutôt à mobiliser des interventions dans toute une série de domaines afin d'obtenir un effet synergique combiné sur les difficultés que l'on tente de résoudre.

132. Le schéma classique et bien connu montré ci-dessous (fig. 1) aide à illustrer les interrelations entre les différents déterminants de la santé, en reconnaissant qu'il est important d'envisager à la fois les facteurs qui influencent directement le comportement de l'individu et de la communauté, et les importants déterminants sociaux au sens plus large. Il est particulièrement important de gérer les déterminants sociaux, non seulement parce qu'ils peuvent directement influencer la santé (comme les effets de mauvaises conditions de logement ou d'assainissement), mais aussi – et c'est important – parce qu'ils influencent les options et les choix réellement offerts aux gens, leurs chances dans la vie, leur contexte de vie, ce qui affecte leurs décisions, les choix pour lesquels ils optent et leur mode de vie.

Fig. 1. Les déterminants de la santé dans leur interaction



Améliorer la santé pour tous et réduire les inégalités de santé

133. La Commission des déterminants sociaux de la santé (27) a énoncé trois grands principes d'action.

- Améliorer les conditions de la vie quotidienne – les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
- S'attaquer à la répartition inégale du pouvoir, de l'argent et des ressources – les facteurs structurels de la vie quotidienne – aux niveaux mondial, national et local.
- Prendre la mesure du problème, évaluer l'action à mener, enrichir la base de connaissances, se doter d'un personnel préparé à agir sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser le public aux déterminants sociaux de la santé.

134. Pour faire progresser l'état de santé de la population, il est capital d'agir sur les environnements institutionnels, économiques, politiques et sociaux. Des politiques intersectorielles sont aussi nécessaires qu'indispensables. La responsabilité de l'ensemble des pouvoirs publics en matière de santé veut que ces derniers, dans leur totalité et à tous les niveaux de responsabilité, attachent une importance fondamentale aux effets sur la santé dans l'élaboration de toutes leurs politiques de réglementation et de leurs politiques sociales et économiques (40).

135. La santé et le bien-être peuvent connaître une nette amélioration lorsque des pays, des régions et des villes fixent des objectifs communs et procèdent à des investissements conjoints du secteur de la santé et d'autres secteurs. Parmi les domaines prioritaires, il convient de signaler les suivants : la performance scolaire, les conditions d'emploi et de travail, la protection sociale et la réduction de la pauvreté. Parmi les approches, il convient de mentionner les suivantes :

prendre en compte la résilience communautaire ainsi que l'inclusion et la cohésion sociales ; et promouvoir les atouts existant en faveur du bien-être, c'est-à-dire les capacités des individus et des communautés qui permettent de protéger et de promouvoir la santé (par exemple, les compétences personnelles et le sentiment d'appartenance). La définition d'objectifs annuels ou la réduction des inégalités de santé peut aider à motiver la prise de mesures, et constitue l'un des principaux moyens d'évaluer le développement de la santé à tous les niveaux. Les interventions doivent être systématiques et s'inscrire dans la durée.

136. La lutte contre les inégalités sociales contribue de manière significative à la santé et au bien-être. Pour réduire les gradients de la santé, il faut que les politiques menées aient un but global consistant à donner à tous les groupes socioéconomiques des chances égales, notamment en remédiant aux situations défavorisées en matière de santé et en réduisant les disparités sanitaires. Les mesures visant à diminuer ce manque d'équité toucheront toutes les personnes concernées si elles sont appliquées à l'ensemble de la société. La protection sociale universelle permettra de réduire la pauvreté et aura une incidence plus importante sur les personnes dans le besoin que les programmes étroitement ciblés. Toutefois, on ne luttera de manière rentable contre le manque d'équité que si l'intensité des interventions mises en œuvre est proportionnelle aux besoins de chaque individu ou groupe de la société. Dans ce contexte, le terme « besoins » désigne les problèmes sanitaires et sociaux qui se prêtent à des mesures raisonnables dont on sait qu'elles sont efficaces. Dans le cadre de cette démarche, les interventions les plus déterminées viseront à répondre aux besoins des personnes les plus défavorisées et les plus vulnérables, mais les mesures ne porteront pas exclusivement sur ces personnes.

137. Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé peut efficacement aplanir des inégalités de toutes sortes en matière de santé. Il n'est pas possible de lutter contre le manque d'équité en matière de santé sans agir contre le manque d'équité face aux causes de la mauvaise santé – les conditions de la vie quotidienne et la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources. Celles-ci se reflètent, par exemple, dans le manque d'équité entre les sexes et d'autres inéquités sociales, une exposition différente aux risques, et différents niveaux de résilience et d'injustice dans les circonstances immédiates et visibles de la vie des personnes – leur accès aux soins de santé, aux écoles et à l'enseignement, leurs conditions de travail et de loisirs, leur foyer, leur environnement social, leur ville – et leurs chances de vivre une vie épanouie et saine (8, 27, 41, 42). Pour lutter contre ce manque d'équité, il faudrait que chacun jouisse d'un niveau de vie minimum, sain, basé sur les conditions matérielles qui assurent une vie décente et un bon départ dans la vie (accès universel à un bon développement dans le premier âge, ainsi qu'à une éducation et à un emploi de haute qualité) ; et soit investi de certains pouvoirs – c'est-à-dire qu'il ait la maîtrise de sa propre vie, une voix dans le domaine politique et la possibilité de participer aux processus décisionnels. Il est essentiel, pour améliorer la situation sanitaire et réduire le manque d'équité, de concrétiser pleinement ces droits humains, et les États membres ont l'obligation de les respecter et de les protéger (27, 43, 44).

138. Les interventions doivent être menées sur une base universelle mais, étant donné le gradient social en matière de santé, elles doivent l'être avec une intensité en rapport avec les besoins sociaux et sanitaires – l'universalisme proportionné (45). Pour réduire le gradient socioéconomique et la fracture sanitaire générale au sein d'une population donnée, il faut que la santé dans les groupes socioéconomiques les plus défavorisés s'améliore plus rapidement que dans les groupes les plus favorisés. Par conséquent, la réduction de ce gradient social exige des efforts qui ne ciblent pas uniquement les populations les plus vulnérables. La démarche fondée sur le gradient implique une combinaison de mesures universelles globales, avec des stratégies ciblant les groupes à haut risque. Une démarche visant uniquement les groupes défavorisés ne modifierait pas la répartition des déterminants de la santé sur l'ensemble du spectre socioéconomique.

139. Les interventions nécessaires sur le plan mondial ont été résumées dans une déclaration contenue dans la résolution WHA62.14 de l'Assemblée mondiale de la santé (2009) sur la réduction des inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé (46). Une autre déclaration de ce type a été adoptée lors de la récente Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, qui s'est tenue à Rio de Janeiro (Brésil). Toutefois, pour un changement réel, il faudra plus que des déclarations, même si elles s'appuient sur des bases factuelles solides et une évidente bonne volonté. Pour donner suite à la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé et à la Conférence, une stratégie/plan d'action mondial sur les déterminants sociaux de la santé (2012-2017) est en cours d'élaboration par l'OMS. S'attaquer aux inéquités d'origine sociale dans le domaine de la santé nécessite une forte volonté politique, des interventions coordonnées, une approche résolument systémique, l'existence de systèmes efficaces et très performants et l'orientation cohérente de toute une gamme de politiques gouvernementales, en particulier – mais pas exclusivement – celles de la santé (47,48).

140. On oppose souvent l'adoption d'une démarche basée sur les déterminants sociaux de la santé et l'adoption d'une démarche fondée sur les opportunités, le libre arbitre et la responsabilité personnelle en matière de santé, par exemple le comportement qui détermine la santé. Dans la pratique, cependant, comme l'analyse des taux de mortalité élevée (résultats) montre que ceux-ci sont dus aux conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, les individus auront visiblement de la difficulté à prendre sur eux la responsabilité de leur santé tant qu'une action sociale n'aura pas créé les conditions dans lesquelles les gens peuvent avoir la maîtrise de leur propre existence. En fait, il ne s'agit pas de savoir s'il est souhaitable de réduire le manque d'équité en matière de résultats sanitaires, mais de se demander ce qui peut être évité grâce au recours à des moyens raisonnables (49). Pour être efficaces, les mesures adoptées doivent mériter un soutien public et politique.

141. Il est recommandé que les 53 pays de la Région européenne établissent tous des stratégies claires pour corriger les mécanismes et la magnitude actuels du manque d'équité en matière de santé, et ce en intervenant résolument sur les déterminants sociaux de la santé (encadré n° 6) dans le cadre d'une démarche stratégique pansystémique qui trouve un équilibre entre les mesures axées sur les facteurs comportementaux individuels et sur ceux de l'environnement social. On sait que les pays sont, au départ, à des stades très différents en matière de santé, d'équité en santé, et de développement social et économique. Même si cela peut limiter ce qui est faisable à court terme et les délais pouvant être impartis pour gérer certaines problématiques, cela ne devrait pas affecter les aspirations à long terme de la stratégie.

Encadré n° 6. Domaines à couvrir par des stratégies de lutte contre l'équité en matière de santé

Les domaines couverts par les stratégies devraient être notamment les suivants :

Tout au long de la vie

- Garantir une protection sociale et sanitaire adéquate aux femmes, aux futures mères et aux jeunes familles.
- Organiser un système d'enseignement et de soins universel, de haute qualité et à un prix abordable dans les premiers stades de la vie.
- Éliminer l'exposition à un travail peu sain et dangereux, et renforcer les mesures visant à instaurer des lieux de travail sains et à donner accès à l'emploi, ainsi qu'à un travail de haute qualité.
- Prendre des mesures intersectorielles efficaces et cohérentes afin de lutter contre les inégalités dans les stades plus avancés de la vie, à la fois pour prévenir et pour gérer l'évolution de la morbidité chronique et pour améliorer le degré de survie quel que soit le gradient social.

Société au sens plus large

- Améliorer le niveau et la répartition de la protection sociale, en fonction des besoins, afin d'améliorer la situation sanitaire et de lutter contre les inégalités dans ce domaine.
- Veiller à mobiliser des efforts concertés pour limiter les inégalités dans les déterminants locaux de la santé par une création conjointe et un partenariat avec les personnes touchées, la société civile et une série de partenaires citoyens.
- Prendre des mesures vis-à-vis des groupes socialement exclus, en se fondant sur les systèmes déjà en place pour la société au sens plus large et en développant ces systèmes, dans le but de créer des systèmes plus durables, cohésifs et qui favorisent l'inclusion.
- Adopter une perspective visant l'égalité entre les sexes pour comprendre le manque d'équité entre hommes et femmes sur le plan socioéconomique et sanitaire, et pour y remédier.

Contexte général

- Recourir au système de taxes et de transferts pour promouvoir l'équité. La proportion du budget dépensée pour des programmes de santé et de protection sociale devrait être augmentée pour les pays situés sous la moyenne actuelle de l'UE.
- Planifier pour le long terme et sauvegarder les intérêts des générations futures en déterminant les liens entre les facteurs environnementaux, sociaux et économiques et toutes les politiques et pratiques.

Systemes

- La gouvernance pour les déterminants sociaux de la santé et l'équité en matière de santé requiert une plus grande cohérence entre les interventions de tous les secteurs (politiques, investissement et services) et de toutes les parties concernées (public, privé et bénévoles) à tous les niveaux des pouvoirs publics (transnational, national, régional et local).
- Étant donné que la prévention et le traitement équitables des mauvais états de santé représentent un processus de longue durée, ils requièrent une réaction globale, afin de parvenir à un changement durable et équitable en matière de prévention et de traitement.

- Il faudrait publier régulièrement des rapports sur les inégalités en matière de santé et leurs déterminants sociaux à tous les niveaux de gouvernance, dont les niveaux transnational, national, régional et local, et soumettre ces inégalités à un examen public minutieux à ces niveaux.

S'inspirer des bases factuelles – une démarche d'apprentissage en mode intégré

142. Quoique les défis soient redoutables, les preuves s'accumulent quant à l'efficacité de certaines interventions visant à améliorer l'état de santé et de bien-être des individus et des communautés. En pratique, vu le nombre d'influences différentes sur la santé, une multitude de disciplines académiques et professionnelles détiennent chacune une part de la compréhension et de la perception de ce qui est une intervention efficace. Dans le secteur de la santé, en particulier, les démarches adoptées et les enseignements tirés s'inspirent souvent fortement d'une perspective relevant de la science biophysique et médicale. Quoique cette perspective ait sans aucun doute une importance énorme, elle est limitative et unidimensionnelle si adoptée isolément. Par conséquent, on se rend de mieux en mieux compte de la nécessité de mieux intégrer les enseignements recueillis dans d'autres secteurs, notamment ceux du large spectre des sciences sociales et comportementales.

Intégrer de nouvelles réflexions issues des sciences du comportement social et du marketing social stratégique

143. Ces dernières années, on a commencé à beaucoup mieux comprendre les facteurs qui influencent le comportement humain. Cela a mis en lumière le fait que les démarches de communication par messages à l'ancienne, axées sur la rédaction d'informations et l'envoi de messages, suffisent rarement, à elles seules, à influencer positivement le comportement et le choix des personnes en matière de santé. Par contre, les éléments appris dans une démarche intégrée faisant intervenir les sciences du comportement social, dont le marketing social stratégique, la psychologie sociale, l'économie du comportement et la neuroscience, apportent de plus en plus souvent des solutions pratiques et souvent d'un bon rapport coût-efficacité pour gérer la diversité des défis comportementaux chez diverses populations. Le fait d'aller au-delà de la communication pour s'axer davantage sur les aspects comportementaux et pour mieux comprendre la santé et les programmes y afférents offre un potentiel croissant d'obtenir des effets mesurables et durables dans la vie des gens, en trouvant les moyens de les aider concrètement à atteindre leurs propres buts en matière de santé. Cette démarche, combinée à un axe stratégique sur les déterminants sociaux de la santé au sens plus large, aide à renforcer la robustesse et l'efficacité des interventions.

La gouvernance pour la santé au XXI^e siècle

Améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé

144. Le leadership des ministres de la Santé et des organismes de santé publique continuera de jouer un rôle crucial pour la gestion du fardeau sanitaire dans la Région européenne, et il devra être renforcé. Ce rôle de leadership pour la santé met en évidence les avantages économiques, sociaux et politiques de la bonne santé ainsi que les effets négatifs des problèmes de santé et des

inéquités sur le plan de la santé et des déterminants de la santé pour l'ensemble des secteurs, des pouvoirs publics et de la société. Ici, les ministres et les ministères de la Santé ainsi que les organismes de santé publique doivent assumer de nouveaux rôles dans le processus d'élaboration des politiques qui favorisent la santé et le bien-être. Ils doivent sensibiliser et promouvoir des politiques qui profitent à la santé pour tous dans tous les partenariats au-delà du secteur de la santé. L'exercice de ce rôle de leadership requiert de faire usage d'une série d'aptitudes et de compétences, dont la diplomatie, les bases factuelles, l'argumentation et la persuasion.

145. Néanmoins, de nouvelles formes de gouvernance pour la santé sont également nécessaires dans toute la société et pour tous les pouvoirs publics. La gouvernance peut se définir de différentes façons. Dans **Santé 2020**, la définition suivante est employée : « les tentatives des pouvoirs publics ou d'autres acteurs d'orienter des communautés, des pays entiers, voire des groupes de pays, vers la poursuite de la santé comme partie intégrante du bien-être par l'adoption d'une approche à la fois pangouvernementale et pansociétale » (50). Cette définition positionne la santé et le bien-être comme des composantes essentielles d'une société du XXI^e siècle qui réussit et fonctionne bien. Il faut également un leadership musclé pour assurer qu'une responsabilité pansociétale et pangouvernementale pour la santé fonctionne et devienne une réalité. L'élaboration de politiques, la prise de mesures et l'engagement social envers la santé ne surviennent pas seuls. Les éléments qui influent sur la santé sont si divers et diffus dans les sociétés modernes que la promotion et l'amélioration de la santé nécessitent des mesures fondées sur ce nouveau mode de pensée et sur un nouveau cadre théorique : les modèles traditionnels de planification linéaires et rationalistes ne suffiront plus.

146. La gouvernance est progressivement passée d'un modèle centralisé sur l'État à un modèle collaboratif dans lequel elle est assurée collectivement par une multitude d'acteurs appartenant aux pouvoirs publics et à la société (notamment les ministères, les parlements, des agences, les autorités, des commissions, les entreprises, les citoyens, les associations locales, les fondations et les médias). Cette gouvernance pour la santé est dispersée et horizontale. Elle favorise une action conjointe pour un intérêt commun par les secteurs de la santé et les autres secteurs.

147. Tous les niveaux des pouvoirs publics envisagent de mettre en place des structures et des procédures officielles qui favorisent la cohérence et la résolution des problèmes au niveau intersectoriel et qui contrent le manque d'équilibre entre les pouvoirs des différents secteurs. Des structures et des mécanismes permettant la collaboration doivent soutenir les politiques synergiques pour la santé et le bien-être. En ce sens, une gouvernance efficace s'exerçant à plusieurs niveaux est aussi importante qu'une gouvernance intersectorielle et participative. La gouvernance et les processus relatifs aux politiques de santé doivent être transparents et ouverts, et assurer une participation aussi large que possible de divers secteurs, niveaux et groupes d'intérêt. Les politiques d'adaptation doivent être suffisamment résilientes pour répondre à la complexité et prévoir l'incertitude.

148. Il est essentiel de créer une prise de conscience et une capacité de faire des objectifs de santé une partie du développement socioéconomique et humain global d'une société. Tous les domaines politiques, et pas seulement la santé, doivent revoir leur mode de fonctionnement et avoir recours à de nouvelles formes et méthodes d'élaboration et de mise en œuvre des politiques aux niveaux mondial, régional et local. La santé – c'est là un point important – n'est pas le seul champ requérant des interventions dans d'autres secteurs : il existe des besoins bilatéraux et multilatéraux de développer et de mettre en œuvre, en synergie, des politiques élaborées conjointement par plusieurs secteurs.

149. La mise en place d'actions intersectorielles dans les rouages de l'État est évidemment une gageure, notamment en raison de la complexité des problématiques concernées, de la nature

complexe des difficultés rencontrées et du manque de flexibilité propre aux systèmes organisationnels bureaucratiques. La répartition de l'influence et des ressources au sein de la société, les conflits d'intérêt au sein des pouvoirs publics, l'absence de mesures d'encouragement et le manque de volonté au plus haut niveau ajoutent aussi aux difficultés.

150. Ce nouveau concept de gouvernance pour la santé regroupe et élargit les précédentes notions d'action intersectorielle et de politique de santé publique à l'intérieur de notions plus globales et interconnectées de responsabilité pansociétale et pangouvernementale vis-à-vis de la santé. Une démarche relevant du concept de la santé dans toutes les politiques et revendiquant une meilleure place pour la santé à l'ordre du jour politique, le renforcement du dialogue politique relatif à la santé et à ses déterminants, et la responsabilisation quant aux résultats obtenus dans le domaine de la santé, est intrinsèque ici. L'évaluation économique et celle de l'impact sanitaire sont utiles pour estimer les effets potentiels des politiques, et peuvent servir également à sonder les effets sur la qualité. Ces approches mettent en lumière non seulement la nécessité de mieux coordonner et intégrer les activités des pouvoirs publics en matière de santé, mais aussi d'atteindre d'autres secteurs que ceux de l'État, en instaurant ainsi une contribution commune aux grands buts sociétaux tels que la prospérité, le bien-être, l'équité et la durabilité.

Gouvernance de la santé

151. **Santé 2020** désigne la gouvernance du secteur de la santé lui-même par le terme « gouvernance de la santé ». La gouvernance de la santé implique d'être responsable de la formulation et de la mise en œuvre des stratégies nationales et sous-nationales en matière de santé ; de la définition des buts et objectifs sanitaires afin d'améliorer la santé ; de la fourniture de services de soins de santé efficaces et de qualité ; et de la garantie des fonctions essentielles de santé publique. Cela signifie aussi d'être chargé de voir comment les décisions stratégiques influent sur d'autres secteurs et intervenants.

152. La gouvernance de la santé génère des incitants afin de promouvoir de meilleures performances, une meilleure responsabilisation et une plus grande transparence, ainsi qu'une participation totale de l'utilisateur, et ce au moyen d'une structure institutionnelle qui permet d'organiser et de gérer les ressources, les dispensateurs et leurs services pour l'accomplissement d'une politique commune et de buts nationaux en matière de santé. Il faut également envisager de la même manière les moyens (basés sur des informations probantes) d'atteindre ces objectifs.

153. Les ministères de la Santé s'attèlent de plus en plus à mettre en place des approches intersectorielles pour la santé, et à faire office de médiateurs ou de défenseurs de la santé. Comme cela est souligné dans la Charte de Tallinn (24), le secteur de la santé doit entamer une collaboration avec d'autres secteurs et travailler de façon complémentaire et constructive, dans le cadre d'engagements avantageux pour tous du point de vue des buts généraux de société en matière de santé publique, en plus de fournir des services de santé personnalisés. Le secteur de la santé doit aussi assurer le leadership vis-à-vis des autres secteurs quand le renforcement de la santé peut contribuer à la réalisation de leurs objectifs. Lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et à l'Assemblée mondiale de la santé, tous les pays ont approuvé de telles approches de collaboration, qualifiées de pangouvernementales et de pansociétales.

Une gouvernance intelligente

154. Bien que toute démarche normative en matière de gouvernance puisse être contestée, les principes et processus de bonne gouvernance ont été examinés relativement aux pays, par exemple à l'occasion du projet de la Banque mondiale (51) sur les indicateurs mondiaux de gouvernance, qui montre d'importantes corrélations entre la bonne gouvernance et la santé. La

gouvernance pour la santé et la gouvernance dans le secteur de la santé reposent toutes deux sur un système de valeurs et de principes désigné sous l'expression de bonne gouvernance. La gouvernance intelligente décrit les mécanismes choisis pour atteindre des résultats conformément aux principes de bonne gouvernance.

155. Les travaux de recherche ont montré qu'il était nécessaire d'associer plusieurs conceptions de la gouvernance – hiérarchique, dispersée et participative – pour favoriser la santé et le bien-être. Cinq types de gouvernance pour la santé intelligente peuvent être envisagés.

- *Gouverner par la collaboration.* Il convient d'examiner les processus de collaboration, le cercle vertueux entre la communication, la confiance, l'engagement et la compréhension, le choix des outils et des mécanismes disponibles, et la nécessité de transparence et de responsabilité.
- *Gouverner par l'engagement des citoyens.* La gouvernance étant de plus en plus dispersée dans la société, une coopération directe avec le public peut renforcer la transparence et la responsabilisation. La défense des valeurs passe par une relation de partenariat avec le public et par la participation de ce dernier au processus décisionnel. La technologie, en particulier les réseaux sociaux, est un élément moteur qui permet aux citoyens de modifier le mode de fonctionnement des pouvoirs publics et des systèmes de santé. Dans le cadre de ces relations complexes, la participation, la transparence et la responsabilisation deviennent des moteurs de l'innovation.
- *Gouverner en combinant réglementation et persuasion.* Gouverner devient une activité plus souple, plus adaptative et plus multipartite à davantage de niveaux. Les moyens hiérarchiques de gouvernance traditionnels sont de plus en plus souvent complétés par d'autres mécanismes tels que la puissance douce (*soft power*) et les normes juridiques non contraignantes (*soft law*). Ces concepts comprennent l'autoréglementation, la gouvernance par la persuasion, les alliances, les réseaux et les méthodes de coordination ouvertes. Les stratégies de promotion de la santé sont revues sous l'influence croissante des politiques d'incitation douce à faire le bon choix (52). Les réglementations reposant sur plusieurs niveaux hiérarchiques, du niveau mondial au niveau local, par exemple la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac, se généralisent et elles ont une incidence sur de nombreux aspects du mode de vie, du comportement et de la vie quotidienne des individus.
- *Gouverner par des organismes indépendants et des organes d'experts.* Ces entités jouent un rôle de plus en plus important dans la mesure où elles fournissent des informations, veillent au respect des limites de l'éthique, élargissent l'obligation de rendre des comptes et renforcent la responsabilité démocratique en matière de santé, dans des domaines tels que la confidentialité, l'évaluation des risques, le contrôle de la qualité, l'évaluation des technologies de santé et l'évaluation de l'impact sanitaire.
- *Gouverner par des politiques souples, des structures solides et de la prévoyance.* Les approches pangouvernementales doivent être souples et rendre compte de la complexité de la causalité, car les problèmes complexes et pernicioeux n'ont pas de causalité linéaire ni de solution simple. La prise de décision décentralisée et l'auto-organisation ou l'utilisation de réseaux sociaux aident les parties prenantes à réagir rapidement à des événements imprévus de manière innovante. Les interventions doivent être itératives et inclure un apprentissage continu, une acquisition et un partage de connaissances entre les différentes parties prenantes et des mécanismes destinés à encourager la poursuite des délibérations ou l'ajustement automatique des politiques. Les interventions politiques dans un domaine peuvent avoir des conséquences inattendues dans un autre, et les études montrent l'intérêt d'œuvrer en faveur d'interventions nombreuses, variées et à petite échelle aux niveaux local et communautaire pour le même problème, afin d'encourager l'apprentissage et l'adaptation. La gouvernance anticipative assortie de mécanismes de prévoyance participative peut également favoriser la résilience de la société en orientant

les politiques de manière à relever des défis systémiques plus fondamentaux et à délibérer ensemble des dimensions sociales de la politique des pouvoirs publics ainsi que de celles fondées sur les valeurs et sur la science, plutôt que de mettre l'accent sur les risques.

Œuvrer ensemble aux priorités communes pour la santé

156. Le cadre politique **Santé 2020** propose quatre domaines communs d'intervention par des politiques, en se fondant sur les catégories pour la définition des priorités et des programmes de l'OMS, telles que convenues par les États membres au niveau mondial et adaptées afin de tenir compte de l'expérience et des exigences particulières de la Région européenne. Ces domaines se basent également sur les stratégies et plans d'action correspondants de l'OMS aux niveaux régional et mondial.

- Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et rendre les populations autonomes.
- Relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de maladies (non) transmissibles.
- Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise.
- Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien.

157. Ces quatre domaines prioritaires ne sont pas des domaines d'action isolés, mais sont fréquemment interdépendants et complémentaires. Par exemple, en intervenant sur le cours de la vie et en donnant des pouvoirs aux personnes ou en renforçant les capacités de santé publique, on contribuera à enrayer l'épidémie de maladies non transmissibles. Les pouvoirs publics parviennent à obtenir plus d'effets sur la santé quand ils établissent un lien entre les politiques, les investissements et les services, et se concentrent sur la lutte contre les inégalités. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe intensifiera son rôle de ressource pour la formulation de politiques basées sur des exemples de telles approches intégrées et de bases factuelles à cet égard.

158. Pour gérer ces priorités, il faut combiner les démarches de gouvernance – hiérarchique, décentralisée et participative – afin que la santé et le bien-être soient atteignables par chacun. Ce type de gouvernance anticipera les changements, favorisera l'innovation et sera orientée vers l'investissement dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Parmi les nouvelles façons d'envisager la gouvernance pour la santé, citons notamment la gouvernance par collaboration, par l'engagement citoyen, par l'alliance entre la réglementation et la persuasion, et par des agences et organes d'experts indépendants. Cette dernière manière, en particulier, reflète la fonction toujours plus importante de l'évaluation des bases factuelles, de la surveillance des limites éthiques, et du renforcement de la transparence et de la responsabilisation démocratique dans des domaines comme la vie privée, l'évaluation des risques et l'évaluation de l'impact sur la santé.

159. Le cadre politique **Santé 2020** tient également compte du fait qu'en matière de politique de la santé, beaucoup de décisions doivent être prises dans des conditions où les connaissances sont incertaines et imparfaites. On ne sait pas encore clairement comment aborder le plus efficacement possible des problèmes complexes tels que l'obésité, les morbidités multiples et les maladies neurodégénératives. Le contexte est aussi important, puisque ce qui est efficace dans un système de santé ou dans un pays n'est peut-être pas exportable sans une adaptation adéquate. De même, les effets de nombreux aspects de la réforme du système de santé sur le système ne peuvent être parfaitement prédits. Les études révèlent l'intérêt de promouvoir toute

une série d'interventions à petite échelle, mais multiformes, ciblant la résolution de problèmes aux niveaux local et communautaire, afin d'encourager l'apprentissage et l'adaptation.

Investir dans la santé en adoptant une perspective qui porte sur toute la durée de la vie et autonomiser les populations

160. La promotion d'une bonne santé et de ses déterminants sociaux pendant toute la durée de l'existence des individus se traduit par un prolongement de l'espérance de vie et un dividende de longévité qui, tous deux, peuvent engendrer d'importants avantages économiques, sociaux et individuels. La transformation démographique requiert une stratégie efficace englobant toute l'existence et donnant la priorité à de nouvelles manières d'investir les gens de certains pouvoirs et de bâtir une résilience et des capacités, de façon à promouvoir la santé et à prévenir la maladie. Les enfants qui démarrent bien dans la vie apprennent mieux et ont des vies plus productives ; les adultes qui ont la maîtrise de leur existence ont une plus grande capacité de participation à l'économie et à la vie sociale et de vivre une vie saine ; et les personnes âgées en bonne santé peuvent continuer à contribuer activement à la société. Le vieillissement actif en bonne santé, qui commence d'ailleurs dès la naissance, constitue une priorité politique et une importante priorité de la recherche.

161. Les programmes de promotion de la santé basés sur les principes de l'engagement et de l'autonomisation apportent des bienfaits réels pour la santé et ses déterminants. Il peut s'agir notamment de créer de meilleures conditions de vie, d'améliorer les compétences de vie et l'instruction en santé, de promouvoir une vie indépendante et de faire en sorte que les choix sains soient aussi les choix les plus faciles. Cela signifie sécuriser la grossesse ; donner aux individus un bon départ dans la vie ; promouvoir la sécurité et le bien-être et assurer la protection des enfants et des jeunes ; promouvoir les environnements professionnels de bonne qualité, favorables à la santé, et encourager un vieillissement actif et en bonne santé. Étant donné l'épidémie toujours plus virulente de maladies non transmissibles et leurs déterminants, la fourniture d'aliments sains et la création d'un environnement sûr et durable tout au long de la vie sont une priorité. Le fait d'investir dans des initiatives pour des environnements favorables à la santé offre des opportunités uniques de renforcer l'instruction en santé.

Des femmes, des mères et des enfants en bonne santé

Analyse de la situation

162. Les années durant lesquelles la femme peut procréer ont des répercussions énormes sur son état de santé et de bien-être général, et la vie d'une mère et celle de son bébé sont inextricablement liées. Un planning familial, une grossesse, un accouchement et un allaitement sans risques sont les conditions premières d'une croissance en bonne santé mais, pour beaucoup de femmes, la grossesse et l'accouchement sont encore une période à risque. Quoique le taux de mortalité maternelle ait été presque diminué par deux dans l'ensemble de la Région européenne entre 1990 et 2006, les progrès ont été inégaux, et des inégalités frappantes subsistent dans et entre les pays de la Région européenne. La maternité peut entraîner des complications : pour chaque femme qui meurt en couches dans le monde, on estime qu'au moins 20 autres souffrent de traumatismes, d'infections et d'incapacités (53).

163. Les femmes doivent être habilitées à contrôler la reproduction. Pour certaines femmes, la grossesse et la maternité ne sont pas un choix, mais les autres solutions posent des difficultés qui leur sont propres. Beaucoup de pays ont grandement besoin d'une contraception efficace et sûre, et la Région européenne enregistre les niveaux les plus élevés d'avortements provoqués de

toutes les Régions de l'OMS, les avortements à risque étant, dans certains pays, à l'origine de 30 % des décès maternels (54,55).

164. Parmi les principales causes de morbidité et de mortalité maternelles figurent les hémorragies, l'infection, l'hypertension artérielle, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions et la dystocie d'obstacle. Ces causes peuvent être évitées et traitées grâce à des interventions élémentaires d'un bon rapport coût-efficacité, mais toutes les femmes de la Région européenne de l'OMS n'ont pas accès aux soins et aux services dont elles ont besoin.

165. L'âge des premiers rapports sexuels baisse dans de nombreux pays de la Région européenne. Dans bien des cas, les relations sexuelles à risque entraînent des infections sexuellement transmises et des grossesses non désirées. Les femmes et les hommes planifient et ont des enfants plus tard, ce qui augmente le risque de malformations congénitales, de stérilité, de procréation médicalement assistée et de grossesses à haut risque par suite de maladies chroniques et autres problèmes de santé (56,57).

166. Dans la Région, il existe des inéquités importantes dans et entre les pays pour l'accès à des travailleurs qualifiés lors de l'accouchement, des soins prénatals, et dans les services de planning familial et autres services pour la santé génésique. Le niveau d'instruction de la mère, son état de santé et de nutrition, son statut socioéconomique, les normes et rôles prévalant pour les deux sexes et la qualité des services de santé et services sociaux dont elle bénéficie influencent profondément ses chances d'avoir une grossesse et un bilan de santé réussis (58).

167. Le taux de mortalité infantile pour la Région européenne a, lui aussi, baissé de plus de 50 % depuis 1990 mais, là encore, les pays diffèrent sensiblement, avec des écarts de 25 fois entre les pays ayant les chiffres les plus et les moins élevés. Par exemple, le taux de mortalité infantile dans les républiques d'Asie centrale et au Kazakhstan est plus de deux fois supérieur à celui de la Région européenne, et plus de quatre fois supérieur à celui des 15 pays qui étaient membres de l'UE avant 2004. C'est pendant les 28 premiers jours de la vie que les enfants courent le plus de risques de mourir, et 75 % des décès de nouveaux-nés se produisent durant la première semaine de vie (59,60).

168. Les principales causes de décès chez les nouveaux-nés sont la prématurité et un poids trop faible à la naissance, des infections, une asphyxie, un traumatisme à la naissance et des anomalies congénitales ; ces causes représentent près de 80 % des décès dans ce groupe d'âge. Ces causes sont intrinsèquement d'origine socioéconomique – elles sont liées à l'état de santé et aux conditions de vie de la mère et aux soins reçus avant, pendant et immédiatement après la naissance. En général, les proportions de décès imputés à la prématurité et aux troubles congénitaux augmentent au fur et à mesure que le taux de mortalité néonatale baisse, et les proportions causées par des infections et des asphyxies diminuent à mesure que les soins s'améliorent (61).

Des solutions efficaces

169. Des facteurs contextuels comme un environnement sain, l'autonomisation des femmes, l'éducation et la pauvreté jouent un rôle important dans la réduction des niveaux de mortalité maternelle, néonatale et infantile, au même titre que les soins fournis par les systèmes de santé. Si tant les soins que les interventions contextuelles contribuent à réduire la mortalité maternelle, cela peut dépendre davantage des efforts des systèmes de santé et moins des facteurs contextuels que pour la mortalité infantile. Là où le contexte est particulièrement difficile, même de puissants systèmes de santé n'exerceront que des effets limités sur la mortalité ; inversement, lorsqu'il existe un contexte favorable à la santé, un système de santé déficient pourra ralentir considérablement la réduction de la mortalité.

170. L'accès à l'éducation sexuelle, à des services de planification familiale et à l'avortement sans risque réduit le nombre des grossesses non désirées ainsi que la morbidité et la mortalité dues à l'avortement, sans influencer sur les taux de fécondité.

171. L'adoption du module OMS de formation aux soins périnataux efficaces (62) a fait baisser la mortalité périnatale et maternelle tout en réduisant le manque d'équité. Il a été démontré que ce module, couplé au lancement de l'audit maternel et périnatal, contribuait à améliorer et à sécuriser l'accouchement. L'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices cliniques nationales et d'un système d'orientation des futures mères vers des spécialistes des soins périnataux ont abouti à une baisse de la mortalité maternelle et périnatale. En outre, un meilleur enregistrement des décès périnataux a fourni une base pour la planification stratégique.

172. Le fait d'assurer des interventions sanitaires éprouvées et efficaces pendant la grossesse, à la naissance et durant la première semaine de la vie pourrait empêcher les deux tiers des décès de nouveaux-nés, réduire la mortalité maternelle et donner un meilleur départ aux bébés qui survivent. Les interventions et les démarches qui peuvent aider à sauver la vie de la mère et du nouveau-né fonctionnent même avec des moyens très réduits. Des données de plus en plus nombreuses montrent que l'investissement dans le développement du jeune enfant est l'une des mesures les plus puissantes que les États puissent prendre pour réduire la charge sans cesse plus élevée que constituent les maladies chroniques (26,63-72).

173. L'allaitement maternel est un aspect important de la prestation des soins aux nourrissons et aux jeunes enfants. La nutrition et la croissance physique s'en trouvent améliorées, la sensibilité aux maladies courantes de l'enfance est réduite et la résistance à celles-ci améliorée ; de même, le risque de certaines maladies non transmissibles dans la vie ultérieure est moindre et l'attachement à la personne qui s'occupe de l'enfant et le développement psychologique de celui-ci sont stimulés.

174. Les stratégies de l'OMS dans ce domaine, aux niveaux mondial et régional, sont celles qui ont trait à la santé sexuelle et génésique (73,74), à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (75) et à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (76). Les travaux de l'OMS sont liés au travail de concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement définis par les Nations Unies (68,77), notamment de ceux qui visent à réduire la mortalité infantile et à améliorer la santé maternelle. L'objectif n° 1 du Millénaire pour le développement, sur l'éradication de la pauvreté extrême et de la faim, met notamment l'accent sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, et l'objectif n° 3 promeut l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes. La Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants a été lancée aux Nations Unies en 2010. Elle stipule que la santé des femmes et des enfants est la clé du progrès pour tous les objectifs de développement (78-80). En 2010, afin d'améliorer le processus de notification, de suivi et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant, l'OMS a réuni la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant.

Des enfants et des adolescents en bonne santé

Analyse de la situation

175. La Région européenne comprend quelques-uns des pays qui ont les taux de mortalité infantile les plus bas au monde, et la plupart des enfants et des adolescents de la Région européenne de l'OMS jouissent d'un haut niveau de santé et de bien-être. Toutefois, cette Région connaît aussi certains écarts de taille : la mortalité observée chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays présentant les taux les plus élevés est 20 à 30 fois supérieure à celle des pays accusant le taux le plus bas.

176. Dans la Région européenne, le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est de 9,81 pour 1 000 naissances vivantes. Chez les enfants de moins de 15 ans, la mortalité a diminué dans tous les groupes de pays de la Région européenne et, pour les enfants de moins de cinq ans, elle est actuellement la plus faible de toutes les Régions de l'OMS, bien qu'elle puisse varier sensiblement d'un pays à l'autre. C'est ainsi que les taux de mortalité infanto-juvénile diminuent plus lentement dans les pays de la Communauté des États indépendants (CEI),⁶ où un enfant qui naît risque trois fois plus de mourir avant l'âge de cinq ans qu'un enfant né dans un pays de l'UE.

177. Les principales causes de décès d'enfants de moins de cinq ans dans la Région européenne sont les affections néonatales, la pneumonie et la diarrhée. Pour près de la moitié, les décès sont associés à la malnutrition. Les enfants sont aussi exposés aux risques tenant à des environnements dangereux, à l'obésité et aux modes de vie malsains. Dans les villes, la pauvreté aggrave encore les disparités socioéconomiques. Là où l'on dispose de données, de nettes différences ont été mises en évidence dans les taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans entre les zones urbaines et rurales ainsi qu'entre les ménages à revenus les plus bas et ceux à revenus les plus élevés (27,68,81–84).

178. Le suicide et les accidents entraînent de nombreux décès et des incapacités considérables chez les jeunes. Chaque jour, dans la Région européenne, plus de 300 jeunes meurent de causes en grande partie évitables. Toujours dans la Région, près de 10 % des jeunes de 18 ans sont déprimés. Les traumatismes sont la première cause de décès chez les jeunes, notamment les garçons ; les traumatismes dus aux accidents de la circulation sont la principale cause de décès et la principale cause de traumatismes chez les 10 à 24 ans (85-89). Dans tous les pays et tous groupes socioéconomiques confondus, les jeunes hommes sont plus touchés par les suicides et les accidents (90).

179. Un bon départ dans l'existence jette les bases d'une vie en bonne santé. Un bon début se caractérise par ce qui suit : une mère qui a été en mesure d'opérer des choix en matière de santé génésique, qui est en bonne santé pendant la grossesse, qui met au monde un enfant d'un poids suffisant, enfant qui, en bas âge, est entouré de chaleur et d'attention, qui a accès à des soins infantiles de grande qualité et dont l'éducation et la vie débutent dans un milieu qui permet de jouer sans danger à l'extérieur. Les bases factuelles montrent que des services de haute qualité pour les jeunes enfants, avec des effets sur le rôle parental, peuvent compenser les effets d'un désavantage social sur le développement du jeune enfant.

180. La première année de la vie est décisive pour le bon développement physique et mental. Les enfants et les adolescents ont besoin d'environnements sûrs qui leur fournissent un bon encadrement : un air et de l'eau purs, un logement ne présentant pas de risques de sécurité, des aliments nutritifs, et un mode de vie sain. Ils ont aussi besoin d'un accès à des services conviviaux et adaptés à leur âge. La promotion du développement physique, cognitif, social et émotionnel est cruciale pour tous les enfants, dès le premier âge. Les enfants qui connaissent un bon départ ont toutes les chances de bien travailler en classe, d'accéder à des emplois mieux rémunérés et de jouir d'une meilleure santé physique et mentale à l'âge adulte.

181. Les atouts à la base du bien-être, tels que la capacité à résoudre des problèmes, la maîtrise émotionnelle et la sécurité physique, sont les points d'ancrage de la santé et du développement du jeune enfant. En développant ces aptitudes et en optimisant le bien-être pendant la petite enfance, on jette les bases d'un bien-être ressenti durant toute l'existence.

⁶ Au moment du recueil de ces données, la CEI se composait de l'Arménie, de l'Azerbaïdjan, du Bélarus, de la Fédération de Russie, de la Géorgie, du Kazakhstan, du Kirghizistan, de l'Ouzbékistan, de la République de Moldova, du Tadjikistan, du Turkménistan et de l'Ukraine.

182. Les enfants naissant dans des foyers défavorisés ou dans un contexte familial défavorable sont exposés à un plus grand risque de croissance et de développement médiocres. Optimiser la santé et le bien-être plus tard dans la vie oblige à investir dans des expériences et un développement positifs dans la petite enfance. Une bonne santé mentale, affective et sociale aide à protéger les enfants des problèmes psychiques et psychosociaux, de la violence et de la criminalité, des grossesses d'adolescentes et de l'utilisation abusive de l'alcool et des drogues, tout en déterminant leur bonne progression à l'école (91–99).

183. Beaucoup de maladies graves et de types d'exposition à des facteurs de risque (tels que l'usage du tabac et les mauvaises habitudes en matière d'alimentation et d'exercice) dans la vie adulte trouvent leur origine pendant l'enfance et l'adolescence. Ainsi, le tabagisme, la mauvaise santé mentale, les infections sexuellement transmises, y compris l'infection à VIH, et les mauvaises habitudes en matière d'alimentation et d'exercice, peuvent tous aboutir ultérieurement à la maladie et à un décès prématuré. La prévalence du surpoids parmi les jeunes de moins de 16 ans se situe entre 10 et 20 % dans la Région européenne, avec des taux plus élevés chez les enfants d'Europe méridionale. Les habitudes alimentaires des jeunes ne sont pas les meilleures pour la santé, avec notamment une consommation de fruits et légumes inférieure aux niveaux recommandés et une consommation élevée de boissons sucrées. Les niveaux d'activité physique diminuent pendant l'adolescence, plus nettement encore chez les filles. Dans la Région Européenne, la prévalence du tabagisme à l'âge de 13 ans est de 5 % et s'élève à 19 % à 15 ans. Près des deux tiers des adolescents de 16 ans ont consommé de l'alcool au cours des 30 jours précédents. Enfin, à travers les pays de la Région européenne, de 12 à 38 % des jeunes de 15 ans déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels (57,100-102). L'usage du préservatif et d'autres contraceptifs n'est pas répandu de la même façon d'un pays à l'autre, ni entre les garçons et les filles.

184. L'adolescence est ordinairement une époque de bonne santé pour les filles comme pour les garçons, avec des possibilités de croissance et de développement. Aujourd'hui, les jeunes gens atteignent une maturité physique et grandissent plus tôt qu'auparavant. Néanmoins, l'adolescence peut aussi être une époque de risque, notamment en matière d'activité sexuelle non protégée, de consommation de produits psychotropes et d'accidents. Le milieu socioéconomique dans lequel les adolescents grandissent détermine souvent le comportement qu'ils adoptent pendant l'adolescence (92). La recherche montre que les garçons et les filles se différencient sur le plan de l'exposition et de la vulnérabilité aux risques et aux pathologies telles les troubles dépressifs, les traumatismes, l'abus des produits psychotropes, les troubles liés à l'alimentation, les infections sexuellement transmises, la violence et les automutilations, y compris le suicide.

Des solutions efficaces

185. Une bonne part de la mortalité et de la morbidité des enfants et des adolescents est évitable. Des mesures efficaces et peu coûteuses pourraient éviter deux tiers des décès. Plusieurs des maladies de l'enfant peuvent être évitées par la vaccination et des mesures relativement simples et peu coûteuses. La stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) de l'OMS promeut un module d'interventions simples, efficaces et abordables pour la prise en charge combinée des principales maladies de l'enfant et de la malnutrition, et comprend notamment la prescription d'antibiotiques, le traitement de l'anémie, la vaccination et la promotion de l'allaitement maternel (103,104).

186. Les mesures de lutte contre le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool doivent insister sur la protection des enfants par des mesures efficaces prises au niveau de la population et des réglementations telles que l'interdiction de la publicité, l'interdiction de la vente aux mineurs, la promotion d'espaces sans fumée et des politiques de fixation des prix. Les enfants sont vulnérables et exposés aux pressions du marketing, et des interventions peuvent réduire les

effets sur les enfants du marketing d'aliments à forte teneur en graisses saturées, en acides gras trans, en sucre libre ou en sel. Des mesures d'ordre environnemental peuvent être prises pour promouvoir l'activité physique : par exemple, grâce à l'aménagement urbain et à la planification de la journée d'école.

187. Il est hautement utile d'accorder une priorité stratégique à la vie saine chez les jeunes. De nombreux facteurs influent sur le bien-être affectif et social de l'enfant, depuis son patrimoine individuel et familial jusqu'à la collectivité dans laquelle il vit et à la société dans son ensemble. Par conséquent, une stratégie multi-agences plus vaste est nécessaire, et la population elle-même peut y participer. Un grand nombre d'intervenants peuvent être mobilisés pour soutenir des programmes de promotion de la santé, notamment par le biais d'activités ciblant une génération en particulier. Pour les jeunes, il peut s'agir de politiques visant à améliorer la situation sociale et économique des enfants vivant dans un contexte défavorisé (90, 91, 94, 105–108) ; d'activités en milieu scolaire impliquant toute l'école, afin de développer et de protéger le bien-être social et émotionnel des enfants, avec notamment des programmes scolaires d'instruction en santé ; d'un enseignement dispensé par les camarades ; et du développement des mouvements de jeunesse. Il importe particulièrement d'intégrer les activités sur la santé mentale et la santé sexuelle dans ces programmes et activités.

188. Les stratégies de l'OMS dans ce domaine, à l'échelle mondiale et régionale, sont celles qui ont trait à la santé et au développement des enfants et des adolescents (109), à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (75), à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (76) et au Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe (82). Des travaux sont en cours pour tenter d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies dans ce domaine, comme l'objectif n° 1 pour la réduction de la mortalité infantile et l'objectif n° 2 pour l'instauration d'un enseignement primaire pour tous. Les bases factuelles sont probantes en ce qui concerne la nécessité de prendre des mesures sexospécifiques pour améliorer la santé des adolescents dans plusieurs domaines, tels que la santé mentale, l'obésité, les traumatismes, le VIH, les maladies chroniques, la santé sexuelle et reproductive, la violence et le bien-être (90).

Des adultes en bonne santé

Analyse de la situation

189. L'âge adulte implique des événements tels que l'exercice d'un emploi, du rôle parental, de la fonction citoyenne et les soins apportés aux parents âgés. Pour de nombreux adultes, atteindre un bon équilibre travail-vie personnelle et concilier responsabilités professionnelle et privée relève du tour de force, et ce sont les femmes et les parents isolés qui ont le plus de difficultés. Les femmes sont désavantagées pour ce qui est de l'accès et de la participation au marché du travail, et les hommes sont désavantagés quant à la participation à la vie de famille.

190. Les modèles sociaux prédéterminés tendent à partir du principe que les hommes sont principalement responsables du travail rémunéré provenant de l'activité économique, et qu'aux femmes sont principalement dévolues les tâches non rémunérées consistant à s'occuper d'une famille. Dans de nombreux pays et dans certaines cultures de la Région européenne, les normes traditionnelles relatives aux genres empêchent toujours les femmes de prendre un emploi lucratif et d'avoir un revenu. Il existe encore un énorme déséquilibre entre les hommes et les femmes en matière de répartition des responsabilités familiales et ménagères. Le fait d'être parent affecte l'emploi chez les femmes : beaucoup de femmes optent pour des modalités de travail assouplies ou renoncent tout simplement à travailler, ce qui perturbe l'évolution des carrières féminines, creuse l'écart des rémunérations entre les hommes et les femmes et réduit leurs droits à la pension.

191. Des politiques et services axés sur les parents devraient habiliter les femmes ayant des enfants à prendre le contrôle de leur vie, encadrer la santé et le développement de leurs enfants et promouvoir l'élargissement du rôle du père. En particulier, les politiques d'emploi favorables à la famille devraient être renforcées grâce à l'introduction d'heures de travail plus flexibles – sans passer à des contrats à court terme sans sécurité d'emploi – et grâce à la mise à disposition des parents de services de garde d'enfants à prix abordable, afin de les aider à combiner le travail et leurs responsabilités parentales.

192. L'aptitude à concilier heureusement vie privée et vie professionnelle, à parvenir à un équilibre optimal entre travail et vie de tous les jours, a des incidences sur les taux de fécondité et le renouvellement démographique. Avec une population qui vieillit, les femmes et les hommes ont souvent le double fardeau de s'occuper à la fois de leurs enfants et de leurs parents à charge. Les couples et les individus doivent pouvoir décider librement et en connaissance de cause du nombre, de l'espacement et du moment des naissances de leurs enfants et de disposer des informations et des moyens pour le faire. La santé sexuelle et les années de procréation influencent terriblement la santé et le bien-être général des hommes et des femmes, mais dans certaines parties de la Région, les besoins en matière de santé sexuelle et génésique peuvent encore être considérés comme trop privés ou culturellement sensibles pour être gérés comme il se doit.

193. Les soins de santé génésique visent à améliorer la vie et les relations interpersonnelles, et ne se bornent pas à la fourniture de conseils et de soins en matière de reproduction et de maladies sexuellement transmissibles. Les stratégies de l'OMS en la matière sont notamment celles qui promeuvent la santé sexuelle et la procréation choisie (73,74).

194. Dans la Région européenne, de nombreux changements influent de façon disproportionnée sur les adultes à différents stades de leur vie. Un emploi de bonne qualité, avec un haut niveau de maîtrise sur le travail et un équilibre correct entre effort et récompense est une importante condition préalable pour la santé. Pour beaucoup de jeunes, le chômage est encore élevé et l'instabilité dans le premier emploi est devenue la norme, souvent avec des effets indésirables sur la fécondité et la fondation de familles. Pour les travailleurs plus âgés, les trajectoires classiques menant à la retraite se sont érodées et c'est l'instabilité d'emploi en fin de vie professionnelle et différents parcours de retraite anticipée qui les ont remplacées. L'intégration toujours plus grande des femmes dans les emplois rémunérés est souvent associée à des formes de travail atypiques.

195. L'absence de maîtrise sur le travail et la vie de famille peut nuire à la santé. L'accumulation du risque psychosocial peut accroître le stress de longue durée et les risques de décès prématuré. Les emplois qui exigent beaucoup du personnel et ceux qui lui laissent peu d'initiative comportent tous deux des risques. La santé pâtit lorsque les gens maîtrisent mal leur travail, n'ont guère l'occasion d'employer leurs compétences et peu de pouvoir de décision.

196. Le chômage, l'insécurité, la discrimination et l'exclusion du monde du travail augmentent le risque de troubles physiques et mentaux. Le chômage de longue durée pose un grave problème pour les résultats obtenus à long terme dans le domaine de la santé.

Des solutions efficaces

197. Promouvoir le bien-être des adultes dans la Région européenne nécessite des démarches variées. On peut recourir à des techniques d'innovation sociale impliquant les communautés dans les processus d'élaboration des politiques pour optimiser le bien-être en incitant les citoyens à se saisir de toute une série de questions sociales et de bien-être, et à proposer des solutions qu'il est souhaitable d'appliquer pour enrichir la vie quotidienne des gens. Une promotion de la santé sur le lieu de travail qui ne vise pas seulement à éviter la maladie, mais

aussi à optimiser le bien-être du salarié peut être avantageuse tant pour les salariés que pour les employeurs. De meilleures conditions de travail, avec des mécanismes permettant au personnel d'agir sur la manière dont son travail est organisé et amélioré, aboutissent à un lieu de travail plus sain et plus productif.

198. Les pouvoirs publics devraient s'efforcer autant que possible d'éviter le chômage (en particulier le chômage à long terme), l'insécurité, la discrimination et l'exclusion du monde du travail. Les principales mesures liées à la santé consistent notamment à introduire des programmes d'insertion active sur le marché de l'emploi, à promouvoir le recours aux contrats d'emploi à durée indéterminée, à adapter le milieu de travail physique et psychosocial aux besoins des différents salariés, à accroître l'emprise tant individuelle que collective des salariés sur leur travail, et à renforcer les services de santé des travailleurs. Comme l'âge de la retraite va vraisemblablement s'élever, il faut également tenir compte des besoins d'un personnel vieillissant.

199. Les politiques de protection sociale prenant la forme de stratégies d'insertion active sur le marché du travail et d'interventions pour un retour au travail peuvent avoir un effet protecteur de la santé en périodes de ralentissement de l'activité économique et de montée du chômage (110). Les tendances de la mortalité dans l'UE pendant les récessions des trente dernières années montrent que les pays peuvent éviter une élévation des taux de suicides en consacrant au moins 200 USD par personne et par an à des programmes de dynamisation accrue du marché du travail visant à améliorer les chances de trouver un emploi et à protéger les personnes qui ont un travail.

200. Dans les pays à bas et moyen revenu, les mesures stratégiques impliqueront notamment de promouvoir une croissance économique durable tournée vers l'écologie ; de transférer les connaissances et les compétences ; d'accroître la capacité d'insertion professionnelle, surtout chez les jeunes ; de garantir une plus grande stabilité d'emploi chez les populations les plus vulnérables ; de réduire l'exposition à des conditions de travail insalubres et aux risques de maladies et de traumatismes qui y sont associés ; et de gérer les risques sanitaires par l'application de réglementations nationales et la prestation de services d'hygiène du travail de qualité.

201. Dans les pays à haut revenu, les mesures stratégiques impliqueront de garantir des niveaux élevés d'emploi dans le cadre d'économies durables et tournées vers l'écologie ; de préserver les normes de travail décent et les politiques de protection sociale ; d'élaborer des outils normalisés pour le suivi et la gestion des risques ; et de mettre en œuvre des méthodes connues afin d'améliorer la sécurité et la salubrité du travail, la priorité étant accordée aux groupes à haut risque, dont les personnes sans emploi.

202. Pour atteindre un bon équilibre entre travail et vie privée, un certain nombre de mesures peuvent être mises en place. Il s'agit notamment d'accorder des congés familiaux ; d'améliorer les services de garde d'enfants ; d'organiser le temps de travail pour permettre des aménagements d'horaires ; de bannir tout ce qui conduit à des différences de salaires entre hommes et femmes ; d'harmoniser les horaires de l'école et du travail ; et de revoir les horaires d'ouverture des magasins. Les politiques d'emploi devraient aussi prévoir des mesures qui favorisent un partage plus équitable entre les hommes et les femmes des congés accordés pour s'occuper d'enfants ou de personnes âgées. Les différences entre les pays sont révélatrices de ce que l'on peut accomplir en matière de politique d'accompagnement social.

203. La stratégie de Lisbonne, de l'UE (111), a reconnu à quel point il était important de promouvoir tous les aspects de l'égalité des chances. Une meilleure conciliation de la vie familiale et professionnelle est l'une des orientations de la Stratégie européenne de l'emploi et fait partie du processus européen de lutte contre la pauvreté et de promotion de l'insertion

sociale. Les résolutions de l'OMS concernant l'insertion sociale, l'égalité entre les sexes et la pauvreté et la santé aux niveaux régional et mondial sont également pertinentes (112).

Des personnes âgées en bonne santé

Analyse de la situation

204. Globalement, l'accroissement de l'espérance de vie des femmes et des hommes est un acquis majeur auquel les politiques sanitaires et sociales ont largement contribué. À mesure que l'espérance de vie s'accroît, de plus en plus de gens dépassent les 65 ans et atteignent le grand âge, augmentant ainsi considérablement le nombre des personnes âgées. D'ici 2050, on s'attend à ce que plus d'un quart (27 %) de la population ait 65 ans ou plus. Actuellement, il y a 2,5 femmes pour un homme parmi les 85 ans et plus, et l'on prévoit une accentuation de ce déséquilibre en 2050 (69).

205. Si les femmes de la Région européenne vivent en moyenne 7,5 ans de plus que les hommes, elles passent aussi une plus grande partie de leur vie en mauvaise santé que les hommes. Comme les taux d'incapacité des femmes sont aussi plus élevés, les femmes constituent la grande majorité des personnes très âgées qui ont en permanence besoin de soins et de soutien social (113).

206. Plus on avance en âge et plus les maladies non transmissibles deviennent les principales causes de morbidité, d'incapacité et de mortalité, et plus les morbidités multiples deviennent répandues. La situation socioéconomique influe beaucoup sur la santé avec, par exemple, une morbidité souvent plus élevée dans la vieillesse chez ceux qui ont exercé des métiers peu valorisants. Une forte proportion des besoins et des coûts d'ensemble des soins de santé se concentrent dans les toutes dernières années de la vie.

207. Si l'on donne aux gens les moyens de rester en bonne santé pendant la vieillesse, la morbidité grave peut souvent être comprimée aux quelques mois précédant la mort. Quoiqu'il en soit, toute compression possible de la morbidité serait trop modeste pour compenser l'effet de l'accroissement du nombre des personnes âgées, si bien que le nombre de celles-ci atteintes d'incapacités augmentera également. Environ 20 % des 70 ans et plus et 50 % des 85 ans et plus disent éprouver des difficultés à accomplir les gestes de la vie quotidienne tels que prendre son bain, s'habiller et faire sa toilette, ainsi que d'autres tâches telles que le ménage, la lessive et la prise de médicaments. La mobilité réduite est courante, de même que la déficience sensorielle. Environ un tiers des 75 à 84 ans signalent des difficultés d'écoute lorsqu'ils conversent avec d'autres personnes, et environ un cinquième éprouve des difficultés à lire des journaux ou des livres.

208. Actuellement, beaucoup de pays de la Région européenne ont, globalement, des taux de fertilité extrêmement bas et une espérance de vie très élevée (69). Il s'ensuit que le soutien et les soins à fournir à un nombre grandissant de personnes âgées dépendent d'un nombre toujours plus réduit de personnes en âge de travailler. Dans de nombreux pays, s'occuper des personnes âgées est encore considéré comme un devoir familial plutôt qu'une responsabilité des pouvoirs publics, et la plupart des soignants ou aidants informels sont des femmes. Dans les pays de la Région européenne, le degré de développement et de générosité des soins aux personnes âgées diffère plus largement d'un pays à l'autre que pour d'autres programmes d'action sanitaire et sociale. La protection sociale organisée des personnes âgées a plus de chances d'être offerte en milieu urbain, tandis que l'accès aux maisons de retraite médicalisées et la qualité de celles-ci sont très variables en Europe. Il se peut que l'intimité soit limitée et que la qualité des soins laisse à désirer, que l'accès à des soins de santé ordinaires soit restreint, que le traitement médicamenteux soit inapproprié, et enfin que les mesures de prévention soient défailtantes.

209. Si l'accroissement de la longévité est une conquête, il peut aussi constituer un défi. Selon les prévisions, il y aurait une augmentation des dépenses publiques globales liées au vieillissement (pensions, soins de santé et soins à long terme) de quelque 4 à 5 % du produit intérieur brut (PIB) entre 2004 et 2050 pour l'UE des 15, par exemple (114). L'impact économique des populations vieillissantes sur les dépenses du secteur public pendant les prochaines décennies peut être considérablement atténué si l'allongement de la durée de vie s'accompagne de relèvements parallèles de l'âge de la retraite.

210. Le degré de santé et d'activité à l'heure de la vieillesse est la résultante des circonstances de vie d'un individu et de ses actions pendant toute son existence. Ce que l'on a fait tout au long de sa vie influe sur le bien-être à la vieillesse – une existence toute jalonnée de difficultés financières est associée à un moins bon état de santé dans la vieillesse, et les gens qui ont été mariés pendant toute leur vie adulte vivent plus longtemps que ceux qui ne l'ont pas été.

211. Les personnes âgées ne sont pas un groupe homogène : la diversité des individus s'accroît avec l'âge, et le taux de déclin fonctionnel est déterminé non seulement par des facteurs liés au comportement de chacun, mais aussi par des facteurs économiques, sociaux et environnementaux que l'individu n'est pas toujours en mesure de modifier. Ainsi, il y a très souvent des discriminations envers les personnes âgées pour l'accès à des services de haute qualité, et les inégalités dans les conditions de vie et de bien-être des seniors sont plus grandes que chez les personnes plus jeunes, en raison des profondes différences entre la situation familiale de chaque personne âgée et d'inéquités systématiques quant aux revenus tirés de la pension et aux avoirs accumulés (115).

212. Partir en retraite anticipée, vivre une perte d'emploi et connaître des événements traumatisants, particulièrement au crépuscule de la vie, sont autant de circonstances associées à un moindre bien-être en milieu et en fin de vie. En revanche, un soutien social, notamment des rapports sociaux avec la famille et les amis, est l'un des facteurs les plus importants qui influent sur la qualité de vie des personnes âgées. La sexospécificité (le fait d'être une femme), la situation de célibataire, le manque de moyens matériels (tels que l'usage d'une voiture) et la mauvaise santé sont tous associés à de moindres contacts sociaux chez les adultes âgés.

Des solutions efficaces

213. Les personnes âgées aspirent notamment à être autonomes, à pouvoir s'exprimer et à faire partie de la communauté. L'une des plus puissantes stratégies de promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées consiste à éviter la solitude et l'isolement, ce qui suppose aussi un soutien des familles et des pairs. Les initiatives favorisant le vieillissement actif et en bonne santé peuvent s'avérer profitables pour la santé et la qualité de vie. Une stratégie régionale européenne de l'OMS pour un vieillissement en bonne santé (2012-2020) est en cours d'élaboration, et devrait être présentée au Comité régional en 2012.

214. Chez les personnes âgées, le déclin de la capacité fonctionnelle est potentiellement réversible et peut être modifié, à tout âge, par des politiques individuelles ou publiques, comme la promotion de milieux adaptés aux personnes âgées.

215. En adoptant, pour un vieillissement en bonne santé, une perspective qui porte sur toute la durée de vie, on donne aux personnes un bon départ dans la vie et on influence la manière dont elles prennent de l'âge, en les rendant capables de vivre une vie meilleure et en les habilitant à adopter des styles de vie plus sains tout au long de leur vie, et à s'adapter aux changements liés à l'âge. Les personnes plus âgées doivent être autonomisées et encouragées à avoir un style de vie sain. Ce processus peut être facilité en proposant des occasions de faire de l'exercice, de bien se nourrir et de cesser de fumer, par exemple. Une réglementation, des politiques sociales et économiques prévoyant une protection sociale adéquate – avec soutien aux revenus et

complément de revenus, politiques pour des transports adaptés, planification de l'environnement immédiat et aménagement urbain, travail de promotion sur les facteurs de risque par les services de santé publique – sont autant de mesures efficaces pour promouvoir un vieillissement en bonne santé.

216. Si l'on veut assurer la pérennité des systèmes de santé et de soins de longue durée, il est indispensable de mettre en place un ensemble judicieux de services (services de santé et d'action sociale, aides techniques, soutien aux soins informels, etc.) (116). Il sera fondamental de créer des milieux et des services qui permettent aux gens de rester plus longtemps en bonne santé et présents sur le marché du travail, si l'on entend réduire ou contenir le chômage de longue durée ainsi que les prestations d'invalidité et les préretraites. En adaptant la conception des bâtiments, l'urbanisme et les systèmes de transport aux besoins des personnes âgées et/ou atteintes d'incapacités, on peut maintenir une vie indépendante, réduire l'incidence des incapacités et soutenir les réseaux sociaux.

217. La promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées peut être intégrée aux politiques et aux initiatives relatives au vieillissement en bonne santé, digne et actif, à la réduction du manque d'équité en santé, à la retraite et à la promotion des droits des personnes atteintes d'incapacités. Parmi les mesures clés, il s'agit de garantir que les personnes âgées participent à l'élaboration de la politique de santé et à la prise de décision concernant le traitement et les soins qu'ils reçoivent ; de mettre en place des outils visant à promouvoir l'instruction en santé et l'autogestion des maladies, y compris par les soignants et aidants familiaux ; de limiter les risques de santé mentale chez les personnes âgées souffrant de troubles physiques chroniques ; de lutter contre les stéréotypes sociétaux négatifs sur la vieillesse par un travail dans les mass médias ; et d'appliquer des mesures de contrôle indépendant de la qualité des services fournis dans les maisons de retraite.

218. Chez les enfants comme chez les personnes âgées, la vaccination permet efficacement de réduire la morbidité et la mortalité dues à plusieurs maladies infectieuses. Chez les personnes âgées, le dépistage des maladies curables, telles que le cancer du sein, peut réduire la morbidité et la mortalité prématurées.

219. Les soins palliatifs sont une affirmation de la vie et considèrent la mort comme un processus normal qu'ils n'entendent ni hâter, ni retarder. Soulageant la douleur et d'autres symptômes angoissants, ils doivent être proposés lorsque le besoin s'en fait sentir et tant qu'il reste gérable (117). Traditionnellement, les soins de grande qualité en fin de vie ont surtout été prodigués aux cancéreux hospitalisés dans des centres de soins palliatifs, mais ce genre de soins doit maintenant être fourni à des personnes souffrant d'un plus grand éventail de maladies, et notamment à un nombre croissant de personnes souffrant de démence ; ces soins doivent maintenant être prodigués aux malades chez eux ou dans des maisons de retraite, médicalisées ou non, au sein de la communauté (118). Les soins palliatifs aident les gens à vivre de façon aussi active que possible jusqu'à leur décès, tout en accompagnant les membres de la famille pendant la maladie de leur proche et en les aidant à surmonter leur peine.

220. Une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé relative au vieillissement actif (119) a invité les États membres à garantir à leurs citoyens âgés le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible, et récemment, une résolution du Conseil exécutif de l'OMS (120) a mis l'accent sur la nécessité de prévoir des soins de santé primaires adaptés aux personnes âgées. La Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, tenue à Madrid (Espagne) en 2002, a conduit à l'adoption du Plan d'action international sur le vieillissement (121). L'OMS a participé à cette assemblée en élaborant *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation* (122).

221. Les dépenses publiques qui se situent aux confins des soins de santé et de l'action sociale permettent d'importants gains d'efficacité dont on n'a guère conscience. De plus en plus de

travaux s'accumulent pour montrer que des interventions d'un bon rapport coût-efficacité évitent les hospitalisations d'urgence et les séjours prolongés ou comment on peut tirer le meilleur parti de la télémédecine et du télétraitement. Les soins de santé et soins de longue durée doivent être mieux intégrés et, dans le contexte de soins de longue durée, les aspects en rapport avec la dignité et les droits de l'homme doivent être améliorés. La qualité des services doit être améliorée grâce à des mécanismes d'évaluation et d'assurance de la qualité, et aussi grâce à de nouveaux modèles de coordination et d'intégration des soins, notamment le recours aux formules de dispensation de soins qui fournissent des modules sur mesure comprenant des soins et des prestations sociales.

222. De meilleures politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pendant toute la vie sont la condition d'un vieillissement en bonne santé, comme le sont les communautés adaptées aux personnes âgées et un meilleur accès de celles-ci à des services sanitaires et sociaux de haute qualité. L'encadrement de plus de personnes pour qu'elles puissent rester actives au travail plus longtemps et la redistribution du travail sur toute la durée de l'existence peuvent à la fois contribuer à un vieillissement en bonne santé et à la pérennisation des politiques de santé et d'action sociale. Le nombre croissant d'exemples de bonnes solutions en matière de coordination et d'intégration des soins, s'agissant notamment de combler le fossé entre les services sanitaires et sociaux, peut aider les pays à réformer les soins de santé dans le but d'améliorer considérablement la couverture et la protection sociale des personnes âgées ayant besoin de soins.

Vulnérabilité, groupes vulnérables et santé

Analyse de la situation

223. La vulnérabilité désigne parfois un manque de résilience physique et/ou mentale chez des individus, mais ici, le contexte est plus large : une vulnérabilité face à l'adversité sociale et à la mauvaise santé. Elle résulte de processus d'exclusion qui fonctionnent différemment dans l'ensemble de la société et sont à l'origine du gradient social en matière de santé. Quoique l'exclusion sociale constitue un phénomène dynamique et progressif et que les interventions consenties à cet égard doivent agir sur les processus d'exclusion, il est tout aussi important de recenser les individus ou les groupes socialement exclus et de les prendre en compte dans les activités de recherche et l'élaboration des politiques. Deux groupes précis, les migrants et les Roms, sont épinglés pour illustrer nombre des problématiques auxquelles sont confrontés les groupes vulnérables en général.

Les migrants

224. En Europe, la migration concerne aujourd'hui un groupe de population hétérogène, comprenant des migrants en situation régulière et irrégulière, des victimes de la traite d'êtres humains, des demandeurs d'asile, des réfugiés, des personnes déplacées et des rapatriés. Beaucoup migrent pour des raisons économiques. 75 millions de migrants au total vivent dans la Région européenne, soit 8 % de la population totale et 39 % de tous les migrants du monde (77). La majorité des migrants de la Région européenne sont de jeunes adultes. Les femmes représentent la moitié des migrants et sont souvent surreprésentées dans les groupes vulnérables, tels que les victimes de la traite d'êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle (123).

225. Il existe d'importantes variations entre les groupes, les pays et les conditions de santé. Quoiqu'il en soit, dans les groupes de migrants exclus, la charge de morbidité est souvent intolérablement élevée (124). Là où l'on possède des chiffres, ceux-ci indiquent généralement une moindre espérance de vie pour les migrants et certains groupes présentent aussi des taux de mortalité infantile plus élevés. Les migrants souffrent de pathologies pratiquement analogues à celles du reste de la population, même si, dans certains groupes, on observe une prévalence plus

élevée de problèmes de santé, notamment des maladies transmissibles ; une nutrition médiocre ; des taux élevés d'alcoolisme et de toxicomanie ; une mauvaise santé sexuelle et génésique ; des problèmes relevant de l'hygiène du travail ; et des troubles mentaux (125-127).

226. La vulnérabilité de la plupart des migrants les laisse exposés à des milieux de travail dangereux, à de mauvaises conditions de logement, à une exploitation sur le plan professionnel et à un accès insuffisant aux soins de santé. Dans la Région européenne, les taux d'accidents du travail sont environ deux fois plus élevés chez les migrants que chez les autochtones (124).

227. Le contexte sanitaire dans le lieu d'origine des migrants – avec, par exemple, une forte prévalence de la tuberculose ou de l'infection à VIH – détermine de nombreuses caractéristiques de l'état de santé de départ, et les risques sanitaires augmentent durant le trajet migratoire, par exemple en raison d'expériences traumatiques (128). Une fois arrivés, c'est la pauvreté et l'exclusion qui influent le plus sur les résultats sanitaires ; la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services, leur caractère acceptable ou non dans le milieu d'accueil influent sur la santé des migrants (124). À l'arrivée, toutes sortes de facteurs peuvent accroître la vulnérabilité psychosociale et faire obstacle à une intégration réussie. Les migrants pourront se heurter à des obstacles dans l'accès aux services en raison de la stigmatisation et du manque d'informations sur les services disponibles, notamment d'informations fournies dans des langues autres que celles prédominantes dans les pays d'accueil.

Les Roms

228. Environ 12 à 15 millions de Roms vivent dans la Région européenne, dont 10 millions rien que dans l'UE, selon les estimations. Les Roms représenteraient 10 % de la population en Bulgarie, 9 % en Slovaquie et 8 % en Roumanie, et ces pourcentages vont probablement augmenter (124,129).

229. Certains éléments indiquent une espérance de vie chez les Roms inférieure de 10 à 15 ans à la moyenne, une hausse des taux de mortalité infantile ainsi que des taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles alarmants (129-131).

230. Des taux de morbidité plus élevés que parmi les populations majoritaires ont été signalés chez les populations de Roms : pour le diabète de type 2, les maladies coronariennes et l'obésité chez les adultes ainsi que les carences nutritionnelles et la malnutrition chez les enfants. Par exemple, beaucoup de femmes roms vivant dans des camps en Serbie sont sous-alimentées (51 %) et fument (la quasi-totalité), et une étude du Programme des Nations Unies pour le développement sur la vulnérabilité a conclu que 50 % des enfants roms courent un risque de malnutrition plus de deux fois par mois, contre 6 % des enfants de la population majoritaire (132-134).

231. Un nombre disproportionné de Roms ont de faibles revenus dans beaucoup de pays, et les bases factuelles indiquent que cela entraîne une concentration de Roms parmi les personnes aux revenus les plus bas. L'exclusion liée à la discrimination contre les Roms peut être un facteur de risque indépendant pour la pauvreté (130,135).

232. Les bases factuelles indiquent un manque d'équité important en ce qui concerne l'accès aux systèmes de santé et la situation sanitaire des Roms par rapport aux populations majoritaires. Par exemple, les données sur la couverture des soins prénatals, le faible poids à la naissance, la prévalence de l'allaitement, le tabagisme maternel, l'état nutritionnel et les taux de vaccination font apparaître un manque d'équité flagrant envers les Roms par rapport à la population majoritaire, y compris (dans certains contextes) lorsque les Roms sont comparés avec le quintile le plus pauvre de la population générale (136,137).

Des solutions efficaces

233. Comme les problèmes de santé des migrants et autres groupes vulnérables peuvent résulter de leur position sociale désavantageuse ou être aggravés par celle-ci, ce sont les mesures qui combattent les processus d'exclusion sociale qui sont susceptibles d'avoir l'effet le plus décisif sur leur santé. De plus, les politiques doivent s'attaquer aux inéquités concernant l'état de santé des migrants, des Roms et d'autres groupes rendus vulnérables par des processus d'exclusion, et concernant l'accessibilité et la qualité des services sanitaires et sociaux qui leur sont offerts. Nombre des stratégies pour parvenir à ce but ne sont pas spécifiques aux Roms, mais sont similaires à celles qui sont nécessaires pour les minorités ethniques et autres en général, soumises à de multiples processus d'exclusion. Il s'agit notamment de former les travailleurs de la santé au travail avec des populations minoritaires et marginalisées, en faisant participer ces populations à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de programmes sanitaires, et d'améliorer les systèmes d'informations sanitaires pour que les données soient recueillies et présentées sous une forme ventilée en fonction de l'origine ethnique. Ce sont les démarches stratégiques coordonnées visant à lutter contre les multiples causes de l'exclusion sociale qui sont les plus efficaces (138).

234. Beaucoup de défis sanitaires et socioéconomiques liés à la migration sont le fruit du manque d'équité à l'échelle mondiale, et les interventions axées uniquement sur les pays d'accueil seront moins efficaces que les programmes coordonnés à vocation mondiale, destinés à agir sur les facteurs existant dans les régions ou les pays d'origine et d'accueil.

235. Par ailleurs, les migrants sont fréquemment confrontés à des difficultés sexospécifiques, notamment dans le contexte de la santé maternelle, de la santé des nouveaux-nés et des enfants, de la santé sexuelle et génésique, et de la violence. Il faut que les migrants aient très tôt accès aux services de santé génésique, aux services de médecine préventive et de promotion de la santé, de dépistage et de diagnostic, ainsi qu'aux services prénatals et d'obstétrique. Une attention particulière doit être accordée aux femmes et aux filles qui ont été victimes de la traite, étant donné que beaucoup d'entre elles ont été exposées à la violence sexiste.

236. Les résolutions de l'OMS adoptées aux niveaux mondial et régional et portant sur l'inclusion sociale et sur la pauvreté et la santé s'appliquent aux personnes vulnérables. Il s'agit notamment de la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé sur la réduction des inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé (46) et des travaux de suivi sur la résolution EUR/RC52/R7 du Comité régional relative à la pauvreté et à la santé (139), comme par exemple les travaux sur la lutte contre le manque d'équité en santé lié à la migration et à l'ethnicité (124).

237. Une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé (2008) spécifiquement consacrée à la santé des migrants (140) a été suivie d'une consultation mondiale de l'OMS et de l'Organisation internationale pour les migrations au sujet d'un cadre opérationnel pendant la présidence espagnole de l'UE, en 2010 (141). La nécessité d'une intervention internationale coordonnée et durable est reconnue par divers processus politiques et conférences, qui débouchent sur des documents, comme par exemple la Déclaration de Bratislava sur la migration, la santé et les droits de l'homme, signée par les pays membres du Conseil de l'Europe en 2007 (142) et les recommandations sur la mobilité, la migration et l'accès aux soins de santé adoptées par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe en 2011 (143). La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (144) fournit un cadre plus large au droit à la santé sans discrimination, un droit humain universel.

238. La Décennie pour l'inclusion des Roms 2005-2015 est un engagement politique des gouvernements européens visant à améliorer le statut socioéconomique et l'inclusion sociale des Roms, et la santé est un domaine prioritaire d'intervention, avec l'enseignement, l'emploi et le

logement. En 2011, la Commission européenne a lancé le Cadre de l'UE pour les stratégies nationales d'intégration des Roms d'ici 2020, qui demande que tous les pays de l'UE élaborent et mettent en œuvre des stratégies ciblées pour promouvoir l'intégration en matière de santé, de logement, d'éducation et d'emploi (129). Parmi les autres travaux pertinents en la matière, citons la communication du Conseil de l'Europe sur la solidarité en matière de santé et les conclusions du Conseil de l'Europe sur les Roms (145).

Équité entre les sexes tout au long de la vie

239. Afin de comprendre les inégalités socioéconomiques et sanitaires et de chercher à y remédier, il faut adopter une démarche tenant compte de la dimension homme-femme. L'équité entre les sexes désigne un partage équitable et juste des avantages, du pouvoir, des ressources et des responsabilités entre femmes et hommes, afin de leur permettre de réaliser pleinement leur potentiel de santé propre. Ce concept renferme une prise de conscience du fait que les femmes et les hommes ont des besoins et des opportunités différents, qui ont une influence sur leur état de santé, leur accès aux services et leur participation au personnel de santé. Suivant ce principe d'équité entre les sexes, il faut définir ces différences et les gérer de manière à rectifier le déséquilibre entre hommes et femmes.

240. Les différences entre hommes et femmes en ce qui concerne les taux de mortalité et de morbidité sont bien connues ; toutefois, l'ampleur de ces différences varie fortement d'un point à l'autre de la Région européenne. Il est important d'observer les différences qui vont au-delà de l'espérance de vie et de considérer l'état de santé dont jouissent les individus durant leur existence. Lorsque l'on mesure les années de vie en bonne santé, l'avantage des femmes en ce qui concerne la mortalité contribue à pousser à la hausse le nombre de ces années, mais la prévalence plus élevée des handicaps chez les femmes réduit cette différence. Il existe aussi des différences bien connues entre femmes et hommes pour ce qui est de l'utilisation des ressources du secteur sanitaire, de l'exposition aux risques, de la vulnérabilité et des réactions des systèmes de santé (146).

241. Chez les hommes, la mauvaise santé est influencée par les rôles et normes sexospécifiques : un niveau plus élevé d'exposition aux risques d'ordre physique et chimique dans le travail, des comportements à risque associés au style de vie masculin, et des paradigmes liés à la masculinité pour ce qui est du comportement adopté en matière de santé (les hommes sont moins susceptibles de consulter un médecin lorsqu'ils sont malades, et de faire part des symptômes d'une maladie).

242. Les normes et rôles sexospécifiques façonnent la manière dont les adolescents envisagent la sexualité et jouent un rôle important dans les attitudes vis-à-vis de la prise de risque et de l'accès et du recours aux informations et services. L'accès des femmes à des services de santé sexuelle et génésique peut être limité par les stéréotypes sexospécifiques et les obstacles socioéconomiques (90).

243. L'importance des soins et de l'enseignement prodigués dans la petite enfance se fonde sur le postulat d'un système éducatif primaire et secondaire universel, de haute qualité et gratuit. La plupart des pays de la Région européenne ont des systèmes bien établis, mais dans certains pays, les filles ne participent pas autant à l'enseignement secondaire, ou leur taux d'abandon est supérieur. Cette réalité a non seulement un impact sur l'inégalité entre les sexes qui se ressent tout au long de la vie, mais en plus, elle limite le potentiel des pays en matière de développement économique et de croissance.

244. Les femmes sont un groupe à risque parmi les personnes âgées ayant une position socioéconomique faible. Il convient d'accorder une attention particulière aux femmes âgées qui, vu qu'elles ont une vie plus longue et un parcours différent, ont plus de problèmes de santé dans

leur vieillesse ; en outre, elles sont plus susceptibles d'avoir besoin d'un accès aux services de santé et de ne pas pouvoir y accéder.

Des solutions efficaces

245. La résolution WHA60.25 de l'Assemblée mondiale de la santé (2007) exhorte à recourir à des données ventilées en fonction du sexe, ainsi qu'à une analyse sexospécifique, pour inspirer les politiques et programmes sanitaires et garantir la prise en compte de la dimension homme-femme à tous les niveaux de fourniture de soins de santé, y compris pour les adolescents et jeunes gens (112). En 2007, le European Institute for Gender Equality (Institut européen pour l'égalité entre les sexes, EIGE) a été créé en tant qu'agence européenne soutenant l'UE et ses États membres dans leurs efforts de promotion de l'égalité entre les sexes. Si l'on ne tente pas de remédier aux inéquités et aux discriminations sexospécifiques, cela compromettra l'efficacité des services et compliquera grandement la réalisation des OMD n° 4 et 5 – et, en fait, celle d'autres OMD (54).

246. Il est essentiel pour l'égalité entre les sexes de disposer d'un système éducatif et d'un système de soins pour les premières années de la vie. Ces systèmes doivent être universels, de haute qualité et accessibles à un prix abordable, permettant aux femmes de travailler et de contribuer aux revenus familiaux, donnant des chances égales aux enfants qui connaissent d'autres désavantages dans la vie (p. ex. un handicap ou provenant d'un groupe ethnique comme les Roms) et permettant aux femmes d'être plus indépendantes à la vieillesse.

Interventions tout au long de la vie pour remédier aux inéquités en santé et à leurs déterminants sociaux

247. Certaines stratégies d'intervention visant à remédier aux inéquités en santé et à leurs déterminants sociaux peuvent être dérivées à des stades clés de l'existence :

- *Santé de la mère et de l'enfant.* Soutenir la santé maternelle et infantile suppose une large gamme de politiques, et pas seulement dans le secteur de la santé. Parmi les politiques importantes, citons un niveau de vie minimum ; permettre le choix de la procréation ; protéger les femmes enceintes en milieu professionnel ; permettre aux mères de reprendre le travail ; aider les parents par des formules flexibles et un congé parental ; et promouvoir l'égalité entre les sexes. De telles politiques requièrent une importante participation des pouvoirs publics, du secteur privé et d'acteurs non gouvernementaux.
- *Enfants et adolescents.* Les secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection sociale et de l'emploi sont conjointement responsables de la santé et du développement des enfants et des adolescents. Une telle action commune doit être épaulée par la présence, dans chaque secteur, d'une structure de responsabilité ou de redevabilité pour la santé des enfants et des adolescents et les questions liées à la santé, par exemple, au moyen d'un ensemble, possédé en commun, de cibles et d'indicateurs liés au financement. La mise en place d'un système national d'information sanitaire doté d'indicateurs bien définis permet de suivre l'évolution de la santé et du développement des enfants et des jeunes, tant pour la population dans son ensemble que pour les divers groupes sociaux. Un réexamen du cadre politique, juridique et réglementaire, opéré dans le cadre d'une stratégie pour la santé des enfants et des adolescents, permet d'effectuer les changements nécessaires au respect, à la protection et à la réalisation des droits à la santé de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que de l'accès de ceux-ci à des services de santé de grande qualité (90,105,147).
- *Des adultes en bonne santé.* En Europe, le travail joue un rôle essentiel dans la société : il fournit les moyens d'obtenir un revenu, du prestige et de la dignité, et constitue un moyen de participer à la vie de la communauté et d'y être inclus comme un membre à part entière. Être sans emploi exclut en réalité les gens de cette participation et des avantages

procurés par un travail. Ces dernières années, toutefois, en raison de la crise économique, les niveaux de chômage ont grimpé en flèche dans certaines régions d'Europe, particulièrement chez les jeunes travailleurs.

Chaque pays devrait aspirer à limiter le degré d'exposition de la population à des travaux malsains et dangereux, et renforcer les mesures visant à instaurer des lieux de travail sains. Ceci implique d'améliorer les conditions psychosociales pour limiter le stress par des mesures telles que l'habilitation du travailleur à avoir le contrôle de son travail, la sécurité d'emploi, des heures flexibles et d'autres pratiques favorables à la vie de famille, une protection sociale adéquate, et des récompenses et un statut proportionnels à l'effort consenti.

Le développement économique et social de la société requiert une participation équilibrée des hommes et des femmes au marché du travail et à la vie familiale, avec des conséquences pour la croissance et l'emploi, l'insertion sociale de groupes vulnérables, la lutte contre la pauvreté des enfants et une plus grande égalité entre les sexes. Pour parvenir à ces buts, il faut mettre en œuvre des politiques de grande envergure dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, de la santé et de la protection sociale, afin d'offrir aux hommes et aux femmes de vraies chances dans la vie et de vrais choix.

- *Les personnes âgées en bonne santé.* Pour promouvoir le vieillissement en bonne santé, il faut agir sur les politiques dans plusieurs domaines : fiscalité, protection sociale, services de santé, transports, urbanisme, logement, justice et enseignement. Si certaines de ces politiques ne peuvent être instaurées qu'au niveau national, d'autres peuvent être organisées plus facilement au niveau local, mais dans le contexte d'un plan ou d'une stratégie nationale de la santé (148). Il y a aussi une dimension internationale qui tient aux effectifs croissants de soignants migrants, dont beaucoup travaillent sans protection et sans reconnaissance chez des particuliers (149).

Toutes sortes de secteurs peuvent se doter de politiques adaptées aux personnes âgées et de milieux porteurs afin de permettre une meilleure participation à la vie collective et de prévenir l'incapacité. Il pourra s'agir d'horaires de travail souples et de milieux de travail adaptés ; d'urbanisme et de plans de circulation urbaine permettant de créer des rues piétonnes sécurisées ; de programmes d'exercice physique pour conserver ou retrouver la mobilité ; de programmes d'éducation permanente ; de fourniture d'aides auditives et visuelles ; d'actes chirurgicaux d'un bon rapport coût-efficacité comme l'opération de la cataracte ou l'arthroplastie de la hanche ; et de formules permettant à des personnes âgées de continuer à gagner leur vie.

D'autres politiques ayant trait aux aspects, aux normes et aux valeurs sociétaux s'appliquent durant toute la vie.

- *Les migrants.* Les politiques qui promeuvent l'insertion sociale peuvent comporter des mesures de lutte contre la discrimination ; des politiques éducatives qui ciblent particulièrement les besoins des migrants ; des politiques de l'emploi qui visent à éliminer les obstacles sur le marché du travail ; des politiques de protection sociale ; des politiques du logement et de l'environnement afin d'améliorer les conditions de vie ; et des politiques sanitaires afin de garantir un accès équitable aux services. L'impact transsectoriel des politiques sur les déterminants sociaux de la santé peut être analysé en procédant à une étude d'impact sur la santé qui soit axée sur l'équité.
- *Les Roms.* Les gouvernements se doivent de respecter et de mettre en œuvre les engagements déjà pris par le biais d'instruments internationaux en matière d'intégration sociale, de pauvreté et de discrimination. Par exemple, les 12 pays participant à la Décennie pour l'intégration des Roms 2005-2015 se sont engagés à élaborer un plan d'action national pour la Décennie. En outre, les questions des droits et de l'intégration des Roms auront une importance particulière lorsque de nouveaux pays souhaiteront adhérer à l'UE.

- *Intégration des questions d'égalité entre les sexes (gender mainstreaming).* Les interventions menées tout au long de la vie doivent envisager les différents rôles et normes que la société assigne aux hommes et aux femmes depuis la naissance, et la répartition inégale de pouvoir et de ressources que ceux-ci impliquent. En matière de santé, l'exposition à un risque et la vulnérabilité sont influencés par le sexe (biologique) et par la dimension homme-femme (introduite par la société), et ce dans tous les pays, dans tous les groupes socioéconomiques et pour tous les âges. L'intégration systématique de la dimension homme-femme dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des politiques et des programmes est désignée en anglais par le terme « gender mainstreaming ».

Les voix et l'habilitation des personnes et des patients

248. L'un des principes essentiels de Santé 2020 est l'importance accordée à la participation et à la réactivité, avec l'engagement total des personnes. L'autonomisation est le processus social multidimensionnel par lequel les individus et les populations parviennent à une meilleure compréhension et à une meilleure maîtrise de leur vie. Dans le contexte du mouvement général d'émancipation et d'acquisition d'une instruction en santé, les personnes sont de plus en plus considérées comme des « coproducteurs » de leur santé. Elles doivent être habilitées à prendre le contrôle des déterminants de leur propre santé. En outre, en tant que patients, elles deviennent désormais des acteurs actifs et informés, qui participent à la prise de décisions concernant leur traitement. Pour ce faire, il faut impérativement améliorer l'instruction en santé et faciliter l'accès à de bonnes informations sanitaires.

249. Des données de plus en plus nombreuses montrent que les soins de santé sont plus efficaces si les patients participent davantage à l'ensemble du processus de soins. Les patients doivent être placés au cœur de ce processus et participer à sa gestion, d'autant plus que les soins de santé en eux-mêmes n'ont jamais été aussi complexes et personnalisés, mais aussi que la population vieillissante souffre toujours davantage de pathologies multiples et chroniques nécessitant une équipe de professionnels de santé. Des inégalités sociales et géographiques dans le domaine de l'enseignement, du statut d'emploi, de l'accès aux technologies de l'information et de la vie rurale ne doivent pas entraver les possibilités de participation.

250. La Région européenne de l'OMS s'est retrouvée en première ligne pour ce qui est d'élaborer des partenariats innovateurs avec la société civile (150), notamment avec les communautés de populations clés à plus haut risque, comme les personnes vivant avec le VIH, et les organisations non gouvernementales qui militent en faveur de la prestation de services et offrent des services. Plusieurs organisations et réseaux paneuropéens ont été institués, et le nombre et l'importance des réseaux de personnes vivant avec le VIH ont augmenté (151).

251. La société civile joue un rôle déterminant dans la formulation, la promotion et la mise en œuvre du changement. Elle doit être traitée comme un acteur à part entière dans la prestation des services de santé. Les organisations de la société civile se sont avérées être à même de dispenser des services de santé, en particulier aux populations qui, autrement, ne pourraient accéder à de tels services à cause d'une stigmatisation et d'une discrimination généralisées chez les professionnels de santé ou pour d'autres raisons.

252. L'autonomisation des personnes est essentielle pour améliorer la santé et ses déterminants. L'autonomisation des patients et les soins centrés sur le patient sont considérés comme d'importants éléments pour de meilleurs résultats obtenus en matière de santé, pour une meilleure performance des systèmes de santé et pour une plus grande satisfaction par rapport à ces systèmes. Pris ensemble, ces processus peuvent réduire l'utilisation des services de santé et les coûts de soins et susciter une meilleure communication entre les patients et les professionnels de santé, ainsi qu'une meilleure observance des traitements. Les soins réellement

centrés sur le patient donnent une meilleure perception de la qualité des soins, et peuvent amener à mieux observer le traitement et à obtenir de meilleurs résultats, tout en limitant les soins non nécessaires. Les patients et leurs familles deviennent partie intégrante de l'équipe de soins dans la prise de décisions cliniques. En outre, les soins centrés sur le patient tiennent compte des traditions culturelles, des préférences personnelles, des valeurs, des situations de famille et des modes de vie. Cette démarche exige de s'investir davantage dans l'éducation et l'instruction en santé des patients – on peut en faire beaucoup dans ce domaine en encourageant la participation de la société civile.

253. Les patients peuvent jouer un rôle plus actif à différents niveaux. À un niveau collectif, il est important que tous puissent prendre part au débat de société relatif à la sécurité et à la protection sociale, ainsi qu'à la santé et aux soins de santé. À un niveau plus individuel, des informations sont communiquées aux personnes pour leur permettre de prendre des décisions sur leur santé et leur traitement en meilleure connaissance de cause et de contrôler la qualité des services. Cela comprend également une plus grande liberté de choix du prestataire, la publication des résultats des prestataires ainsi que l'accès aux dossiers médicaux personnels.

254. Enfin, les droits du patient sont définis et officiellement adoptés pour faire appliquer les droits fondamentaux de l'être humain à la confidentialité et à l'intégrité de la personne dans le contexte spécifique des soins de santé. Lorsque les droits des patients sont de nature plus préventive (et parfois plus déclarative), ils sont complétés par des dispositions juridiques sur la responsabilité professionnelle, l'indemnisation et la réparation afin qu'une action en justice puisse être engagée en cas de préjudice subi.

255. S'il existe plusieurs moyens d'autonomiser les patients, de nombreux obstacles doivent encore être surmontés, en particulier des obstacles culturels et sociaux, voire même des obstacles au niveau des soins de santé. En effet, tout le monde n'est pas capable d'avoir la maîtrise de sa santé et de son traitement, et tout le monde ne le souhaite pas. En outre, les professionnels de santé doivent eux aussi être convaincus et motivés pour permettre aux patients d'assurer un rôle de premier plan dans leur traitement.

256. À l'heure de concevoir un cadre d'autonomisation des patients, les décideurs politiques sont placés face à d'autres défis, également importants, que ces changements d'attitude : notamment le défi d'un engagement plus résolu des pouvoirs publics dans les styles de vie et comportements sains, et celui d'une participation des patients au traitement et aux soins qui leur sont prodigués. L'un de ces défis a trait à la manière d'instaurer des stratégies efficaces dans le domaine de l'information. Répétons-le, il faut améliorer l'instruction en santé. Un autre défi consiste à déterminer comment renforcer le choix des consommateurs en tant que moyen de garantir la confiance et l'autodétermination sans tomber sur l'écueil du consumérisme, qui à son tour peut compromettre les efforts d'amélioration de la qualité des soins de santé grâce à une exploitation plus poussée des bases factuelles et à une meilleure coordination.

257. La promotion d'une vie saine chez les jeunes peut être adoptée comme l'un des domaines d'investissement essentiels en faveur de la santé et de l'autonomisation des personnes. Les jeunes eux-mêmes doivent participer à de telles stratégies, et un large éventail d'acteurs concernés peut être mobilisé pour soutenir les programmes sanitaires ciblant les jeunes. Ces programmes peuvent concerner une formation par les pairs, la participation des organisations de jeunesse ou des programmes scolaires d'instruction en santé, entre autres. Il est particulièrement important de préserver la santé mentale et sexuelle.

Faire face aux principales charges de morbidité dans la Région européenne

258. **Santé 2020** se concentre sur un ensemble de stratégies et d'interventions intégrées et efficaces afin de relever les principaux défis sanitaires de la Région en matière de maladies transmissibles et non transmissibles. Ces deux domaines nécessitent la mise en œuvre résolue d'actions de santé publique combinées à des interventions au niveau du système de soins de santé. L'efficacité de ces mesures est encouragée par des interventions sur l'équité, sur les déterminants sociaux de la santé, sur l'autonomisation des personnes et sur l'instauration d'environnements de soutien. En particulier, il faut adopter une combinaison de stratégies pour lutter efficacement contre le lourd fardeau des maladies non transmissibles dans la Région.

259. **Santé 2020** promeut l'adoption d'approches pangouvernementales et pansociétales intégrées, convenues dans d'autres stratégies régionales et mondiales, car il est un fait de mieux en mieux reconnu que les mesures prises afin d'influencer les comportements individuels ont un impact limité. Les maladies non transmissibles sont inégalement réparties dans et entre les pays, et sont étroitement liées aux interventions sur les déterminants sociaux de la santé. Outre la nécessité de prévenir les maladies, les systèmes de santé sont confrontés à d'importants défis afin de lutter contre le développement des maladies chroniques, y compris les problèmes de santé mentale et les maladies liées à l'âge.

Les maladies non transmissibles

Analyse de la situation

260. Dans la Région européenne, la majeure partie de la mortalité est due aux maladies non transmissibles, soit quelque 80 % de décès en 2008. Parmi les grands groupes de causes, la mortalité (pour tous les âges) due à des maladies cardiovasculaires représente près de 50 % des décès, mais ce chiffre varie dans les différentes parties de la Région, et ce en fonction de la progression et de l'ampleur de l'évolution des facteurs de risque : il passe de 35 % dans les pays qui faisaient partie de l'UE avant mai 2004 (Europe des 15) à 65 % dans les pays de la CEI. Les maladies cardiovasculaires sont également les causes les plus importantes de décès prématurés dans la Région européenne, quoique leur niveau ait commencé à baisser récemment. La charge de morbidité résultant de maladies de l'appareil musculo-squelettique et de troubles neurodégénératifs augmente aussi lorsque la population est vieillissante.

261. Les schémas de mortalité et la charge de morbidité sont en évolution tant pour les maladies non transmissibles que pour d'autres groupes de maladies dans la Région européenne. Au cours des vingt dernières années, la mortalité globale due à des maladies cardiovasculaires a reculé dans la Région européenne, mais certains fossés se sont creusés : au cours de cette période, cette mortalité a été diminuée par deux dans les pays de l'Europe des 15, mais a augmenté d'un dixième dans les pays de la CEI. La situation globale en matière de mortalité liée au cancer peut sembler être relativement stable, mais cela masque des différences, notamment une forte baisse du taux de mortalité du cancer du poumon chez les hommes mais une augmentation de la même ampleur chez les femmes (69).

262. Les maladies non transmissibles sont également en tête de liste des principales causes de la charge de morbidité dans la Région européenne, les troubles dépressifs unipolaires et la cardiopathie ischémique constituant les principales causes de perte d'AVCI. Il existe une interaction entre maladies non transmissibles : les troubles mentaux, par exemple, sont surreprésentés chez les personnes souffrant de maladies cardiovasculaires, de cancer et de diabète sucré. La dépression a un effet néfaste sur l'évolution et l'issue des maladies chroniques et, à son tour, la présence d'autres troubles aggrave le pronostic de la dépression (152).

263. Ces maladies ont un impact économique important. Par exemple, on estime que les maladies cardiovasculaires coûtent 192 milliards d'euros par an aux économies de l'UE (153). Outre les coûts croissants pour le système de santé, elles ont des répercussions plus larges. Les employeurs sont confrontés à de l'absentéisme, à une baisse de la productivité et à une rotation du personnel, et les individus et leurs familles connaissent une baisse de revenus et une retraite anticipée, deviennent plus dépendants de l'aide sociale et doivent supporter le fardeau de frais de santé directs et indirects (154,155). L'État est confronté à d'énormes pertes de revenus fiscaux provenant du travail et de dépenses de consommation moindres pour des articles soumis à une taxation (comme la TVA).

264. En ce qui concerne le fardeau de morbidité dû à ces principales pathologies, les perspectives sont déterminées par un équilibre entre trois facteurs contribuant à ces maladies : les changements démographiques, avec le vieillissement des populations et des transferts migratoires ; les changements temporels et géographiques dans les facteurs de risque modifiables liés à l'urbanisation et à la mondialisation économique ; et un relatif recul des maladies infectieuses. Le tabagisme chez les femmes et les jeunes filles augmente dans la Région européenne, en particulier dans la partie orientale. La consommation d'alcool est en hausse dans cette même partie de la Région mais ne baisse que légèrement dans la partie occidentale. Partout, la prévalence de l'obésité et du surpoids augmente de façon alarmante chez les adultes et les enfants (69).

265. La proportion de personnes de 80 ans et plus devrait augmenter de près de 50 % dans l'UE au cours de ces vingt prochaines années. Les migrations s'intensifient vers la Région européenne et au sein de celle-ci ; les migrants sont fréquemment plus exposés aux facteurs de risque de maladies non transmissibles et ont un accès plus limité à la protection sociale et aux soins de santé.

Principaux déterminants et facteurs de risque

266. Les déterminants de la santé à l'origine de ces différences sont complexes et comprennent des facteurs à la fois individuels et sociaux. Les variations individuelles en matière de prédisposition et de résistance à la maladie sont déterminées en partie par la génétique. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a imputé le manque d'équité en santé non seulement aux systèmes de soins de santé mis en place pour soigner les maladies, mais aussi aux circonstances dans lesquelles on naît, grandit, vit, travaille et vieillit (les déterminants sociaux). Un manque criant d'équité dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources est responsable de ces déterminants sociaux (27).

267. La plupart des graves maladies touchant des adultes évoluent pendant de longues années : souvent, les effets des comportements néfastes à la santé et des risques environnementaux se manifestent longtemps après l'exposition – généralement à l'âge adulte, voire dans la vieillesse. Pour un grand nombre de personnes et de groupes, l'interaction entre plusieurs désavantages, choix individuels et conditions de vie, et l'accumulation de ceux-ci, augmentent le risque de décès et d'invalidités précoces. À chaque stade de vie, des mesures de soutien aux niveaux global et individuel peuvent améliorer la résilience, la santé et le bien-être.

268. L'exposition à des conditions néfastes pour la santé et la vulnérabilité sont réparties inégalement dans la société en fonction du statut socioéconomique et de marqueurs démographiques comme l'origine raciale et ethnique ou le sexe. Par exemple, les individus ayant un niveau d'études supérieur ont généralement une alimentation plus saine que la moyenne et fument moins. Cette exposition et cette vulnérabilité sont également fortement influencées par une société de consommation, le marketing intensif des produits et, dans de nombreuses sociétés, une absence de réglementation des produits nocifs.

269. Selon les informations disponibles, les facteurs de risques pour les maladies non transmissibles comme le diabète de type 2 et les maladies cardiaques apparaissent dans la petite enfance, voire dès la vie fœtale. Le statut socioéconomique au début de la vie a une influence considérable sur la santé, y compris sur les maladies non transmissibles contractées plus tard. La santé et l'activité d'une personne âgée sont conditionnées par la somme de ses conditions de vie et de ses actions durant toute son existence. Il est nécessaire d'adopter une perspective portant sur toute la durée de la vie afin de réduire les coûts humains et sociaux associés à la charge actuelle des maladies non transmissibles.

Des solutions efficaces

Prévention : déterminants et facteurs de risque

270. Il est nécessaire de s'attaquer à quatre facteurs communs liés au style de vie et au comportement : le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'inactivité physique et les régimes alimentaires peu sains (20,156–159). Bien que des interventions spécifiques soient décrites ci-dessous, étant donné que les individus et les populations sont exposés à plusieurs facteurs de risque, une approche intégrée combinant plusieurs interventions a plus de chance d'être efficace. En outre, il convient de noter qu'il y a eu une tendance croissante à recourir aux réglementations et aux restrictions là où elles sont considérées comme efficaces et socialement acceptables (p. ex. sur le tabac).

271. Des stratégies rentables et fondées sur des éléments de preuve pour réduire le tabagisme ont été identifiées, notamment la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (20) et six stratégies MPOWER (160) soutenant la Convention au niveau des pays : surveiller la consommation de tabac et l'efficacité des politiques de prévention ; protéger la population contre l'exposition à la fumée du tabac ; offrir une aide au sevrage tabagique ; mettre en garde contre les méfaits du tabac ; appliquer des restrictions concernant la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage ; et augmenter les taxes sur le tabac. Après la vaccination des enfants, les interventions de lutte contre le tabagisme constituent le meilleur investissement pour améliorer la santé. Si seul un article de la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac peut être appliqué, l'augmentation du prix du tabac par une hausse des taxes est le moyen le plus efficace de réduire la consommation et d'encourager les fumeurs à arrêter (161).

272. Pour limiter la consommation nocive d'alcool, on peut, à la discrétion de chaque pays, instaurer notamment les interventions suivantes, qui peuvent induire un changement de contexte afin d'encourager et d'habiliter les gens à prendre des décisions favorables à la santé : instaurer un système national d'imposition spécifique pour l'alcool, assorti d'un système d'application efficace, qui peut tenir compte, le cas échéant, de la teneur en alcool des boissons ; réglementer le nombre et l'emplacement des points de vente où l'on consomme sur place ou en dehors des locaux ; réglementer les jours et les heures de vente au détail ; fixer un âge minimum légal approprié pour l'achat ou la consommation de boissons alcoolisées et prendre d'autres mesures empêchant de vendre des boissons alcoolisées aux adolescents et ceux-ci d'en consommer ; fixer et faire respecter une concentration maximale d'alcool dans le sang, l'alcoolémie autorisée devant être plus réduite pour les conducteurs professionnels et pour les jeunes conducteurs ou conducteurs débutants ; encourager la mise en place de points de contrôle de l'alcoolémie et la réalisation d'alcootests aléatoires ; soutenir les initiatives de dépistage de la consommation d'alcool dangereuse et nocive et les interventions de courte durée pour y remédier dans le cadre des soins de santé primaires et ailleurs ; ces initiatives doivent comprendre notamment le dépistage précoce et la prise en charge de la consommation nocive chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer ; et mettre en place une coordination efficace des stratégies et des services intégrés et/ou couplés de prévention, de traitement et de soins des troubles liés à l'alcool et de la comorbidité, y compris les troubles liés à la toxicomanie, la dépression, le suicide, l'infection à VIH et la tuberculose (162).

273. L'activité physique régulière a des effets bénéfiques considérables sur la santé, réduisant le risque de maladies non transmissibles chroniques et contribuant à la santé mentale et au bien-être global (163). La pratique d'une activité physique favorise également l'interaction sociale et renforce le sentiment d'appartenance à la communauté (164). Les bienfaits, pour la santé, d'une activité physique modérée à intense doivent être soulignés : les adultes doivent accumuler au moins 30 minutes par jour et les enfants et adolescents au moins 60 minutes par jour (165). L'habilitation des groupes inactifs ou presque inactifs à pratiquer une quelconque activité est la mesure qui engendrerait le plus d'améliorations pour la santé. Les environnements sociaux et physiques doivent être conçus de manière à ce que l'activité physique puisse être intégrée à la vie de la population facilement et sans risque : par exemple, un aménagement urbain avec intégration de systèmes de transport visant à promouvoir la marche et le cyclisme (166).

274. Afin de prévenir les maladies non transmissibles, un régime sain doit tendre à instaurer un équilibre énergétique et un poids sain ; à limiter l'apport énergétique provenant de la consommation de graisses totales et à réduire la consommation de graisses saturées et d'acides gras trans pour privilégier les graisses non saturées ; à limiter la consommation de sucre libre ; à limiter la consommation de sel (sodium), toutes sources confondues, et à garantir que le sel soit iodé ; et à accroître la consommation de fruits et légumes ainsi que de légumineuses, de céréales complètes et de noix. Comme indiqué dans la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé (167), les pays doivent adopter un ensemble de mesures en fonction de leurs capacités nationales et profil épidémiologique, notamment dans les domaines suivants : enseignement ; communication et sensibilisation du public ; programmes d'alphabétisation et d'enseignement pour adultes ; marketing, publicité, parrainages et promotion ; étiquetage ; et contrôle des allégations relatives aux effets sur la santé et des messages en rapport avec la santé. En outre, les politiques alimentaires et agricoles nationales devraient être compatibles avec les mesures de protection et de promotion de la santé publique.

275. Outre la promotion de la santé et la prévention des maladies par rapport aux quatre principaux facteurs de risque susmentionnés, il faut établir le lien avec la santé génésique, les maladies infectieuses et l'environnement et la santé, notamment pour la prévention du cancer, ainsi qu'avec la génétique médicale. La législation et des réglementations peuvent limiter l'exposition aux substances cancérigènes sur le lieu de travail et dans l'environnement. La promotion de la vaccination et des pratiques sexuelles à moindre risque peut permettre de prévenir la transmission des virus responsables de cancer comme le papillomavirus humain et le virus de l'hépatite B.

276. Le risque de développer certaines maladies dépend de l'interaction entre l'individu, sa prédisposition personnelle et son environnement. De nombreuses maladies, comme le diabète et l'asthme, ont un profil héréditaire complexe (168). La compréhension de la composition génétique d'un individu permettrait peut-être une prévention plus personnalisée de la maladie, mais il faut encore recueillir des bases factuelles fiables pour démontrer que cela améliore les stratégies de prévention déjà efficaces au niveau de la population (169). En revanche, les données scientifiques sur le rôle des déterminants environnementaux des maladies chroniques sont de plus en plus nombreuses. Par exemple, la pollution atmosphérique intérieure et extérieure augmente le risque d'asthme et d'autres maladies respiratoires, et les fines matières particulaires dans l'air augmentent le risque de maladies cardiovasculaires et de cancer du poumon, réduisant considérablement l'espérance de vie (170). Le radon est la seconde cause de cancer du poumon après le tabac. La prévention primaire des maladies – qui consiste à éviter leur apparition – est axée sur l'élimination ou la réduction de l'exposition aux facteurs de risque environnementaux (171). La baisse de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires suite à l'interdiction de fumer dans les lieux publics ou à la réduction de la pollution atmosphérique est un exemple de bienfait possible pour la santé suite à des interventions réussies portant sur les déterminants environnementaux de la santé.

Dépistage et diagnostic précoces des maladies

277. Il est essentiel de dépister la maladie le plus tôt possible et de prodiguer les meilleurs soins pluridisciplinaires et coordonnés une fois la maladie établie et lorsqu'il existe un traitement efficace. Par exemple, environ un tiers des personnes souffrant de cancer peuvent être guéries si le dépistage et un traitement efficace surviennent suffisamment tôt. Une sensibilisation du public et des professionnels de santé aux premiers signes et symptômes du cancer peut permettre une détection dans les premiers stades de la maladie et un traitement plus efficace et plus simple. Il existe actuellement des différences en matière de détection rapide, tant au sein d'un même pays qu'entre les pays. Un programme de dépistage organisé auprès de la population en touchant les personnes susceptibles d'en retirer des bienfaits, lorsque le système de santé peut supporter une telle initiative, permet de prévenir les invalidités et les décès et d'améliorer la qualité de vie. Par exemple, il a été prouvé que le dépistage était efficace pour la détection précoce du cancer du sein et de l'utérus dans les pays disposant des ressources suffisantes pour fournir un traitement adapté (172).

278. D'autres procédures de dépistage avérées consistent à soumettre les individus à des examens de dépistage pour le risque élevé de maladie cardiovasculaire en recourant à une approche fondée sur le score de risque global en fonction de l'âge, du sexe, des antécédents de tabagisme, du statut diabétique, de la pression artérielle et du taux de cholestérol total par rapport aux lipoprotéines de haute densité. L'association médicamenteuse (aspirine, bêtabloquants, diurétiques et statines) pour les personnes présentant un risque global estimé d'événement cardiovasculaire supérieur à 5 % pour les dix années à venir s'est avérée très rentable dans toutes les Régions de l'OMS (173).

Prévenir l'incapacité

279. Les maladies non transmissibles peuvent être des causes majeures d'incapacité, comme la cécité ou l'amputation de membres inférieurs pour les diabétiques ou des troubles moteurs après un accident vasculaire cérébral. On estime que les troubles musculo-squelettiques sont responsables de la moitié des arrêts de travail et représentent 60 % des incapacités de travail permanentes dans l'UE.

280. Cette situation n'est pas inévitable. Un traitement rapide et efficace peut entraîner une guérison et/ou réduire les risques de récurrence ou de conséquences à long terme ; grâce à la rééducation et aux modèles de soins améliorés, les pathologies qui étaient incapacitantes peuvent devenir gérables ; et les aménagements à domicile et sur le lieu de travail permettent aux individus de rester indépendants et d'exercer une activité professionnelle. Par exemple, après un infarctus du myocarde, une rééducation cardiaque axée sur l'exercice est associée à une nette réduction de la mortalité ; et le traitement d'un accident vasculaire cérébral dans une unité spécialisée réduit de 25 % la proportion de personnes décédées ou dépendantes des autres pour les activités primaires de la vie quotidienne. En outre, si la prévalence et la gravité de nombreuses maladies chroniques augmentent généralement avec l'âge, elles ne sont pas une conséquence inéluctable du vieillissement.

281. Les soins palliatifs font partie intégrante des soins de longue durée, permettant aux patients d'avoir la meilleure qualité de vie possible dans les phases terminales de leur maladie et leur offrant une fin de vie paisible et sans douleur. Plus généralement associés au cancer, ces soins de fin de vie sont bénéfiques pour les personnes souffrant de pathologies chroniques sévères. Des mesures simples et relativement bon marché, comme améliorer l'accès à la morphine orale pour soulager la douleur de manière adéquate, peuvent améliorer la qualité de vie de nombreuses personnes.

Au total : une approche intégrée

282. L'année 2011 a connu plusieurs avancées importantes en matière de maladies non transmissibles. La Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles a eu lieu à Moscou en avril 2011 et s'est soldée par la Déclaration de Moscou (174), qui a ensuite été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2011 (175). En septembre 2011, le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a approuvé des plans à la fois pour les maladies non transmissibles (176) et pour l'alcool (177). Enfin, une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a été organisée pour établir des liens entre le programme relatif aux maladies non transmissibles et le programme du développement. La Déclaration politique qui en a découlé (178) met en lumière l'ampleur, la menace et l'impact des maladies non transmissibles, en s'accordant sur la manière de relever le défi par l'adoption d'une approche pangouvernementale et pansociétale.

283. La déclaration politique des Nations Unies relative aux maladies non transmissibles (2011) (178) ; la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (20) ; la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (167) ; la Stratégie mondiale et le Plan d'action régional sur la consommation nocive d'alcool (177) ; le Plan d'action contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) (176) ; et les Plans d'action sur la santé mentale sont quelques-uns des domaines d'action prioritaires régionaux. Dans chaque cas, la promotion de la santé telle qu'elle est définie dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (30) est l'élément central. Ces domaines d'action encouragent tous les pouvoirs publics à élaborer des stratégies intersectorielles, assorties de buts et d'objectifs, sur les principaux défis liés aux maladies non transmissibles.

284. Deux groupes de maladies (les maladies cardiovasculaires et le cancer), provoquent près de trois quarts des décès dans la Région européenne de l'OMS, tandis que trois grands groupes de maladies (les maladies cardiovasculaires, le cancer et les troubles mentaux) – représentent plus de la moitié de la charge de morbidité (mesuré en AVCI). La mortalité prématurée est en grande partie évitable : selon les estimations, on peut prévenir au moins 80 % de l'ensemble des cardiopathies, AVC et diabète de type 2 et au moins un tiers des cas de cancers (179). Les inégalités relatives au fardeau des maladies non transmissibles dans et entre les pays prouvent que le potentiel de gain de santé reste considérable.

285. La priorité est de mettre en œuvre des interventions efficaces de façon plus équitable et à une échelle appropriée, en veillant à ce que les connaissances existantes soient mieux appliquées, avec plus d'équité. Les maladies non transmissibles ont en commun un grand nombre de facteurs de risque, de déterminants fondamentaux et de possibilités d'intervention tout au long de la vie et de l'évolution de la maladie. Par exemple, sept principaux facteurs de risque (tabagisme, consommation d'alcool, hypertension, cholestérol, surpoids, faible consommation de fruits et légumes et sédentarité) représentent près de 60 % de la charge de morbidité en Europe. L'adoption d'une approche intégrée et fondée sur les facteurs de risque communs pour la prévention des maladies et d'une approche fondée sur les soins chroniques peut être bénéfique pour plusieurs maladies en même temps (180).

286. La Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte (181) préconise une démarche globale et intégrée pour combattre les maladies non transmissibles : favoriser des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies au niveau de la population ; cibler activement les groupes et les individus à haut risque ; maximiser la couverture de la population en matière de traitement et de soins efficaces, tout en intégrant des politiques et des mesures visant à réduire l'inéquité en santé. Dans la droite ligne d'une démarche internationale mettant l'accent sur des « maîtres achats » (182,183), le Plan d'action pour la mise en œuvre de cette stratégie (176) a accordé une attention particulière à une série

d'interventions prioritaires choisies pour leurs effets potentiels sur la mortalité et la morbidité : promotion d'une consommation saine par des politiques fiscales et de marketing ; remplacement des acides gras trans des aliments par des graisses polyinsaturées ; réduction de la consommation de sel ; évaluation et gestion du risque cardiométabolique ; et détection rapide du cancer. Ces interventions sont accompagnées de mesures visant à promouvoir la mobilité et la santé dans différents contextes, comme l'urbanisme et la promotion de la santé sur le lieu de travail.

287. En plus de cela, il faut envisager une vaccination contre les cancers évitables par ce procédé (hépatite B pour le cancer du foie et papillomavirus humain pour le cancer du col de l'utérus et d'autres types de cancer). En termes d'effets potentiels sur la qualité de vie, les soins palliatifs (de fin de vie), en particulier la prise en charge de la douleur, méritent une mention spéciale.

Santé mentale

Analyse de la situation

288. Les troubles mentaux constituent le deuxième facteur contribuant à la charge de morbidité (mesurée en AVCI) dans la Région européenne (avec 19 %) et la principale cause d'incapacité. Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la prévalence de la démence. Les troubles mentaux courants (dépression et anxiété) touchent environ une personne sur quatre dans la population chaque année. Toutefois, environ 50 % des personnes souffrant de troubles mentaux ne reçoivent aucun traitement. La stigmatisation et la discrimination sont les principales raisons pour lesquelles les individus évitent de se faire soigner.

289. La santé mentale contribue en grande partie aux inéquités sur le plan sanitaire en Europe. Les troubles mentaux ont des conséquences graves non seulement pour les individus et leur famille mais également pour la compétitivité de l'économie et le bien-être de la société. Ils sont à la fois une conséquence et une cause d'inégalité, de pauvreté et d'exclusion. Ils sont également un facteur de risque important pour la morbidité et la mortalité dues à d'autres maladies. Il a été démontré que la présence d'une dépression, en particulier, avait une forte influence sur les taux de survie des personnes souffrant de maladies cardiovasculaires et d'un cancer. Les troubles dépressifs sont deux fois plus courants chez les femmes que chez les hommes.

290. La quasi-totalité des pays de la Région européenne dispose de politiques et législations en matière de santé mentale, mais les capacités et la qualité des services sont inégales. Si certains pays ont fermé ou réduit le nombre d'établissements et les ont remplacés par différents services de proximité, beaucoup d'autres ont encore recours aux services de psychiatrie traditionnels et injectent jusqu'à 90 % de leur budget de santé mentale dans des établissements psychiatriques. L'investissement dans des programmes de bien-être et la prévention des troubles de l'enfance, souvent précurseurs de souffrances à vie, est négligeable.

291. L'intervention la plus rentable au niveau de la population consiste à créer des emplois, soit dans le secteur public, soit en prenant des mesures incitatives pour élargir le secteur privé. L'interface entre l'emploi et la santé mentale présente un intérêt croissant. En effet, un emploi de bonne qualité est une bonne chose pour la santé et ses déterminants (un bon niveau de vie, de l'estime de soi, une participation sociale, etc.). Cela peut également contribuer à la santé et à la productivité du personnel, avec des avantages secondaires pour les familles et les populations. Des services efficaces d'hygiène du travail peuvent déterminer quelles sont les personnes à risque dès les premiers stades, les suivre et les encadrer. Pour les groupes exposés à un risque plus élevé, des interventions de santé publique comme des campagnes de dépistage et

d'information peuvent être efficaces. Les personnes présentant des troubles mentaux doivent être repérées au niveau des soins primaires et, en cas de pathologie grave, être orientées vers des services spécialisés.

Des solutions efficaces

292. Une stratégie régionale européenne de l'OMS pour la santé mentale (2012-2020) est en cours d'élaboration, et devrait être présentée au Comité régional de l'OMS en 2013. Les défis pour la santé mentale consistent entre autres à préserver le bien-être de la population à une époque de croissance économique minime et de réduction des dépenses publiques. Cela peut se traduire par une hausse du chômage (surtout celui de longue durée) et de la pauvreté, associée à un risque de dépression, alors que les services de santé mentale subissent des réductions budgétaires. Le stress psychosocial lié à l'insécurité de l'emploi est également considérable. Promouvoir un diagnostic rapide de la dépression et éviter le suicide en lançant des programmes d'intervention au sein des communautés ainsi que, par exemple, des services d'assistance téléphonique et des consultations, est une entreprise difficile. Il est possible d'aider les jeunes à risque par des initiatives scolaires telles que les systèmes d'alerte rapide et les campagnes contre le harcèlement moral. La recherche commence à nous procurer une meilleure compréhension de l'association néfaste existant entre les problèmes de santé mentale et la marginalisation sociale, le chômage, le sans-abrisme, l'alcoolisme et d'autres troubles dus à l'abus de substances psychotropes. Il importe également d'agir sur les nouvelles formes de dépendance liées aux mondes virtuels.

293. Certains pays répondent à la menace pour la santé mentale des personnes en développant les services de conseil. L'association entre l'endettement et la dépression est de mieux en mieux reconnue, et les services de conseils en matière de dettes jouent un rôle crucial pour apporter une sécurité financière.

294. Pour une approche des soins de santé fondée sur les droits, les services de santé mentale doivent être sûrs et structurants et chaque patient doit être traité avec dignité et respect. Les personnes bénéficiant de soins de santé mentale doivent être impliquées dans la prise de décision en ce qui concerne leurs soins. Les professionnels de santé mentale doivent encourager les patients à prendre eux-mêmes leurs décisions en ce qui concerne leurs soins de santé, en leur communiquant les bonnes informations, et les patients doivent être impliqués dans la conception, la prestation, la surveillance et l'évaluation des services de santé mentale.

295. Au niveau de la population, la menace pour la santé mentale est une occasion d'établir des liens entre les secteurs qui dépendent les uns des autres mais ne travaillent généralement pas ensemble, comme les bureaux de prestations sociales, les conseillers en matière d'endettement et les services de santé mentale de proximité. La coordination est essentielle pour une action efficace et efficiente, et le personnel des services de santé mentale de proximité est bien placé pour assumer ce rôle.

296. L'OMS a créé le Programme d'action : Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) (184), qui définit les interventions efficaces pour les troubles mentaux. La stratégie sur la santé mentale qui sera bientôt publiée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe portera sur les moyens d'améliorer le bien-être mental des populations, d'empêcher le développement des troubles mentaux et d'offrir un accès équitable à des services de qualité. Le Bureau régional travaille également avec les pays pour mettre en place un personnel de santé mentale capable de faire face à ces défis.

297. Les systèmes de soins de santé mentale ont dépassé leur ancienne approche axée principalement sur le traitement et la prévention des troubles. Les politiques de santé mentale, la législation et les stratégies de mise en œuvre sont en cours de transformation pour créer des

structures et ressources visant à autonomiser les individus souffrant de troubles mentaux afin qu'ils utilisent leur potentiel inhérent et participent pleinement à la vie de la société et de la famille. Ceci peut être réalisé uniquement en fournissant des services et des activités qui autonomisent les individus et les communautés et qui sont dans l'optique de la protection et de la promotion des droits de l'homme.

Traumatismes et violence

Analyse de la situation

298. Les traumatismes, qu'ils soient non intentionnels (accidents de la circulation, intoxication, noyade, incendies et chutes) ou intentionnels (violence interpersonnelle et violence dirigée contre soi-même), entraînent tous les ans la mort de 700 000 personnes dans la Région européenne de l'OMS (185). Ils figurent en tête des causes de décès parmi les 5 à 44 ans. Les principales causes de traumatismes sont les accidents de la route, les intoxications ainsi que les violences interpersonnelles et autoinfligées. Les traumatismes représentent 9 % des décès dans la Région mais 14 % de la charge de morbidité telle que mesurée par les AVCI (186). Malgré une tendance générale à la baisse, les taux de mortalité liés aux traumatismes ont augmenté en période de transition socioéconomique et politique (187). Les traumatismes constituent une cause majeure du manque d'équité en santé dans la Région. Les taux de mortalité des pays membres de la CEI restent quatre fois plus élevés que ceux de l'UE, et dans la Région, 76 % des décès ont lieu dans les pays à bas et moyen revenu.

299. Au sein des pays, les traumatismes et la violence sont étroitement liés à la classe socioéconomique et sont sources d'inéquités sur le plan sanitaire. Il existe des facteurs de risque communs pour les différents types de traumatismes, comme l'utilisation abusive d'alcool et la toxicomanie, la pauvreté, le dénuement, un niveau d'études bas et des environnements dangereux (188,189). Ces facteurs sont également présents dans d'autres domaines, comme les maladies non transmissibles, ce qui offre des possibilités de mener des actions conjointes. Nombre de ces facteurs de risques sont liés à des déterminants sociaux. Pour élaborer des stratégies de prévention, il convient de s'attaquer aux facteurs structurels sous-jacents et de modifier les comportements individuels et collectifs face aux risques.

300. La violence sexospécifique est l'un des indices les plus sensibles du manque d'équité entre les sexes ; elle peut gravement affecter la santé physique et mentale. Il n'existe pas de données comparables sur ce problème dans la Région européenne, mais des études de plusieurs pays indiquent que 10 % à 60 % des femmes ont été molestées par un partenaire intime.

Des solutions efficaces

301. La Région compte quelques-uns des pays les plus sûrs au monde. Si tous les pays s'alignaient sur les taux de mortalité nationaux les plus bas liés aux traumatismes, on estime que l'on pourrait sauver chaque année un demi-million de vies perdues à cause des traumatismes dans la Région. Les pays avec de faibles taux de traumatismes ont fait de la sécurité une responsabilité sociétale en combinant l'élaboration d'une législation, l'application des lois, l'ingénierie et l'éducation pour obtenir des comportements et des environnements sécuritaires (par exemple, sur les routes, dans les foyers et dans les lieux de sortie nocturne) (188). Ces mesures impliquent d'autres secteurs que celui de la santé, et le défi pour lutter contre la violence et les traumatismes consiste à faire en sorte que ces mesures figurent en bonne place parmi les préoccupations des politiques et praticiens du secteur de la santé et autres (190). Une stratégie portant sur toute la durée de la vie est préconisée, et les interventions ciblées au début de la vie porteront leurs fruits plus tard et toutes générations confondues.

302. De plus en plus de données s'accumulent sur les stratégies efficaces pour prévenir les traumatismes et les violences, et nombre de ces stratégies sont également d'un bon rapport coût-efficacité, montrant que l'investissement dans la sécurité est bénéfique pour l'ensemble de la société. Par exemple, chaque euro investi dans les sièges de sécurité pour enfants permet d'économiser 32 euros ; l'économie est de 16 euros pour les casques de moto, 69 euros pour les alarmes incendie, 19 euros pour les programmes de visite à domicile éduquant les parents contre la maltraitance des enfants, 10 euros pour les conseils de prévention par des pédiatres et 7 euros pour les centres antipoison (191). L'OMS a proposé 100 interventions fondées sur des bases factuelles, dont la mise en œuvre permettrait de réduire de façon considérable les inéquités quant à la charge des traumatismes dans la Région (192). Il s'agit notamment de différentes méthodes de prévention au niveau des individus et de la population, comme limiter l'abus d'alcool (facteur de risque majeur pour les traumatismes et la violence). Les interventions d'un bon rapport coût-efficacité au niveau de la population sont la réglementation, le fait d'envisager des politiques de fixation des prix, l'établissement de règles pour la publicité, et au niveau ciblé, des conseils succincts dispensés par les médecins. La stratégie de l'OMS consiste à travailler avec les États membres pour encourager la mise en œuvre des 100 interventions fondées sur des bases factuelles, s'appuyant sur la résolution EUR/RC55/R9 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe sur la prévention des traumatismes (193). Des enquêtes régulières montrent que des progrès sont réalisés, même s'il reste beaucoup à faire.

303. Parmi les exemples de domaines d'action spécifiques figure la Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière 2011-2020, lancée le 11 mai 2011. De nombreux pays de la Région ont intégré la sécurité routière dans leurs priorités nationales. L'OMS travaille avec les ministères de la Santé et autres partenaires pour tenter d'atteindre les objectifs nationaux qui, pour de nombreux pays, impliquent notamment de réduire de moitié le nombre de décès imputables aux accidents de la route pour 2020 au plus tard. Afin de préconiser l'interruption du cycle de la violence, des enquêtes sur les expériences négatives vécues pendant l'enfance sont menées dans plusieurs pays. Les résultats sont présentés lors de concertations nationales où les interventions pour la prévention de la maltraitance des enfants sont considérées comme prioritaires pour être intégrées dans les programmes de développement et de santé de l'enfant. On cherche également à intensifier les interventions dans deux autres domaines stratégiques négligés : la prévention de la violence chez les jeunes et la prévention de la maltraitance des aînés.

304. Il est possible de réduire les inéquités par rapport au fardeau des traumatismes grâce à des interventions fondées sur des bases factuelles. Comme cela a été mentionné plus haut, l'OMS a proposé de mettre en œuvre 100 interventions de ce genre et se charge du suivi (192). Le défi, en matière de prévention des traumatismes et de la violence, consiste à promouvoir la mise en œuvre de ces mesures. Certaines ne relevant pas des compétences du secteur de la santé, les systèmes de santé doivent renforcer leur *stewardship* pour une prévention équitable, faisant notamment intervenir les éléments suivants : sensibilisation et élaboration de politiques, prévention et lutte, surveillance, recherche et évaluation et prestation de services pour les soins et la rééducation des victimes de traumatismes. Afin d'aider le secteur de la santé à assumer ces rôles, les capacités peuvent être renforcées en intégrant le module de formation TEACH-VIP de l'OMS dans le programme des cours destinés aux professionnels de la santé (194).

Maladies transmissibles

Analyse de la situation

305. Les maladies transmissibles ne figurent pas parmi les principales causes d'AVCI (81,195). Toutefois, elles continuent à provoquer d'importants troubles évitables et décès prématurés dans toute la Région. Malgré les progrès spectaculaires réalisés dans de nombreux pays en ce qui concerne la lutte contre de nombreuses maladies transmissibles telles

que la poliomyélite, la diphtérie, le paludisme et la transmission mère-enfant du VIH, la Région européenne est confrontée à d'importantes difficultés, dont des augmentations dans les taux de prévalence de l'infection à VIH et de la tuberculose, une résurgence de maladies à prévention vaccinale et l'émergence d'organismes résistant aux antibiotiques.

306. Avec le vieillissement de la population, la Région européenne compte un nombre croissant de personnes davantage exposées à un risque plus important de maladies transmissibles et de complications graves comme la septicémie. À l'avenir, des programmes de vaccination systématique pourraient être nécessaires pour les aînés.

307. Étant donné qu'elle est l'une des plaques tournantes des échanges commerciaux et des voyages internationaux, la Région européenne restera constamment exposée à l'importation de maladies infectieuses en provenance de pays extérieurs, certaines ayant un potentiel épidémique, comme les maladies d'origine alimentaire et les nouvelles zoonoses (196). En outre, compte tenu de la persistance des conflits et tensions politiques dans un monde où les biotechnologies sont de plus en plus accessibles, l'usage délibéré d'agents infectieux à des fins préjudiciables ne peut être exclu.

308. La Région européenne, et en particulier ses grands centres urbains en expansion, continuera à attirer les populations migrantes et, avec elles, de vastes poches de pauvreté et des groupes présentant de hauts niveaux de vulnérabilité et ayant un accès limité aux soins de santé (comme ceux qui vivent dans des foyers pour migrants et autres lieux d'hébergement à forte densité d'occupation). Ces groupes seront particulièrement exposés aux risques de maladies comme la diphtérie et la tuberculose, qui peuvent se propager de temps en temps à la population générale.

309. Au-delà des préoccupations d'ordre général concernant les possibilités de préserver les progrès globalement réalisés dans la Région, l'introduction permanente d'agents infectieux exotiques (ayant pour beaucoup un potentiel épidémique) par les voyageurs internationaux et une chaîne alimentaire mondiale souligne encore davantage l'importance de la vigilance et de l'engagement à l'égard de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles.

310. En dépit d'interventions à l'efficacité éprouvée, étayée parfois par des données scientifiques accumulées pendant des dizaines d'années, l'accès à la prévention et à un traitement prodigué dans les premiers stades de la maladie est souvent barré ou sous-exploité, notamment pour les groupes à haut risque marginalisés sur le plan social. Quand elle est couplée à une méfiance générale envers les médicaments qui ont la faveur des pouvoirs publics, la popularité croissante de pratiques « alternatives », dont beaucoup n'ont pas prouvé leur efficacité, pousse certains groupes de la population, souvent dans les pays mieux nantis, à rejeter les services préventifs tels que la vaccination ou à soigner des infections avec des remèdes de charlatan. Ces pratiques font courir à ces groupes de population, à leurs enfants et à ceux qui les entourent un risque accru de contracter des maladies. Tous ces facteurs, associés à une absence générale de conscience du risque posé par la plupart des maladies infectieuses, entravent la prévention des maladies transmissibles dans la Région européenne, ainsi que la lutte contre ces maladies (197–199). Cette absence de conscience du danger se manifeste malgré l'émergence inquiétante de pathogènes résistant aux antimicrobiens, en particulier aux antibiotiques (200) ; le retour dramatique, dans la Région européenne, de maladies évitables par vaccin qui étaient près d'être éliminées, telles que la rougeole, la rubéole et la poliomyélite ; de fréquentes flambées épidémiques de maladies d'origine alimentaire ou de zoonoses ; et, dans un monde de plus en plus mondialisé et interconnecté, l'importation de maladies à potentiel épidémique comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la grippe H1N1 (201).

311. Dans la Région européenne, les maladies transmissibles évitables provoquent également des dégâts considérables sur le plan économique (202), notamment un absentéisme important

causé par des maladies telles que la grippe saisonnière, et des pertes significatives dans le secteur du tourisme, du commerce et des transports, provoquées par des flambées épidémiques de maladies telles que la méningite et l'entérite à *Escherichia coli*.

312. Pour relever ces défis, l'OMS travaille en partenariat actif avec les Etats membres, leurs agences gouvernementales et leurs instituts, ainsi qu'avec des institutions clés de la Région européenne.⁷

313. La Région européenne de l'OMS doit rester concentrée sur la réalisation des objectifs régionaux liés à la maîtrise, à la prévention et, là où c'est possible, à l'élimination des maladies transmissibles ; elle doit également rester vigilante quant au risque que représentent les maladies transmissibles au sein d'une population vieillissante qui sera de plus en plus vulnérable aux complications graves dues aux infections. La mise en place de systèmes robustes de surveillance des maladies, la lutte anti-infectieuse stricte, l'accès universel aux antibiotiques et leur usage prudent, de vastes programmes de vaccination et des systèmes de santé renforcés sont essentiels pour garantir la capacité régionale à maîtriser et à réduire la charge des maladies transmissibles.

Des solutions efficaces

314. Il existe beaucoup d'interventions éprouvées, fondées sur des bases scientifiques, et d'un bon rapport coût-efficacité afin de combattre les maladies transmissibles. La plupart des « maîtres achats » mondiaux se situent dans le domaine des maladies transmissibles. Il s'agit notamment de la vaccination des enfants contre les principales maladies infantiles ; de la fourniture de moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide, des insecticides pour le traitement des habitations et un traitement préventif contre le paludisme dans les régions endémiques ; de l'accès universel garanti au diagnostic de la tuberculose et à DOTS-plus ainsi qu'au diagnostic et au traitement efficaces des cas de tuberculose multirésistante ; de la prévention de la transmission du VIH par l'adoption d'approches coordonnées, le recours aux préservatifs, la dispensation d'une thérapie antirétrovirale et la mise en œuvre de stratégies de réduction des risques ; de l'évitement des injections médicales peu sûres ; et de la lutte contre les infections liées aux soins de santé et acquises au sein d'une communauté. La mise en place de systèmes d'information sanitaire performants, dont la surveillance en vue d'une détection rapide des flambées épidémiques, est aussi essentielle pour déterminer et planifier les interventions sanitaires les plus appropriées, et consentir un investissement en faveur de celles-ci.

315. Parmi les facteurs qui influencent de manière décisive la mise en œuvre intégrale des interventions, citons : la charge de morbidité ; les coûts et l'accessibilité financière ; l'engagement politique et l'acceptation du public ; la capacité du système de santé à absorber de nouveaux produits et modes de prestation ; l'accès, s'agissant en particulier d'atteindre les populations à plus haut risque ; et la demande du public et la perception des risques par ce dernier. À titre d'exemple, les nouveaux vaccins, comme ceux qui protègent contre le cancer du col de l'utérus, la pneumonie pneumococcique et la diarrhée à rotavirus, sont onéreux et devront

⁷ Il s'agit notamment de la Commission européenne ; du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) ; des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis ; de programmes et d'agences des Nations Unies tels que le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) ; d'organismes multilatéraux tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'alliance GAVI ; de la Banque mondiale ; de la Banque asiatique de développement ; de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ; de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) ; et des centres collaborateurs spécialisés de l'OMS, agences bilatérales des ministères et agences bilatérales de développement, fondations et organisations internationales privées telles que CARE et le Projet HOPE.

probablement être évalués par rapport aux mesures de l'efficacité telles que les coûts par AVCI évitée, qui dépendront du prix, de la charge de morbidité et du degré d'acceptation par la population.

316. Pour maximiser l'efficacité des interventions réussies, il faudra collaborer et assurer une coordination entre beaucoup de secteurs (exécution des lois, transports, eau et assainissement, alimentation et agriculture, manufacture, etc.). Par exemple, un grand nombre de programmes de réduction des risques prévoyant le traitement de substitution aux opiacés et l'échange d'aiguilles et de seringues nécessitent l'adoption de dispositions juridiques appropriées et la coopération des organismes chargés du contrôle de l'application de la loi. La mise en place des capacités adéquates en matière de réglementation et de suivi dans le secteur de l'alimentation et de l'agriculture et dans celui de l'eau et de l'assainissement permet de mieux prévenir et éviter les flambées de maladies d'origine alimentaire liées à la contamination par *Escherichia coli*. La surveillance et l'alerte ainsi que les capacités d'intervention aux points d'entrée (ports, aéroports et postes-frontières) constituent des composantes essentielles du secteur des transports afin de garantir la protection contre l'importation des maladies présentant un potentiel de flambées épidémiques.

Maladies à prévention vaccinale et vaccination

317. La mise sur pied de programmes nationaux de vaccination, voici plusieurs dizaines d'années, a rencontré un haut degré d'acceptation parmi la population et beaucoup de succès, avec des taux de couverture dépassant les 90 % pour la plupart des vaccins administrés systématiquement (203), ce qui a permis de certifier la Région exempte de poliomyélite en 2002 et de faire diminuer le nombre de cas de rougeole de plus de 90 % depuis 1990. Récemment, toutefois, la perception des risques par la population a changé, et l'on s'est concentré sur les événements négatifs en rapport avec la vaccination plutôt que sur les dangers de la maladie elle-même, avec des effets négatifs conséquents sur la lutte contre les pathologies. Il subsiste des poches de population sensibles malgré une couverture vaccinale généralement élevée, et des maladies précédemment maîtrisées ont fait leur retour. Par exemple, en 2007, la prévalence régionale annuelle de la rougeole a atteint son point le plus bas, mais en 2011, le taux avait quadruplé, et la plupart des cas se sont produits dans les parties occidentales et centrales de la Région.

318. Malgré ces difficultés, les vaccins administrés systématiquement durant l'enfance⁸ restent des outils de santé publique essentiels qui sauvent des vies, et plusieurs nouveaux vaccins importants, comme ceux contre les maladies pneumococciques et les rotavirus, font leur apparition progressive dans les programmes de vaccination systématique des États membres. De plus, les vaccins contre certains virus cancérogènes, contre l'hépatite B et contre le papillomavirus humain établissent des ponts entre les maladies transmissibles et non transmissibles (204–207).

319. Des campagnes de promotion ciblées, telles que la Semaine européenne de la vaccination qui a lieu chaque année (208), permettent aux pays de lancer des campagnes de vaccination généralisées et de sensibiliser à l'engagement pris, au niveau régional, en faveur du maintien d'une couverture vaccinale élevée.

320. Les systèmes de surveillance doivent être maintenus et renforcés pour toutes les maladies à prévention vaccinale. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a instauré plusieurs réseaux de surveillance de maladies spécifiques par des laboratoires afin de détecter les cas, de suivre les

⁸ Rougeole, rubéole, oreillons, poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, *Haemophilis influenzae* type b et varicelle.

chaînes de transmission, voire même de détecter les agents pathogènes avant la survenue des cas cliniques. Ces systèmes font intervenir des cliniciens, des épidémiologistes et des réseaux de plus de 200 laboratoires pleinement accrédités utilisant les normes de l'OMS pour la définition des cas, les protocoles de surveillance et les méthodes de laboratoire afin de déceler la circulation de pathogènes chez l'homme et dans l'environnement, de déterminer l'origine et les voies de transmission des agents infectieux sur la base de données génétiques, et d'observer les effets de la vaccination après sa mise en œuvre (209).

321. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe continue ses travaux de liaison entre les réseaux de surveillance des maladies et d'amélioration de l'échange de données en termes de ponctualité et d'exactitude. Depuis plusieurs années, il propose le Système d'information sur les maladies infectieuses (CISID) (210) comme un service rendu aux États membres et, plus récemment, a lancé le système de gestion des données de laboratoire pour le réseau des laboratoires de la poliomyélite (211) afin de fournir des données de laboratoire pour chaque cas presque en temps réel, avec une précision jamais atteinte auparavant. Des plateformes similaires sont en cours d'élaboration pour d'autres réseaux de laboratoires du Bureau régional.

322. L'histoire de l'éradication de la variole (212), ainsi que les épisodes récents de SRAS acquis en laboratoire (213), nous rappellent que les laboratoires peuvent aussi devenir des sources d'infection, et que la sécurité et la sûreté biologiques doivent constituer des priorités pour l'ensemble des laboratoires de la Région européenne, d'autant plus que l'on vise une éradication mondiale de la poliomyélite.

Résistance aux antimicrobiens

323. Des avancées dans l'espérance de vie dans la Région européenne de l'OMS, partiellement dues à l'introduction d'antibiotiques, sont remises en question aujourd'hui à cause de la résistance croissante aux antimicrobiens. Des antibiotiques sauveurs de vie sont en train de devenir inefficaces ou terriblement chers, et posent de sérieux problèmes techniques et financiers aux médecins, systèmes de santé et patients dans tous les pays, en particulier ceux qui disposent de ressources limitées. C'est le cas pour les médicaments traitant de nombreuses infections bactériennes courantes, comme les infections des voies urinaires et les pneumonies, mais c'est encore plus frappant dans le traitement de la tuberculose, où l'on est de plus en plus confronté à la résistance aux antibiotiques de première et de seconde intentions (tuberculose multirésistante et ultrarésistante).

324. Une résistance a été constatée dans au moins 25 % des infections bactériennes, et ce dans plusieurs pays de l'UE. Selon les estimations, elle a entraîné, rien qu'en UE, 25 000 décès supplémentaires par an et des coûts sanitaires et sociaux supplémentaires atteignant au moins 1,5 milliard d'euros.

325. En outre, les bactéries résistantes aux antibiotiques traversent facilement les frontières, comme l'illustre la propagation internationale incontestable des bactéries contenant l'enzyme New Delhi métallo-bêta-lactamase 1 (NDM-1) qui les rend résistantes à une vaste gamme d'antibiotiques (214), y compris ceux, comme les carbapénèmes, déjà utilisés pour traiter les infections résistantes aux antibiotiques. Cette situation est particulièrement préoccupante compte tenu du fait qu'aucune nouvelle classe d'antibiotiques à prix abordable et efficaces, en particulier contre les bactéries à gram négatif, n'a été développée.

326. L'évolution des organismes pharmacorésistants est un processus bien compris, qui est accéléré par une mauvaise utilisation (insuffisante ou excessive) des antibiotiques en médecine humaine et en agriculture animale. La médiocrité des mesures de lutte contre les infections, en particulier dans les hôpitaux et les cliniques, contribue directement à la propagation d'infections pharmacorésistantes et associées aux soins de santé.

327. De vastes initiatives intersectorielles permettront de réduire l'usage abusif d'antibiotiques et de ralentir le développement de la résistance aux médicaments existants. Le renforcement des capacités de surveillance permettra de mieux démontrer et attester toute l'ampleur de la résistance aux antibiotiques dans la Région européenne. Une action conjointe est également nécessaire avec le secteur de l'agriculture, qui utilise les antibiotiques comme facteurs de croissance chez les animaux, ce qui contribue à l'évolution des organismes résistants chez ces derniers.

328. La directrice régionale de l'OMS pour l'Europe a fait de l'endiguement de la tuberculose, et en particulier la tuberculose multirésistante, un programme spécial sous sa direction. Le Plan d'action stratégique pour endiguer la résistance aux antibiotiques dans la Région européenne de l'OMS s'appuie sur des interventions qui, menées conjointement, s'avèrent efficaces. Ce Plan d'action comporte sept domaines clés : la promotion de la coordination intersectorielle nationale ; le renforcement de la surveillance des résistances ; le renforcement de la surveillance et le stewardship de la consommation de médicaments ; une surveillance accrue de l'utilisation d'antimicrobiens dans l'industrie des animaux destinés à la consommation ; un meilleur contrôle et stewardship des infections pour prévenir la résistance aux antimicrobiens dans les établissements de soins de santé ; plus de recherche et d'innovation sur les nouveaux médicaments et les nouvelles technologies ; et plus grande sécurité pour les patients grâce à une meilleure prise de conscience de l'utilisation des antimicrobiens et de la résistance à ceux-ci.

329. Fait important, les études ont révélé que de simples mesures de lutte anti-infectieuse comme se laver les mains peuvent réduire de façon significative la prévalence des bactéries résistantes aux antibiotiques comme le très répandu *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), responsable d'une grave infection nosocomiale.

Tuberculose

330. Selon les estimations, il y a eu en 2010 420 000 cas de tuberculose (nouveaux cas et rechutes) et 61 000 décès liés à cette maladie dans la Région européenne. La grande majorité des cas de tuberculose sont recensés dans les parties orientale et centrale de la Région, représentant 87 % des nouveaux cas et 94 % de la mortalité due à cette maladie. Notre Région est aussi celle qui accuse le taux de réussite thérapeutique le plus bas au monde : le traitement initial ne réussit pas dans près d'un tiers des cas nouvellement traités et dans plus de la moitié des cas déjà traités précédemment. Ceci met en évidence le haut niveau de résistance aux médicaments antituberculeux. Des souches multirésistantes ont été signalées chez 13 % des tuberculeux nouvellement traités et 42 % des tuberculeux déjà traités. Si la résistance n'est pas maîtrisée, nous risquons d'assister à la disparition générale des médicaments efficaces contre la tuberculose et de revenir à la charge de morbidité de l'ère préantibiotiques.

331. La résurgence de la tuberculose et le problème croissant de la tuberculose pharmacorésistante, en particulier la tuberculose multirésistante, dans certains pays, sont associés à une incapacité des systèmes de santé à dispenser aux personnes ayant besoin de services de santé des services qui constitueraient une réaction adéquate. Si la tuberculose ne touche pas une classe sociale en particulier, elle est souvent liée à des mauvaises conditions socioéconomiques et à d'autres déterminants, notamment des lieux d'hébergement surpeuplés ou l'absence de logement. Comme pour le VIH, les toxicomanes par voie intraveineuse et les détenus sont plus exposés au risque de tuberculose, tout comme les alcooliques et les sans-abri. La tuberculose et l'infection à VIH constituent un tandem mortel, la première étant la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. C'est également une maladie grave pour les 9 800 enfants atteints de tuberculose signalés chaque année dans la Région.

332. Certains pays, notamment les pays baltes, ont démontré qu'un investissement à long terme et l'adoption d'une approche globale et participative permettent de garder sous contrôle la

tuberculose, y compris ses souches multirésistantes. L'accès universel à un diagnostic et à un traitement de haute qualité, à savoir notamment un diagnostic efficace et un traitement de longue durée des cas de tuberculose multirésistante, a prouvé son efficacité dans de nombreux pays de la Région européenne, mais doit encore devenir une réalité dans l'ensemble des pays de la Région.

333. Le diagnostic et le traitement des personnes atteintes de tuberculose multirésistante sont des interventions hautement efficaces par rapport à leur coût (215). La directrice régionale de l'OMS pour l'Europe a également consacré un programme spécial à l'endiguement de la tuberculose, et particulièrement de la tuberculose multirésistante, et en 2011, les États membres ont approuvé un plan d'action quinquennal consolidé de prévention et de lutte contre la tuberculose multi et ultrarésistante (216). Des plans d'action nationaux contre la tuberculose sont en train d'être élaborés et mis en œuvre dans ce cadre régional, avec le soutien du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, d'institutions nationales et internationales, d'agences de la société civile et d'agences de financement, en particulier le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

334. Un outil d'évaluation rapide a été mis au point afin de déceler et de résoudre les principales difficultés rencontrées par les systèmes de santé dans la prévention et l'endiguement de la tuberculose. Il s'avèrera probablement précieux dans tous les pays pour lesquels cette maladie est un gros problème de santé publique. Les services de soins de santé primaires doivent pleinement participer au dépistage et au suivi des personnes atteintes de tuberculose. Les modèles de financement de la santé doivent promouvoir l'utilisation rationnelle des ressources hospitalières, ainsi que les modèles de soins ambulatoires et alternatifs, notamment le traitement à domicile. L'OMS a validé et approuvé les nouveaux tests de diagnostic moléculaire grâce auxquels la tuberculose et la tuberculose multirésistante peuvent être diagnostiquées en moins de deux heures. Ces tests doivent être mis en place et intensifiés d'une manière rationnelle (217).

335. Étant donné que la tuberculose est étroitement associée à la pauvreté et à de mauvaises conditions de vie, les efforts pour la combattre efficacement doivent également viser à améliorer le niveau de vie et la nutrition et donc impliquer d'autres secteurs.

336. Les interventions doivent répondre aux besoins de populations particulières, dont les détenus et les migrants. Il importe d'induire un rapprochement entre les services et les personnes atteintes de tuberculose et d'éviter autant que possible les systèmes d'orientation-recours pour les enfants atteints de tuberculose et les patients souffrant de tuberculose et de VIH.

337. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et ses partenaires ont mis au point un programme minimal de lutte et de soins transfrontières en matière de tuberculose. Celui-ci met en évidence les mesures nécessaires afin de réaliser un diagnostic en temps voulu et de procéder à un traitement et à un suivi adéquats des personnes souffrant de tuberculose.

Infection à VIH

338. Tandis que le reste du monde observe chaque année une diminution du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH, la partie orientale de la Région européenne de l'OMS est la région du monde où l'épidémie de VIH se propage le plus rapidement. Le nombre de personnes vivant avec le virus a triplé depuis 2000, ce qui a contribué à augmenter le pourcentage annuel de personnes ayant contracté l'infection à VIH de près de 30 % entre 2004 et 2009. Ailleurs dans la Région européenne, l'épidémie de VIH présente des caractéristiques épidémiologiques en total contraste, puisqu'elle est maîtrisée dans la partie occidentale et se trouve dans son premier stade au centre de la Région.

339. La charge du VIH est répartie inégalement au sein des groupes de population clés, puisqu'il est largement confiné à des populations précises courant un risque plus élevé et que ce sont les catégories socialement marginalisées, et dont le comportement est socialement stigmatisé, voire illégal, qui sont les plus gravement touchées.

340. Des obstacles propres aux systèmes de santé et à la réalité sociétale, et entravant l'efficacité du traitement et de la lutte contre le VIH, contribuent à ce tableau épidémiologique. La partie orientale de la Région a quelques-uns des taux de couverture par thérapie antirétrovirale les plus bas au monde (moins de 20 %) pour les personnes ayant besoin d'un traitement (218). En outre, au sein de cette région, les personnes vivant avec le VIH se sont vues, et se voient encore, refuser l'entrée dans certains pays, ou en sont expulsées, en raison de leur séropositivité ; cette situation contribue à la stigmatisation et n'aide pas à lutter contre l'épidémie. Pour lutter contre celle-ci, il faut lever les obstacles à un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH.

341. La prévalence de l'infection à VIH et ses répercussions économiques risquent d'augmenter suite au nombre croissant de personnes infectées et survivant plus longtemps grâce à la thérapie antirétrovirale. Dans un futur proche, l'infection à VIH sera classée comme l'une des maladies chroniques les plus coûteuses.

342. Cependant, il y a des signes de changements positifs : par exemple, les pays de la partie orientale de la Région ont enregistré des progrès dans l'intégration de la prévention du VIH aux services de santé maternelle, néonatale et infantile. Ainsi, 93 % des femmes enceintes testées séropositives dans la Région bénéficient d'une prophylaxie antirétrovirale pour éviter une transmission de la mère à l'enfant (198).

343. On a pu déterminer des politiques et interventions efficaces pour réagir à l'épidémie de VIH. L'intérêt de renforcer la mobilisation politique et le leadership et de se concentrer sur les populations les plus à risque d'exposition et de transmission du VIH a été clairement démontré. Parmi ces mesures, il convient de mentionner les suivantes : participation des médias et éducation ; promotion d'une utilisation maximale des préservatifs chez les populations clés à plus haut risque ; développement du traitement des infections sexuellement transmissibles dont on sait qu'elles accroissent le risque de transmission du VIH ; accès universel à la thérapie antirétrovirale, aux conseils sur le VIH et au dépistage ; fourniture d'une prophylaxie antirétrovirale comme moyen hautement efficace de prévenir la transmission hétérosexuelle chez les couples discordants et la transmission de la mère à l'enfant ; et mesures de réduction des risques (par exemple, thérapie de substitution aux opiacés et programmes d'injection en toute sécurité, tels que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues).

344. En étroite partenariat avec les gouvernements, l'ONUSIDA, la société civile et le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le temps est venu de promouvoir de plus en plus les liens et l'intégration des programmes nationaux de lutte contre le VIH et le sida avec les programmes plus généraux sur la santé et le développement. C'est là l'objectif du Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 (219), basé sur quatre orientations stratégiques : optimisation des résultats de la prévention, du diagnostic, du traitement et des soins du VIH ; amélioration plus générale des résultats en matière de santé grâce aux interventions de lutte contre le VIH ; édification de systèmes solides et durables ; et lutte contre la vulnérabilité et les barrières structurelles empêchant l'accès aux services.

345. Les stratégies de prévention peuvent être adoptées à une plus grande échelle pour lutter contre la charge croissante de l'épidémie de VIH et d'autres maladies chroniques touchant les personnes vivant avec le VIH, et l'expérience a montré que les groupes de personnes vivant avec le VIH, et d'autres groupes de la société civile, sont les mieux placés pour proposer ces stratégies. Il conviendrait d'envisager des moyens de permettre à ces groupes d'avoir leur mot à

dire pour améliorer la qualité et de faciliter une réelle participation à tous les niveaux, afin de permettre des interventions ciblées et efficaces dans divers cadres et contextes (220).

Éliminer le paludisme pour 2015

346. La Région européenne a réalisé des progrès considérables en vue de l'élimination du paludisme. Grâce à des interventions efficaces contre les moustiques vecteurs (221), le nombre de cas autochtones de paludisme est passé de plus de 90 000 en 1995 à moins de 200 en 2010 ; tous les cas de 2010 étaient dus à *Plasmodium vivax*. Ce succès remarquable résulte largement de l'engagement politique résolu des pays touchés, renforcé en 2005 par la Déclaration de Tachkent : Passer de la lutte contre le paludisme à son élimination, signée par l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, l'Ouzbékistan, le Tadjikistan, le Turkménistan et la Turquie.

347. Éliminer le paludisme pour 2015 est aujourd'hui le principal objectif. Celui-ci peut être atteint en fournissant des moustiquaires de lit imprégnées d'insecticide, des insecticides pour le traitement des habitations et un traitement préventif contre le paludisme dans les régions endémiques. Ces efforts ont produit des succès récents : le Turkménistan a été déclaré exempt de paludisme en 2010, l'Arménie en 2011 et le Kazakhstan en 2012, et l'on pense que la propagation de la maladie a été interrompue en Géorgie. Partant du principe que le paludisme peut être éliminé, il sera essentiel de prévenir la réapparition de la transmission de la maladie, en particulier dans le contexte de changement climatique et de résurgence d'autres maladies transmises par les moustiques récemment observées dans la partie méridionale de la Région européenne, notamment la fièvre du Nil occidental, la dengue et le chikungunya (222).

348. Dans ce contexte, le Bureau régional, la Commission européenne, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et la European Mosquito Control Association collaborent pour exhorter les autorités sanitaires nationales à prendre conscience de ce nouveau risque de santé publique et à prendre les mesures de prévention et de lutte qui s'imposent. Fait important, il faut poursuivre les travaux de recherche sur la biologie des vecteurs afin de renforcer l'efficacité de la lutte antivectorielle dans la Région européenne, à la fois pour lutter contre le paludisme et les autres maladies transmises par les moustiques et pour mieux contrôler d'autres maladies parasitaires à transmission vectorielle comme la leishmaniose (223).

Grippe et autres pathogènes respiratoires

349. La grippe et les autres pathogènes à l'origine d'infections respiratoires aiguës concourent à une forte charge de morbidité dans la Région européenne, en termes d'AVCI et de décès. Les virus de la grippe A et B provoquent des épidémies d'affections respiratoires dans l'hémisphère Nord touchant 5 à 15 % de la population à chaque saison, les enfants de moins de cinq ans étant généralement les plus atteints par la maladie. À elles seules, les épidémies de grippe saisonnière induisent d'importants coûts sociaux et économiques directs et indirects. Il a été récemment estimé que les coûts directs associés aux consultations en clinique et à l'hospitalisation pour la grippe saisonnière dans l'UE atteignent chaque année près de 10 milliards d'euros (224).

350. La pandémie provoquée par un nouveau sous-type de grippe A survient périodiquement. Bien que la gravité et l'impact varient et soient difficiles à prédire à l'avance, les quatre pandémies qui se sont déclarées entre 1900 et 2010 ont toutes provoqué une importante mortalité et touché le secteur de la santé et d'autres secteurs. Elles étaient qualifiées de très graves (1918), de modérément graves (1957 et 1968) et de relativement bénignes (2009). Les virus de la grippe A infectent un large éventail d'animaux ainsi que les humains, les virus pandémiques étant en général d'origine animale. Depuis 1997, le virus de la grippe aviaire H5N1, qui est particulièrement pathogène chez la volaille, a entraîné d'importantes pertes économiques en Asie du Sud-Est, en Égypte ainsi que dans certains pays d'Europe. Les êtres

humains sont également infectés sporadiquement, avec un taux de mortalité élevé (sur 573 cas confirmés dans le monde, 336 ont eu une issue fatale).

351. Chaque année, lors des épidémies saisonnières et durant les pandémies, d'aucuns, au sein des groupes de population plus exposés au risque, contractent une forme de maladie grave associée à la grippe. Si une surveillance systématique de la grippe est effectuée dans les services ambulatoires de la plupart des pays de la Région européenne, la surveillance des maladies graves et de la mortalité associées à la grippe est, en revanche, limitée. Cela contribue à l'idée erronée que la grippe est une maladie relativement bénigne, et empêche à la fois la comparaison de la gravité de la maladie d'une saison à l'autre et les estimations de la gravité d'une éventuelle pandémie.

352. Avant la pandémie de 2009, les pays de la Région ont consenti un investissement considérable dans la préparation à la pandémie à la lumière de leur expérience avec le SRAS, de la menace posée par la grippe aviaire H5N1 et de l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (2005). Si, dans la plupart des cas, la pandémie 2009 a provoqué une affection bénigne, beaucoup de personnes (même des individus précédemment en bonne santé) ont été gravement malades ou sont décédées, et cette situation a imposé des contraintes aux services de soins de santé (notamment les unités de soins intensifs).

353. La grippe est une maladie à prévention vaccinale. Les pays doivent développer et maintenir des programmes de vaccination performants afin d'accroître la vaccination chez les groupes à plus haut risque et chez les agents de santé (pour assurer leur propre protection et celle de leurs patients et influencer l'acceptation des vaccins par le grand public). Pour soutenir ces efforts, beaucoup d'États membres organisent des campagnes d'information visant à sensibiliser le public au problème de la grippe et aux bienfaits de la vaccination, ainsi qu'à éviter la transmission de cette maladie.

354. Les personnes gravement grippées ont besoin d'un accès à des soins spécialisés en hôpital et dans des unités de soins intensifs bien équipées. On facilite ceci en formant les agents de santé aux facteurs de risque pouvant entraîner une maladie grave et à la détection des symptômes.

355. Les systèmes de surveillance de la grippe, qui assurent le suivi des malades non hospitalisés et des complications et de la mortalité associées, sont essentiels, car ils permettent aux pays d'estimer la charge de morbidité et la mortalité, et les aident à prendre des décisions quant aux groupes cibles pour la vaccination.

356. Il est absolument indispensable d'épauler les centres nationaux de la grippe (225) en fournissant des programmes d'assurance qualité, des formations et un échange d'informations et de bonnes pratiques. Ces centres peuvent détecter une activité grippale en temps voulu et orienter la réaction du système de soins de santé ; contribuer à la surveillance globale et aux sélections annuelles de souches virales à inclure dans les vaccins antigrippaux ; et contribuer à l'évaluation des risques présentés par les virus grippaux présentant un potentiel pandémique.

357. L'investissement continu consenti par les États membres à la planification de la préparation aux pandémies (226) facilitera la réaction à une pandémie future et contribuera à l'application du Règlement sanitaire international et à la préparation générique, en particulier celle des services de soins de santé.

Stratégies visant à remédier aux inégalités en santé et à leurs déterminants sociaux pour les principales maladies

358. À nouveau, des stratégies d'intervention visant à remédier aux inégalités en santé et à leurs déterminants sociaux pour des groupes spécifiques peuvent être dérivées pour les grands groupes de maladies.

Les maladies non transmissibles

359. La lutte contre les maladies non transmissibles requiert une intervention pansociétale entre les pouvoirs publics, le secteur public, la société civile et le secteur privé. En ce qui concerne les problèmes perniciose tels que l'obésité, leur résolution exige une démarche fondée sur une pensée systémique et une analyse, la collaboration entre les parties prenantes, à l'intérieur et à l'extérieur des pouvoirs publics, à l'aide de mécanismes de gouvernance qui facilitent les actions conjointes au niveau intersectoriel et entre les niveaux de pouvoir (84).

360. Les pays de la Région européenne disposent déjà d'un large éventail de politiques générales et spécifiques sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles. Toutefois, la coordination entre ces différentes politiques peut être défailante, surtout lorsqu'elles impliquent une intervention rapide dans les déterminants sociaux. Un cadre politique global et des mécanismes comme l'établissement d'objectifs et cibles communs, des systèmes d'information communs, la mise en œuvre de projets conjoints, des messages médiatiques communs, une planification commune et l'établissement de priorités peuvent déboucher sur une démarche stratégique mieux coordonnée (227).

361. La lutte contre le tabagisme et le combat contre l'alcoolisme constituent d'autres exemples de domaines où une collaboration et une réglementation s'imposent. La Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac exige des pouvoirs publics qu'ils introduisent des réglementations du niveau mondial au niveau local, ainsi qu'une action pangouvernementale sur la législation, les prix, l'accès aux produits du tabac et la multiplication des environnements non fumeurs. Des interventions pangouvernementales sont également nécessaires pour contrôler l'accessibilité à l'alcool et réduire la consommation par des mécanismes de prix et autres.

362. Les services de santé modernes doivent pouvoir répondre aux besoins à long terme des personnes souffrant de maladies chroniques. Les problèmes de soins intégrés et coordonnés surviennent souvent à la jonction des soins primaires et secondaires, soins sanitaires et sociaux et services curatifs et de santé publique et entre les groupes et spécialités professionnels. Ils peuvent être exacerbés par des divisions structurelles, des cadres juridiques et financiers distincts, des cultures distinctes et des différences en matière de gouvernance et de responsabilité. Des approches structurées pour la prise en charge de ces maladies sont nécessaires, avec des modèles de prestation de services caractérisés par la collaboration et la coopération transfrontalières et entre les professions, les prestataires et les établissements, afin de concentrer l'attention sur les personnes souffrant d'affections chroniques, et dans leur intérêt. Les partenariats avec les patients, leur famille et leurs soignants ou aidants peuvent contribuer à la conception de parcours de soins davantage orientés sur l'individu. Les mécanismes des systèmes de santé, comme les systèmes de paiement, doivent encourager et non décourager la coordination et faciliter la continuité des soins (228).

Traumatismes et violence

363. Afin de s'attaquer à l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux des traumatismes et de la violence, il faut également une démarche pansociétale. La prévention des traumatismes et de la violence est une action multisectorielle, pour laquelle des mécanismes de gouvernance sont nécessaires afin que le secteur de la santé s'engage dans la prévention avec

d'autres secteurs qui sont des partenaires essentiels, notamment ceux chargés de la justice, des transports, de l'éducation, des finances et de l'action sociale. Pour ce faire, une démarche pangouvernementale est nécessaire et peut être facilitée par les résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies (comme celles sur la sécurité routière et les droits des enfants). La sécurité doit figurer au premier plan des préoccupations des autres secteurs. La Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière est un exemple dans lequel l'action multisectorielle a été encouragée.

Maladies transmissibles

364. Aujourd'hui, la vaccination est malade de son succès antérieur. Beaucoup de programmes nationaux de vaccination sont menacés par le relâchement de la vigilance des politiques autant que du public en matière de vaccination. En effet, en l'absence de maladie, la vaccination peut ne plus être une priorité. Un engagement politique aux niveaux régional, national et infranational est nécessaire pour renforcer les attitudes positives du public envers la vaccination tout en mobilisant les ressources requises.

Renforcer les systèmes de santé centrés sur la personne, les capacités de santé publique ainsi que la préparation, la surveillance et les interventions en cas de crise

Systèmes de santé

365. Pour fournir des soins de qualité et améliorer les résultats en matière de santé dans tous les domaines, les systèmes de santé doivent être financièrement viables, adaptés à leurs fonctions, axés sur la personne et fondés sur des bases factuelles. Des systèmes de santé fonctionnant correctement améliorent le bilan sanitaire atteint dans la population, protègent des revers financiers en cas de maladie et répondent aux attentes légitimes de la population en ce qui concerne les avantages et services offerts. Tous les pays doivent s'adapter à l'évolution des caractéristiques démographiques en rapport avec les maladies, notamment en matière de santé mentale, de maladies chroniques et de problèmes de santé liés au vieillissement. Les systèmes de soins de santé doivent être réorientés afin d'accorder la priorité à la prévention des maladies, de favoriser l'amélioration continue de la qualité et de coordonner les services fournis, de garantir la continuité des soins, de soutenir l'autoprise en charge par les patients et de délocaliser les soins aussi près que possible du domicile, pour autant que la sécurité et la rentabilité soient assurées.

366. **Santé 2020** reconferme l'engagement de l'OMS et des États membres envers la couverture universelle, notamment l'accès à des soins et à des médicaments abordables et de qualité. Il est crucial d'encourager la viabilité à long terme ainsi que la résilience aux cycles financiers, afin de maîtriser les hausses de coûts induites par l'offre et d'éliminer les gaspillages et les dépenses futiles. L'évaluation des technologies de la santé et les mécanismes d'assurance qualité revêtent une importance essentielle pour la transparence et la responsabilisation des systèmes de santé, et font partie intégrante d'une culture centrée sur la sécurité du patient.

367. La signature et l'approbation officielle de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité (24) reflètent l'engagement des États membres européens à renforcer les systèmes de santé pour atteindre ces objectifs. **Santé 2020** réaffirme les principes essentiels de la Charte de Tallinn en proposant des démarches innovatrices qui renforcent les fonctions de base des systèmes de santé. Ce cadre politique renouvelle les efforts consentis pour trouver des solutions centrées sur l'individu et résilientes aux périodes de crise économique : dispenser des services de santé efficaces et appropriés à la population dans son

ensemble, garantir l'accès à des services de santé organisés en se fondant sur des bases factuelles et centrés sur le patient, générer des ressources de haute qualité pour les systèmes de santé, dont des ressources humaines et des médicaments, et prendre des dispositions efficaces en matière de gouvernance.

Analyse de la situation

368. Malgré la diversité en matière de financement et d'organisation des systèmes de santé de la Région européenne, ces derniers sont confrontés à des défis similaires, à savoir adopter des approches globales pour réduire la charge des maladies chroniques et arrêter la croissance des maladies transmissibles. Néanmoins, les moyens sont limités, ce qui nécessite de trouver de difficiles compromis, particulièrement cruciaux en temps de régression économique. Les soins de santé sont devenus plus complexes, avec une évolution technologique rapide, des populations vieillissantes, des utilisateurs de services plus informés et un développement des mouvements transfrontaliers. Pour que le système de santé puisse faire face à ces changements, il importe d'élaborer des solutions innovatrices axées sur les utilisateurs finals (les personnes en bonne santé et en moins bonne santé), systématiquement inspirées de preuves solides et aussi résilientes aux cycles économiques que possible.

369. Les systèmes de santé européens se sont adaptés à ces défis par un processus continu de réforme et d'innovation. La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, organisée à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008, a constitué un événement majeur, témoignant de l'importance accordée par les États membres à l'amélioration de la performance de leur système de santé et de leur responsabilité à l'égard de cette performance. Cet engagement politique s'est traduit par la signature de la Charte de Tallinn (24) et par l'approbation ultérieure de celle-ci dans une résolution du Comité régional sur la direction/la gouvernance des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS (229). La plupart des pays sont restés engagés à respecter les principes de solidarité, même dans la foulée du ralentissement économique, et d'autres continuent à évoluer vers une couverture universelle. Les considérations de rentabilité sont apparues au premier plan des débats sur les politiques publiques, à la fois en réponse aux tendances à long terme en matière de vieillissement et à la récente crise économique. De nombreux pays sont par conséquent incités à examiner et à adapter leur mode de prestation de services ainsi que leurs dispositions en matière de commandes et de gouvernance.

370. Les politiques, stratégies et plans de santé doivent être fondés sur une compréhension des besoins sanitaires de la population et sur une vision des interventions nécessaires en matière de santé publique et de soins de santé. Cependant, des faiblesses structurelles et fonctionnelles dans la fourniture de services par les systèmes de santé de la Région contrarient l'adoption d'une démarche fondée sur des bases factuelles et centrée sur les gens.

371. Les concepts et approches modernes de la santé publique n'ont pas été mis en pratique dans de nombreux pays ; ils manquent de stratégies nationales pour le développement de services de santé publique, la réforme de la législation désuète relative à la santé publique et le réexamen des mécanismes de partenariat inefficaces. La prévention des maladies (y compris les interventions en amont sur les déterminants sociaux) et la promotion de la santé sont des éléments particulièrement importants de la santé publique, mais le manque d'investissement et, parfois, les conséquences imprévues du processus de réforme, affaiblissent les infrastructures et la qualité des services.

372. La structure de la prestation des services (à la population et au niveau individuel) reflète souvent les antécédents de la charge de morbidité et les modèles traditionnels d'investissement, ce qui n'est pas propice à la mise en place des processus de soins modernes axés sur le patient pour les maladies chroniques et une population vieillissante. Par exemple, les services de santé

publique de nombreux pays continuent de se concentrer sur les maladies transmissibles, et n'ont que lentement commencé à intégrer les structures et les activités pour les maladies non transmissibles. Les soins de santé prodigués par des spécialistes et en milieu hospitalier ne satisfont pas d'importants besoins en matière de santé et de bien-être et sont coûteux, contrairement aux systèmes axés sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Les soins primaires continuent de poser des défis dans de nombreux pays caractérisés par un éventail de tâches restreint, un mauvais travail d'équipe, une reconnaissance limitée, une faiblesse des liens avec des niveaux plus élevés de soins et un financement insuffisant. Ces modèles sont souvent le résultat de tendances déséquilibrées en matière de dépenses de santé et de luttes de pouvoir entre professionnels, qui favorisent les services curatifs de courte durée et les diagnostics de haute technicité au détriment des soins primaires, de la prévention des maladies, de la promotion de la santé, de la réadaptation et de l'aide sociale.

373. Les structures et l'intégration des processus sont souvent mal coordonnées entre services de santé publique et services de santé et d'aide sociale, y compris la promotion de la santé, la prévention des maladies, la réaction à des épisodes aigus de maladie, la gestion des soins et la réadaptation. Plusieurs raisons expliquent ce manque de coordination, comme la faiblesse de la gouvernance du système de santé et la fragmentation des mécanismes de prestation de services, le manque d'incitants financiers et de politiques financières propices à une coordination efficace des soins, les différences en matière de pratique clinique des médecins (généralistes et spécialistes) et l'absence de filières fondées sur des informations factuelles tout au long du continuum d'un épisode de soins, voire le non-respect de ces filières.

374. La volonté d'améliorer la qualité de la santé publique et des services de soins de santé s'est manifestée à des degrés variables. Pour ce faire, il faut développer une culture de formation et d'apprentissage continu, supprimer la complexité administrative, s'assurer que la sécurité constitue un élément clé de la conception, veiller à ce que des incitants appropriés soutiennent le processus d'amélioration, établir une culture de l'évaluation et du feed-back, et adopter des approches axées sur le travail en équipe pour la prestation. Ces éléments ne sont pas encore systématiquement présents dans les organisations de prestation de services de toute la Région, ce qui entraîne la dispensation de soins qui ne sont ni fondés sur des bases factuelles, ni centrés sur le patient.

375. Si les modes de financement de la santé ont fait l'objet de nombreuses innovations ces dernières années afin de renforcer la couverture universelle, il reste beaucoup à faire pour éliminer les paiements ruineux et appauvrissants de la Région, surtout pour les personnes souffrant de maladies chroniques et les populations vulnérables. De nombreux pays sont parvenus à une couverture universelle, offrant à l'ensemble de la population des niveaux de protection financière et un accès aux soins de santé raisonnables. Néanmoins, 19 millions de personnes dans la Région doivent assumer des dépenses de santé qui font peser un fardeau catastrophique sur leur budget, et plus de 6 millions de personnes se sont appauvries pour cette raison. En outre, de nombreuses personnes souffrant de maladies chroniques éprouvent de sérieuses difficultés pour bénéficier d'une gestion des soins continue et de qualité. La couverture publique des services des soins chroniques est loin d'être universelle dans de nombreux pays. Par exemple, les conditions de partage des coûts pour les services de santé et les médicaments destinés aux personnes souffrant de maladies chroniques diffèrent considérablement selon les pays. Cette situation incite un recours tardif aux services médicaux qui, à son tour, a une influence sur les résultats des traitements, en particulier ceux des personnes vulnérables et à faible revenu, contribuant considérablement à la fracture sanitaire observée dans la Région.

376. L'adoption d'une approche davantage fondée sur les bases factuelles, basée sur la population et centrée sur le patient pose d'importants défis en matière de ressources humaines. Les systèmes de santé connaissent une pénurie de personnel adéquat, disposant des bonnes

compétences au bon endroit, en particulier le personnel infirmier et les médecins généralistes. Souvent, les arrangements pris avec d'autres secteurs pour un travail commun sont rares, et les objectifs et budgets communs font défaut. La répartition des agents de santé est inégale et caractérisée par une concentration urbaine et des déficits ruraux. Les mauvaises conditions de travail, le manque de modalités de travail flexibles (avec une féminisation du personnel de santé), notamment l'absence de soutien de la direction et la reconnaissance sociale insuffisante, sapent le moral des travailleurs de la santé. L'enseignement et la formation des professionnels de la santé n'ont pas été adaptés aux défis auxquels est confronté le système sanitaire, ce qui a entraîné un décalage entre les compétences des diplômés et les besoins des utilisateurs des services et de la population dans son ensemble, ainsi qu'une orientation prédominante sur les services en milieu hospitalier et une focalisation pointue sur les aspects techniques, sans compréhension du contexte au sens plus large. L'enthousiasme par rapport à la formation continue est modéré en raison du manque d'occasions de développement de carrière, des bas salaires et du manque d'incitants. Dans de nombreux pays, la migration des agents de santé et le départ des travailleurs du secteur public vers le secteur privé ont de graves répercussions négatives sur la qualité et l'accessibilité des soins et sur la capacité à entamer une interaction avec d'autres secteurs.

377. Les médicaments de haute qualité et financièrement accessibles ne sont pas encore systématiquement disponibles dans tous les pays, même pour des affections largement répandues telles que l'hypertension, l'asthme et le diabète. Les médicaments sont essentiels pour prévenir et traiter les maladies et ils constituent un danger pour la santé publique quand ils sont de mauvaise qualité. Ils représentent aussi une part considérable des dépenses de santé : de 10 % à 20 % dans les pays de l'UE, et jusqu'à 40 % dans les pays de la partie orientale de la Région européenne. Plusieurs pays de la partie orientale de la Région éprouvent encore des difficultés à garantir un accès régulier à des médicaments de qualité, sûrs et à prix abordable en raison de budgets insuffisants, de systèmes d'approvisionnement médiocres, du manque fréquent de réglementation au niveau de l'approvisionnement et de paiements directs élevés. Ainsi, le financement et la réglementation de l'approvisionnement en médicaments influencent fortement les résultats sanitaires et la protection financière des individus. La gestion de l'introduction de nouvelles technologies sanitaires coûteuses telles que la pharmacothérapie ou certains appareils et procédures, représente un défi important pour tous les pays. Il est rare que ce processus soit inspiré par des bases factuelles sur l'efficacité et la sécurité des médicaments et des technologies et que des dispositions soient prises pour le partage des risques entre les autorités de réglementation et les firmes pharmaceutiques. L'introduction et l'application de politiques de remplacement par des génériques est l'une des mesures les plus efficaces pour la maîtrise des coûts dans les pays à revenu bas, moyen ou élevé.

378. Enfin, la gouvernance a besoin d'alliances et de partenariats afin de mieux réorienter les systèmes de santé vers des approches fondées sur des bases factuelles et centrées sur le patient. Cela peut inclure, entre autres, l'octroi de niveaux de décisions plus étendus aux prestataires, la stimulation de la culture de la performance et de la responsabilisation fondée sur des informations de haute qualité et largement partagées, ainsi que la collaboration avec la population et les communautés dans la conception de solutions de soins de santé. Le renforcement de la gouvernance aux niveaux des politiques menées, de la planification, de l'achat et de la prestation stimule des changements rapides dans la culture de fourniture de services.

Des solutions efficaces

379. Les pays de la Région européenne accordent une attention prioritaire au renforcement des performances des systèmes de santé, avec de nouvelles approches et innovations pour améliorer la santé et l'équité en santé. Les domaines clés sur lesquels **Santé 2020** se focalise sont les suivants : l'amélioration de la prestation de services de santé publique et de soins de santé, la

production d'intrants clés des systèmes de santé comme les ressources humaines et des médicaments de meilleure qualité, le renforcement des modes de financement en matière de santé et l'amélioration de la gouvernance. Cette partie met en lumière les changements de politiques et les innovations dans les systèmes de santé qui ont prouvé leur capacité à améliorer directement les résultats sanitaires et l'équité en santé, ou qui ont le potentiel de le faire. Les solutions proposées sont valables dans une variété de systèmes de santé, indépendamment de leur forme de financement (recettes fiscales générales par rapport à un système de contribution), de l'organisation de la prestation de services (intégrée par rapport à fragmentée), de l'appartenance des prestataires des soins de santé (publique ou privée) et des modalités de gouvernance (centralisée ou décentralisée).

Services de santé publique

380. L'obtention de meilleurs résultats en matière de santé dans la Région européenne exige un renforcement significatif des fonctions et des capacités de santé publique. Quoique les capacités et les ressources investies dans la santé publique varient d'un point à l'autre de la Région européenne, la nécessité d'investir dans des dispositions institutionnelles et dans le renforcement des capacités et de renforcer la protection sanitaire, la promotion de la santé et la prévention des maladies sont des priorités reconnues. La révision et l'adaptation de la législation relative à la santé publique afin de moderniser et de renforcer les fonctions dans ce domaine peuvent être l'une des manières d'aller de l'avant. La coopération en matière de santé mondiale et de défis sanitaires de nature transfrontalière est de plus en plus importante, ainsi d'ailleurs que la coordination au sein des pays qui ont délégué et décentralisé les responsabilités dans le domaine de la santé publique.

381. Les services de santé publique doivent être fondés sur des valeurs et des bases factuelles, et inspirer l'élaboration de politiques, l'affectation des ressources et le développement stratégique pour la promotion de la santé. Ces services représentent un investissement qui, tout en ayant une valeur intrinsèque, est également un facteur contribuant à la productivité économique et à la création de richesses. Cet investissement est l'une des pierres d'angle pour la réalisation de **Santé 2020**.

382. La nature essentiellement « publique » de la santé publique constitue un principe unificateur de celle-ci, de même que le fait qu'elle soit principalement axée sur la santé de l'ensemble de la population. La santé publique transcende les limites du secteur de la santé ; elle englobe toute une série d'acteurs dans toute la société pour gérer l'enchaînement des causalités – à la fois les causes immédiates de la maladie et les déterminants sociaux. Or, dans beaucoup de pays de la Région européenne, tout le monde ne conçoit pas de la même façon ce qui constitue la santé publique et les services de santé publique ; les compétences et les infrastructures sont éparpillées et contrastées dans l'ensemble de la Région ; la capacité de relever les défis actuels en matière de santé publique reste très limitée dans de nombreux pays.

383. Dans certains pays, le manque d'engagement politique a freiné le développement de la santé publique. L'un des éléments essentiels à la poursuite du développement de la santé publique est l'intégration plus systématique de ses principes et services dans toutes les parties de la société, inspirant un travail de plus en plus pansociétal et pangouvernemental, une action intersectorielle, l'application du principe de la santé dans toutes les politiques et le renforcement des systèmes de santé.

384. Le repositionnement de la santé publique au centre du processus d'amélioration de la santé nécessite un investissement dans les services de santé publique considéré comme un investissement pour la santé et le bien-être à long terme de la population dans son ensemble. Les responsables de la santé publique doivent être capables de lancer et d'éclairer le débat de fond aux niveaux politique, professionnel et public afin de prôner des politiques et des mesures

d'amélioration de la santé. Ce débat s'appuiera sur une évaluation complète des besoins en santé et des capacités d'amélioration de la santé dans toute la société. Il impliquera d'analyser l'effet de stratégies sanitaires à large champ, de mettre en place des réseaux novateurs pour mobiliser de nombreux secteurs et acteurs différents et de jouer le rôle de « catalyseur » du changement.

385. La promotion de la santé et la prévention des maladies sont des éléments particulièrement importants de la santé publique, et le développement des soins de santé primaires constitue une méthode stratégique fondamentale pour assurer la prestation efficace de ces services. L'absence, par le passé, d'investissements dans la prévention des maladies, combinée aux réformes et aux changements récents, notamment à la décentralisation et à la privatisation des services des soins de santé, a fait que de nombreux pays manquent des infrastructures et des services nécessaires. Dans l'ensemble, la part des dépenses de santé allouée aux programmes de santé publique reste relativement limitée dans toute la Région.

386. La protection et la promotion de la santé de la population doivent obligatoirement s'étendre bien au-delà de la mise en œuvre efficace de la fonction de la santé publique dans un pays donné. Ceci implique une collaboration entre les pays pour gérer les problèmes nés de la mondialisation, les travaux d'autres organisations et acteurs internationaux, les effets sur la santé d'accords et d'activités économiques et commerciaux mondiaux et les défis associés aux stratégies de communication mondiales. Cela implique également une collaboration à la fois latérale – entre secteurs – et verticale, depuis le niveau local et communautaire jusqu'au niveau régional et national.

387. La plupart des défis politiques les plus urgents concernant la santé publique exigent la prise en compte de problèmes complexes tels que le manque d'équité en santé, le changement climatique et l'obésité. Ces problèmes pernicioeux sortent des limites de la capacité d'une organisation, quelle qu'elle soit, à les comprendre ou à y remédier. Eux aussi rendent une collaboration nécessaire. Il existe souvent un désaccord sur les causes de ces problèmes et un manque de certitude sur la meilleure façon d'en venir à bout. Il est nécessaire d'adopter une approche fondée sur la pensée systémique et l'analyse pour apprécier et comprendre la complexité des processus qui déterminent la santé et la maladie et pour élaborer les interventions pangouvernementales complexes requises en réaction. Cette démarche est à la fois pertinente et nécessaire pour s'attaquer au fardeau des maladies non transmissibles, qui va croissant.

388. **Santé 2020** est élaboré parallèlement à un Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Ce plan d'action européen expose la vision de la santé publique au XXI^e siècle et fournit un cadre d'action.⁹ **Santé 2020** et le Plan d'action européen appellent tous deux à un engagement 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 inspire les systèmes de gouvernance pour la santé et dans lequel le processus décisionnel est le reflet des principes fondamentaux relatifs aux droits humains, à la justice sociale, à la participation, au partenariat et à la durabilité. Le Plan d'action européen prend comme point de départ la définition de la santé publique donnée par Acheson (230) : « La santé publique est la science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie et de promouvoir la santé grâce aux efforts organisés de la société. »

389. Le maintien, le développement et le renforcement des capacités et services existants de santé publique en vue d'améliorer la santé et de lutter contre les inégalités dans ce domaine par

⁹ Le Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique contient tous les détails du cadre d'action pour le développement de la santé publique et les opérations essentielles de santé publique. Il est considéré comme l'un des principaux et nécessaires piliers de la mise en œuvre de **Santé 2020**.

des mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé sont quelques-uns des principaux domaines d'action à envisager dans le Plan d'action européen. Il est également souligné que la santé publique aussi joue un rôle essentiel dans l'encadrement, le développement et le renforcement des systèmes de santé. Le ministère de la Santé dirige le système de santé et est l'élément central du leadership et des services de santé publique. Ainsi, la santé publique touche aussi aux systèmes de santé et, réciproquement, les systèmes de santé ne peuvent être efficaces que s'ils comprennent une importante composante de services de santé publique.

390. Tant **Santé 2020** que le Plan d'action européen définissent le système de santé comme il l'a été dans la Charte de Tallinn (24) :

Au sein du cadre politique et institutionnel de chaque pays, un système de santé est l'ensemble des organismes, institutions et ressources du secteur public et du secteur privé mandatés pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé. Les systèmes de santé englobent à la fois des services aux personnes et à la population, et des activités visant à influencer les politiques et les actions d'autres secteurs pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé.

391. À la demande des États membres, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe encadre actuellement la formulation du Plan d'action européen. Celui-ci est basé sur 10 « avenues d'action » propices à une démarche d'ensemble, étayées par 10 opérations essentielles de santé publique énoncées au sein de la Région. Celles-ci constituent la pierre d'angle d'un système de santé moderne.

392. Les opérations proposées doivent devenir le fondement unificateur qui oriente toute autorité sanitaire de la Région dans la mise en place, le suivi et l'évaluation des stratégies et actions pour la santé publique. Ces dix opérations essentielles de santé publique sont répertoriées dans l'encadré n° 7. Leur renforcement nécessite de généraliser l'approche pangouvernementale d'amélioration de la santé par la prise en compte de celle-ci dans toutes les politiques, ce qui pousse à réagir en proposant des politiques intégrées, en faisant fi des limites entre divers secteurs et portefeuilles.

393. Le Plan d'action européen sera étayé par des bases factuelles relatives à des schémas institutionnels pour la fourniture de services de santé publique ; par des outils et instruments pour la pratique de la santé publique et par le renforcement de la santé publique.

Pour chaque service de santé, une amélioration de l'accès et de la qualité

394. Il existe des interventions efficaces pour renforcer la prestation de soins de santé en vue d'améliorer l'accès à des soins de qualité, fondés sur des bases factuelles et centrés sur le patient. La principale difficulté, lorsque l'on réforme les services de soins de santé, est de les recentrer autour des besoins et des attentes des personnes pour mieux les adapter à la société et produire de meilleurs résultats. Les thèmes mis en vedette ci-dessous sont notamment les suivants : passer à des services centrés sur la personne, renforcer et soutenir adéquatement les soins de santé primaires, point pivot avant redirection vers d'autres niveaux de soins, dont un système hospitalier accueillant et bien structuré, et garantir une bonne coordination des soins. Ces instruments s'appliquent à un large éventail de contextes de la prestation de services, y compris les organisations présentant un éventail de tâches varié (santé publique, soins de santé primaires, soins hospitaliers, aide sociale et autres) et les organisations caractérisées par différentes formes de propriété (publique, privée à but lucratif et privée à but non lucratif).

Encadré n° 7. DIX OPÉRATIONS ESSENTIELLES DE SANTÉ PUBLIQUE

1. Surveillance de la santé et du bien-être de la population
2. Surveillance et intervention en cas de dangers et d'urgences sanitaires
3. Protection de la santé (sécurité de l'environnement et du travail, sécurité sanitaire des aliments, etc.)
4. Promotion de la santé, dont l'action sur les déterminants de la santé et le manque d'équité en santé
5. Prévention des maladies, dont le dépistage rapide
6. Garantir la gouvernance pour la santé et le bien-être
7. S'assurer de disposer d'un personnel compétent dans le domaine de la santé publique
8. Garantir l'établissement de structures organisationnelles et le financement
9. Sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour la santé
10. Faire progresser la recherche en santé publique pour élaborer des politiques et des pratiques en conséquence

395. Les services de santé doivent se centrer davantage sur les personnes afin d'accélérer l'amélioration des résultats en matière de santé à l'ère des maladies chroniques. Ces maladies s'inscrivent en effet dans la durée, et nécessitent des interactions répétées entre le patient et le système de santé, et dans la plupart des cas, elles progressent. L'objectif des solutions modernes de prestation de services est donc de créer des mécanismes soutenant l'autoprise en charge, s'il y a lieu, et la dispensation des soins aussi près que possible du domicile, pour autant que la sécurité et la rentabilité soient assurées. De telles dispositions permettront d'autonomiser les patients, qui pourront alors participer à la prise de décisions au sujet de leurs propres soins et, par conséquent, les planifier. Des sources d'informations, des aides à la décision et d'autres mécanismes à l'appui de l'autonomisation du patient et du processus décisionnel sont donc nécessaires. Parmi les mesures pour concevoir des services axés sur l'autonomisation, il convient de mentionner les suivantes :

- faire en sorte que les patients participent à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et services de santé, et émettent des commentaires et des observations à ce sujet ;
- appliquer des modèles de partenariat et de prise de décisions partagés par les patients et les prestataires de soins de santé, soutenus par les programmes de formation et de développement de compétences ;
- fournir aux patients des informations appropriées sur les traitements possibles et sur leurs droits ;
- recenser les obstacles à l'accès aux informations, aux soins, à la rééducation et aux dispositifs d'aide pour les personnes souffrant de maladies chroniques et d'invalidité ;
- créer des moyens d'évaluer dans quelle mesure les soins dispensés au sein des organisations et des systèmes sont centrés sur la personne, et publier des indicateurs de performance comparables.

396. Une attention particulière doit être accordée aux populations vulnérables, par l'application de programmes renforcés de proximité et de nouveaux modèles de prestation de

soins. Souvent, les mécanismes pour dispenser des services de soins de santé n'atteignent pas les personnes vulnérables et à faible revenu. Par exemple, les migrants internes et externes, les populations roms, les groupes vivant dans des zones montagneuses isolées et les toxicomanes éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé publics, ce qui contribue à la fracture sanitaire. Afin de s'assurer que ces personnes bénéficient des soins dont elles ont besoin parmi le continuum des soins existants et pendant toute leur existence, il faut aborder d'une nouvelle façon la prestation de services, par le biais de programmes de proximité, au lieu d'attendre que les personnes cherchent à se faire soigner dans les cadres des services de santé traditionnels. Le secteur public doit rester un catalyseur important et encourager l'élaboration de programmes de proximité en fournissant un financement approprié, en mettant en place des réglementations d'application et des mécanismes de récompense, et en concluant des partenariats avec les principaux intervenants.

397. L'amélioration de la qualité des soins requiert des efforts supplémentaires de la part des prestataires pour garantir que les patients reçoivent systématiquement des soins fondés sur des bases factuelles, ainsi que des efforts déterminés pour réduire les variations excessives dans la manière dont les soins de santé sont pratiqués. Des interventions efficaces et même rentables sont bien connues pour la majeure partie de la charge de morbidité touchant la Région européenne. Toutefois, les études révèlent que de nombreux individus ne bénéficient pas de ces services de prévention, de diagnostic, de traitement et de rééducation. Élargir la couverture des traitements rentables pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, la santé des enfants, la tuberculose et les problèmes de santé mentale contribuerait largement à l'amélioration des résultats sanitaires dans la Région européenne. En outre, les patients souffrent souvent de plus d'une maladie ou affection, tandis que les recommandations et directives sont souvent basées sur une seule. De nouveaux axes de recherche sont nécessaires pour soutenir la prise de décisions à l'ère des maladies chroniques avancées.

398. **Santé 2020** conserve son engagement envers une démarche axée sur des soins de santé primaires, l'une des pierres angulaires des systèmes de santé du XXI^e siècle. Les soins de santé primaires constituent un moyen clé de relever les défis auxquels font face les systèmes de santé, avec des généralistes, des infirmières et d'autres agents de santé bien formés. Ils constituent aussi un vecteur essentiel de promotion de la santé et de prestation de services de prévention, et servent de point pivot pour faire la liaison avec d'autres formes de soins. Une filière de soins coordonnés doit évoluer, en favorisant un système équilibré de soins communautaires, de promotion de la santé, de prévention et de gestion des maladies, de soins ambulatoires spécialisés et de soins hospitaliers secondaires et tertiaires. Dans beaucoup de pays, les soins de santé primaires sont effectivement en train d'évoluer pour répondre à ces demandes toujours plus pressantes d'un changement de système, mais dans d'autres, il faut encore leur permettre d'améliorer davantage les performances. Un bon environnement réglementaire, une autonomie managériale, un meilleur financement, la formation des personnels de santé en santé publique, une médecine et une gestion fondées sur des bases factuelles, et des pratiques d'amélioration continue de la qualité à l'échelle de l'établissement constituent des ingrédients essentiels.

399. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais* (231) a réaffirmé l'importance des soins de santé primaire dans les systèmes de santé et les engagements essentiels de la Déclaration d'Alma-Ata (1978) (5). L'expérience acquise au niveau mondial montre que des soins de santé primaires efficaces, centrés sur la personne, sont caractérisés notamment par le fait que l'attention est focalisée sur les besoins de santé ; que les relations personnelles sont entretenues par des coordinateurs de soins recourant à des démarches de prise en charge des soins chroniques ; que l'on s'appuie sur des registres et sur la stratification des risques pour les soins continus et préventifs, plutôt que de se contenter de réagir à des événements ; que l'on assume la responsabilité de la santé et des déterminants de la santé durant tout le cycle de vie, y compris en gérant la fin de vie dans le cadre d'une

planification avancée et adéquate ; et que l'on intègre les gens en tant que partenaires pour la gestion de leur état de santé. Pour y parvenir, il faut non seulement une réforme de la manière dont les services sont fournis, mais aussi une harmonisation des décisions relatives au financement de la santé pour veiller à une répartition adéquate des fonds au sein du secteur de la santé, à des réformes des politiques publiques permettant de mettre en place des communautés plus saines et à un leadership engagé, participatif.

400. Depuis un certain temps, on se préoccupe de plus en plus du fait que le modèle clinique et économique suivant lequel les hôpitaux sont organisés n'est plus approprié ou plus adapté à la fonction. En effet, trop d'hôpitaux tentent de fournir un éventail excessif de services. De nombreux pays réagissent en essayant de centraliser les opérations plus spécialisées et de les accueillir dans des centres plus grands. En même temps, le nombre croissant de patients souffrant de maladies multiples constitue un défi pour les hôpitaux organisés comme des « silos » cliniques. Les soins primaires nécessitent le soutien des hôpitaux et de leurs spécialistes pour prendre en charge efficacement les patients souffrant de maladies chroniques. Toutefois, l'attribution d'incitants aux hôpitaux n'est souvent pas dans leur intérêt. Les incitants financiers structurés par niveau de soins et volume d'activité sapent les efforts consentis pour adopter des processus de soins mieux intégrés, y compris la rationalisation ou la réduction des effectifs des hôpitaux.

401. Il convient d'assurer une coordination étroite entre les soins primaires, les soins à domicile, l'aide sociale, les services ambulanciers, les organisations non gouvernementales et les soins spécialisés avec des filières de soins définies, des systèmes de dossiers partagés et d'autres changements à l'appui de processus mieux coordonnés. Cela inclut également des solutions pour intégrer convenablement les services de santé mentale à la médecine familiale et aux soins hospitaliers afin de reconnaître la charge croissante des maladies et la connexion grandissante entre les problèmes de santé mentale et de santé physique.

402. Quoique les soins de santé soient devenus plus efficaces, ils ont également gagné en complexité. Généralement, les personnes ayant besoin d'un traitement aujourd'hui sont plus âgées, plus malades et présentent des comorbidités importantes, ce qui fait peser de plus lourdes pressions sur les services de santé et entraîne plus de difficultés s'agissant d'établir des priorités. En raison de pressions économiques toujours plus fortes, les environnements dans lesquels les soins de santé sont dispensés sont souvent surchargés. Dans ce contexte, il faut se rendre compte que des événements inattendus et non souhaités peuvent survenir dans n'importe quel établissement de soins de santé. Dix pour cent des patients de la Région européenne font l'expérience de dommages évitables ou d'événements indésirables à l'hôpital, ce qui cause des souffrances et des pertes, et a un coût financier pour les systèmes de soins de santé. La sécurité fait partie du programme de qualité et est l'une des dimensions de la culture de qualité, qui englobe la mise en place de réseaux de patients et de prestataires ; l'échange d'expériences ; l'apprentissage suite à un échec et l'évaluation des risques ; le fait de faciliter des soins efficaces fondés sur des bases factuelles ; le fait d'assurer le suivi des améliorations, et l'autonomisation et la formation des patients et du public en tant que partenaires dans le processus de dispensation de soins.

403. Une mesure supplémentaire importante est l'adoption de technologies de l'information de pointe qui permettent un accès rapide à des données cliniques complètes, de sorte que les professionnels de soins de santé et les utilisateurs des services puissent prendre les bonnes décisions au bon moment sans délai et sans devoir répéter les services ou avoir recours inutilement à des soins inappropriés, avec les frais publics et privés que cela engendre. Malheureusement, les tendances ont pointé dans la direction opposée, avec différentes solutions en matière de technologies de l'information au niveau des soins primaires et hospitaliers, ce qui entraîne une communication médiocre entre ces deux domaines. L'engagement, le leadership et les investissements seront nécessaires pour faire évoluer cette situation. Alors que les

technologies de l'information gagnent du terrain, les questions de confidentialité et de protection des données doivent être très soigneusement étudiées.

404. La complexité fait de la gestion des soins de santé modernes l'une des tâches de gestion les plus difficiles de l'économie tout entière. Néanmoins, de nombreux pays estiment encore qu'investir dans la gestion est un gaspillage de ressources et d'efforts. Il est en effet davantage possible d'améliorer sensiblement la prestation des soins de santé en appliquant des méthodes modernes d'amélioration et de gestion de la qualité plutôt qu'en appliquant une innovation clinique actuellement au stade d'essai. On s'efforce trop peu de veiller à ce que des systèmes et une organisation de base soient en place et fonctionnent efficacement.

Générer des ressources de qualité pour les systèmes de santé

Ressources humaines

405. Afin de revitaliser la santé publique et de transformer la fourniture de services, la formation des professionnels de la santé doit être repensée pour une meilleure harmonisation entre les priorités éducatives et les priorités du système de santé, d'une part, et les besoins sanitaires de la population, d'autre part. Pour soutenir cette transformation de la fourniture de services dans le cadre d'une culture inspirée de bases factuelles, avec une coordination étroite entre divers secteurs et niveaux de soins, l'enseignement et la formation doivent refléter plusieurs facteurs précis, à savoir : produire une main d'œuvre polyvalente plus flexible pour relever avec succès les défis d'une épidémiologie changeante ; collaborer avec d'autres secteurs sur les déterminants sociaux de la santé ; soutenir la fourniture de soins par une équipe ; équiper le personnel d'aptitudes améliorées ; encourager l'autonomisation des patients, en apprenant de nouvelles approches de la consultation ; et étoffer les capacités des dirigeants à tous les niveaux dans diverses organisations en appui de ces changements. La capacité à mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences et à faire face aux nouveaux défis de santé est une condition sine qua non pour les futurs professionnels de santé ; il convient d'encourager ce processus grâce à un accès facile à des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.

406. Au niveau politique, une plus grande attention doit être accordée aux besoins futurs en soins de santé d'une population vieillissante et à leurs implications pour le personnel de santé. Il s'agit notamment de revoir l'équilibre entre les types d'agents de santé formés et les nouveaux types de professionnels requis à tous les niveaux de soins. Par exemple, le nombre croissant de personnes souffrant de problèmes de santé multiples nécessite des généralistes davantage qualifiés, même au niveau de l'hôpital. L'éducation, la formation et la réglementation des professionnels de santé doivent reposer sur les meilleures données scientifiques quant aux besoins futurs d'une population vieillissante en matière de soins de santé.

407. L'amélioration de la performance du personnel de santé existant est essentielle, car elle a un effet immédiat sur la prestation des services de santé et, au final, sur la santé de la population. L'amélioration de la performance est également importante du point de vue de l'efficacité, puisque le recrutement des personnels supplémentaires requis pour faire face à une demande croissante a souvent un prix inabordable. La qualité des services peut être améliorée par l'accréditation et le respect des normes nationales appropriées pour les établissements d'enseignement et pour les agents de santé dans les secteurs privé et public. Des modes d'encadrement et des conditions de travail favorables ont un effet capacitant sur les ressources humaines, ce qui se traduit par un meilleur moral et plus d'engagement et donc de meilleures relations avec les patients, plus respectueuses et enrichissantes. La relation entre médecin et patient sur le plan clinique garde une importance cruciale et doit être encouragée au fur et à mesure que les soins de santé deviennent plus complexes et nécessairement multidisciplinaires.

408. On peut également parvenir à de meilleures performances et à une productivité accrue en améliorant le processus de soins grâce à la rationalisation des filières et au regroupement des soins ; en mettant en place des équipes interdisciplinaires cohérentes avec une gestion efficace ; en organisant des programmes de cours fondés sur les compétences, renforcés par des formations sur le lieu de travail ou à l'extérieur ; en mettant en place des environnements favorables où pratiquer sa profession (rémunération correcte, incitants appropriés, accès aux ressources nécessaires, etc.) ; en organisant la prévention des risques professionnels ; et en mettant l'accent sur l'information, le feed-back et l'évaluation.

409. Les infirmiers et les sages-femmes ont des rôles clés et de plus en plus importants à jouer dans les efforts déployés par la société pour relever les défis de santé publique de notre époque, ainsi que dans la continuité des soins, l'attention accordée aux droits des personnes et l'évolution des besoins. Ensemble, ils forment le plus grand groupe de professionnels de santé de la Région. Comme ils sont en contact étroit avec beaucoup de gens, ils devraient maîtriser les principes et la pratique de la santé publique, de manière à pouvoir saisir toutes les occasions d'influencer les résultats obtenus en santé, les déterminants sociaux de ces résultats, et les politiques nécessaires pour parvenir à un changement. Ceci s'applique en particulier à ceux qui effectuent un travail de proximité, ainsi qu'à ceux qui travaillent dans les écoles, en milieu industriel ou carcéral, et dans les établissements pour personnes déplacées. Les aptitudes à exercer une influence politique, à négocier et à prendre des décisions, ainsi que les compétences financières, commerciales et culturelles constitueront des éléments importants du nouveau savoir de tous les infirmiers et de toutes les sages-femmes, ce qui leur donnera les moyens de travailler efficacement à tous les niveaux des secteurs pertinents.

410. Les avancées technologiques et l'évolution des attentes placent les systèmes de santé face à de nouveaux défis ; il faut de nouveaux types de connaissances spécialisées en santé et de nouveaux groupements professionnels, par exemple des gestionnaires des soins de santé, des économistes de la santé, des avocats spécialisés dans le domaine de la santé et des techniciens et ingénieurs de haut niveau.

411. Il convient d'adopter des politiques et stratégies adaptées pour attirer et fidéliser les agents de santé dans les zones rurales et mal desservies. Les problèmes spécifiques soulevés par la migration du personnel de santé peuvent être résolus en mettant en place des mécanismes de réglementation, de gouvernance et d'information nécessaires conformément aux dispositions du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé adopté par la Soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé (232). Comme le stipule la Charte de Tallinn (24), « *le recrutement international de travailleurs de la santé devrait obéir à des considérations éthiques et à la solidarité internationale, et être garanti par un code de bonnes pratiques* ».

Médicaments

412. Il existe plusieurs mécanismes efficaces pour garantir la qualité, l'efficacité et la sécurité des médicaments, dont la conception et la mise en place de structures réglementaires et cadres juridiques appropriés ; la fabrication, l'entreposage, la distribution et l'administration adéquats de médicaments ; la large diffusion d'informations à l'attention des professionnels de la santé et des patients pour leur permettre d'utiliser les médicaments de manière rationnelle ; et la promotion et la publicité honnêtes et équilibrées de médicaments pour un usage rationnel de ceux-ci.

413. Pour faciliter l'accès aux médicaments qui sauvent des vies, il faut envisager un ensemble complet d'instruments, sous la forme de politiques. Les domaines à couvrir sont notamment la sélection et l'utilisation rationnelles des médicaments ; des systèmes de délivrance simplifiés ; le financement, la fixation de prix et le remboursement ; les questions de maîtrise des coûts et les

aspects relatifs aux brevets. Le prix des médicaments salvateurs est élevé dans de nombreux pays de la Région européenne, ce qui contribue à la fois à la fracture sanitaire observée et aux inégalités en matière d'utilisation. De nombreux pays ont mis en place des politiques d'approvisionnement et de maîtrise de coûts qui visent à optimiser l'accès équitable aux médicaments étant donné les budgets limités des systèmes de santé. L'usage plus répandu des médicaments génériques et l'amélioration de la qualité des génériques sont deux des instruments stratégiques les plus importants, non seulement pour garantir l'utilisation efficace des ressources, mais aussi pour réduire la fracture sanitaire entre les pays à haut et à bas revenus.

414. Les droits de propriété intellectuelle accordés pour promouvoir l'innovation scientifique sont l'une des causes du prix élevé des médicaments. Les pays doivent également promouvoir le travail de recherche et de développement pour les maladies pour lesquelles il n'existe actuellement aucun traitement. Bien que les discussions sur ce sujet soient en cours depuis des années, un soutien supplémentaire est nécessaire pour les innovations contre les maladies qui touchent de façon disproportionnée les personnes à faible revenu.

415. L'utilisation appropriée des médicaments permettra d'améliorer la qualité des soins et de faire un usage plus efficace des maigres ressources dans le domaine des soins de santé. Selon les estimations de l'OMS, plus de la moitié des médicaments dans le monde sont prescrits, délivrés ou vendus de façon inappropriée et près de la moitié des personnes à qui l'on en prescrit ne les prennent pas correctement. L'usage exagéré, insuffisant et abusif entraîne un gaspillage des ressources déjà rares, la prolongation des problèmes de santé ou des réactions indésirables aux médicaments. L'accroissement de la résistance aux médicaments pose un problème majeur dans la Région, et compromet les efforts consentis pour avancer dans la lutte contre la tuberculose, par exemple. L'usage rationnel des médicaments implique que les maladies soient diagnostiquées correctement, que les médicaments les plus adaptés soient prescrits et délivrés, et que le patient et le système de santé aient les moyens de payer ce médicament. Cela signifie également que le patient est bien informé sur le médicament, comprend l'importance du traitement prescrit et le prend en suivant les indications. L'usage rationnel des médicaments requiert l'engagement et la compétence non seulement des médecins, infirmiers, pharmaciens et utilisateurs, mais également des personnalités et responsables politiques, groupes d'utilisateurs et associations professionnelles. Parmi les stratégies innovantes et efficaces pour améliorer l'usage rationnel des médicaments, citons le recours à des comités thérapeutiques, les formulaires électroniques et les recommandations cliniques, le feedback sur l'usage des médicaments, l'adoption de politiques d'information sur les médicaments, l'introduction d'incitants financiers et l'évaluation des résultats sanitaires obtenus.

416. Les sociétés pharmaceutiques commercialisent de nombreux produits et influencent non seulement les pratiques de prescription des médecins, mais aussi la demande de médicaments et l'observance des utilisateurs. Cela peut entraîner un usage irrationnel des médicaments. La promotion des médicaments peut aussi influencer indirectement les directives formulées par le monde médical. La réglementation de la promotion des médicaments représente une énorme difficulté pour la Région européenne, et jusqu'à présent, aucune solution satisfaisante n'a été trouvée dans beaucoup de pays. Cela doit être une priorité élevée, compte tenu de la tension croissante entre la demande de services de soins de santé et les ressources limitées. Il importe de procéder à un échange généralisé des bonnes pratiques et des enseignements tirés à cet égard.

417. Au-delà des médicaments, les principes décrits plus haut s'appliquent également aux technologies de la santé en général. Estimer les besoins et déterminer les technologies et appareils hautement prioritaires (tant les équipements médicaux que toute une série de fournitures médicales) pour les soins de santé dans divers contextes, y compris au domicile du patient, représentent des défis importants dans la Région. On estime que la valeur marchande des appareils médicaux et des équipements de soins est aussi importante que celle des médicaments. Il est aussi important de gérer le lancement de nouvelles technologies de la santé

que celui des médicaments, pour garantir un usage efficient des ressources et l'égalité face à l'accès. Cela requiert une assurance qualité des appareils et des services, des procédures d'achat transparentes, la gestion des appareils tant dans les établissements de santé que dans le cadre de soins à domicile, la mise au point d'indicateurs harmonisés pour l'utilisation rationnelle des technologies de santé, et l'évaluation des implications de leur utilisation pour le bilan sanitaire obtenu dans une perspective à long terme.

Renforcer les modes de financement de la santé

418. De meilleurs modes de financement en matière de santé peuvent résoudre ces problèmes et renforcer ainsi l'équité et la solidarité ainsi que les bilans sanitaires obtenus dans la Région.

419. La réalisation et le maintien de la couverture universelle restent une priorité dans la Région européenne, notamment à la suite du ralentissement économique. *Le Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle* (233) donne une vue d'ensemble très complète de la situation mondiale en matière de couverture universelle et propose des recommandations faciles à mettre en œuvre concernant les possibilités de faire progresser le renforcement des systèmes de financement de la santé dans les États membres. Il est possible d'approcher ou de maintenir la couverture universelle par une ou plusieurs des politiques suivantes : augmenter le financement public de la santé par des taxes générales et/ou une taxe sur les rémunérations ; réduire la fragmentation dans les voies de financement du système de santé (regroupement) ; adopter des mécanismes d'achats encourageant un comportement efficace chez les prestataires ; réduire l'inefficacité dans la structure des systèmes de prestation de services ; et mettre en œuvre des mécanismes de tarification et réglementation pour contrôler la hausse des prix des médicaments (231). La couverture universelle est l'une des pierres d'angle de la solidarité et de l'équité dans les systèmes de santé, et l'un des instruments clés pour le respect des engagements contenus dans la Charte de Tallinn (24).

420. Les récentes expériences en matière de réforme du financement de la santé montrent que le fait de s'éloigner des grandes classifications des systèmes de santé ou des modèles tels que ceux de Beveridge, Bismarck et Semashko, permet une innovation et une expérimentation accrues. Par exemple, les délimitations entre systèmes de protection sociale financés par les taxes générales et ceux financés par les taxes sur les rémunérations deviennent floues car les pays prennent de plus en plus conscience du fait qu'une base de revenus mixte favorise davantage une couverture élevée de façon durable sans peser outre mesure sur l'économie (234). C'est là une zone largement inexplorée du financement de la santé : s'approcher de la couverture universelle et maintenir celle-ci, en affectant les moyens à l'ensemble du spectre social en fonction des besoins, de manière à optimiser le plus efficacement possible les bilans sanitaires obtenus, surtout lorsqu'il faut réagir aux périodes de récession économique.

421. Les acheteurs de soins de santé disposent d'instruments financiers éprouvés pour influencer et mesurer le comportement des prestataires de services de santé et encourager un comportement clinique fondé sur des bases factuelles. Ces instruments améliorent la qualité des soins en réduisant les différences de pratiques, l'utilisation inappropriée et les erreurs dans les soins de santé, autant de points qui contribuent largement à la fracture sanitaire existant entre les pays de la Région européenne. En outre, le fait de payer pour des résultats définis et mesurés en termes d'avantages pour la santé pourrait aider à orienter les prestataires de soins de santé vers une amélioration de la santé. En particulier, des mécanismes d'achat devraient être élaborés afin de soutenir et de renforcer les efforts d'amélioration de la coordination des soins. Les instruments non financiers sont tout aussi importants pour encourager les prestataires à se tourner davantage vers des soins de santé fondés sur des bases factuelles. Il s'agit notamment de la reconnaissance professionnelle, des possibilités d'évolution, de la culture des pairs axée sur la performance, et de l'environnement de travail.

422. Il existe des solutions de financement de la santé qui garantissent un apport de revenu stable pendant les cycles économiques. Les enseignements tirés pendant les récentes crises financières et la récession économique peuvent aider les responsables politiques à mieux réagir face aux futures crises avec des instruments politiques efficaces qui maintiennent la couverture universelle et à se préparer aux périodes où les budgets publics sont soumis à une pression encore plus forte. Même s'il n'est pas possible d'éviter complètement les périodes de récession économique et leurs effets négatifs sur les budgets de la santé et de l'aide sociale, la vulnérabilité à ces chocs peut être limitée. Les pays qui accumulent des réserves pendant la croissance économique ou au moins réduisent leurs déficits budgétaires et leur dette extérieure peuvent choisir d'emprunter ou de puiser dans les réserves quand l'économie va mal. Même lorsque ces options ne sont pas disponibles, les pays peuvent décider d'accorder une plus grande priorité à la santé dans le cadre du budget de l'État disponible et ainsi, de réduire les effets néfastes du ralentissement économique. Cependant, ceci est politiquement plus difficile à mettre en œuvre.

423. Il est absolument essentiel de prendre l'engagement de lutter contre le manque d'efficacité dans le secteur de la santé pour obtenir un soutien populaire et politique en faveur de la recherche d'une couverture universelle et de son maintien, surtout en période de récession économique. Il est difficile de revendiquer une augmentation des dépenses publiques pour la santé lorsque le système fait montre d'un manque d'efficacité et d'un gaspillage. Les restrictions budgétaires font peser des pressions énormes sur les fournisseurs de services pour qu'ils exploitent les réserves d'efficacité, mais il y a des limites quant à la contribution que le surcroît d'efficacité peut apporter à la lutte contre la récession économique et à la rapidité avec laquelle cela peut survenir ; la transition vers un nouveau système de prestation de soins moins coûteux doit être gérée avec précaution. Les solutions à court terme sont importantes pour que le système continue de fonctionner pendant une crise, même si de tels compromis peuvent ne pas être viables à long terme. Par exemple, le report des investissements et de l'entretien peut soulager provisoirement le budget, mais on devrait également s'efforcer d'obtenir des gains durables en termes d'efficacité par des mesures telles que les suivantes : en améliorant le rendement énergétique, en se tournant davantage vers les soins ambulatoires, en affectant plus de ressources aux soins de santé primaires et à des programmes de santé publique efficaces par rapport au coût, en réduisant les services les moins rentables et en favorisant l'usage rationnel des médicaments, pour ne citer que quelques exemples.

424. La viabilité financière ne doit pas être considérée comme un objectif politique en soi (235). Les contraintes fiscales doivent être respectées tout en poursuivant les objectifs d'équité, de protection financière et de gain de santé. Par ailleurs, les impératifs des politiques économiques, tels que la recherche d'une meilleure compétitivité, ne doivent pas simplement être vus comme une fin en soi, mais comme un moyen d'améliorer le bien-être des habitants de la Région européenne.

Améliorer la gouvernance des systèmes de santé

425. La bonne gouvernance renforce les systèmes de santé en améliorant la performance, la responsabilisation et la transparence. L'élaboration de politiques de la santé davantage intersectorielles, participatives et fondées sur des bases factuelles, et la transformation du leadership en conséquence, constituent l'une des pierres angulaires de la gouvernance du système de santé au XXI^e siècle. La plupart des politiques de la santé ont été formulées à l'aide d'approches descendantes. Cependant, dans un contexte pangouvernemental, les relations horizontales doivent être encouragées au niveau de l'ensemble des pouvoirs publics. Une participation accrue des citoyens et de la société civile renforcerait l'orientation de nouveaux plans nationaux et de nouvelles stratégies nationales de la santé vers les citoyens et les utilisateurs des services de santé et exprimerait des valeurs sociales.

426. L'application d'une réflexion systémique dans la conception des plans, politiques et stratégies nationaux et sous-nationaux de la santé garantit une approche globale et structurée de la planification et de la définition de priorités à long terme. Grâce à cela, les objectifs choisis pour le système de santé en fonction de valeurs sociales sont bien en harmonie avec les instruments employés pour renforcer les systèmes de santé. On prend graduellement conscience des défis de la politique de santé, tels que l'épidémie actuelle de maladies chroniques, comme des problèmes complexes impliquant de multiples variables, de nombreux liens de causalité et des boucles de rétroaction positive et négative. Seule une approche à long terme, large et ciblée, permettra d'enrayer la prévalence croissante des maladies chroniques. Le suivi et l'évaluation devraient faire partie intégrante de la mise en œuvre de politiques, pour permettre un apprentissage et une adaptation.

427. Les ministères de la Santé et leurs partenaires au sein des ministères des Finances, de l'Environnement et l'Éducation doivent être mieux habilités à plaider en faveur d'un investissement dans la santé et dans ses déterminants sociaux. De très nombreux éléments indiquent que la santé contribue à un plus grand bien-être social et économique pour l'ensemble de la société. Néanmoins, il est fréquent que la santé et les politiques pouvant l'améliorer ne soient pas prioritaires – que ce soit ou non le fruit d'une intention – pendant le processus de négociations budgétaires, en particulier si les responsables de la politique de santé n'exposent pas leurs arguments de manière convaincante. En outre, il importe de noter que les systèmes de santé doivent fonctionner le plus efficacement possible dans le contexte d'une demande croissante, et les ministères de la Santé doivent prendre l'initiative d'assurer et de démontrer la valeur produite par l'investissement dans le système de santé. Enfin, la capacité des ministères de la Santé à fixer des priorités quant à l'affectation des moyens doit, elle aussi, être améliorée, surtout pendant les crises économiques, afin de garantir l'accès universel à la fourniture de soins de santé en fonction des besoins et avec une protection des personnes à faible revenu et des personnes vulnérables.

428. La nouvelle génération de réformes des systèmes de santé requiert la création d'un environnement permettant aux partenariats de s'épanouir, à la société civile de participer à la définition de priorités et au processus décisionnel et aux individus de prendre davantage soin de leur santé. Au-delà des partenariats public-public, ces partenariats peuvent prendre une multitude de formes, par exemple des partenariats public-privé, certains services étant sous-traités à des organismes privés ; le financement public d'agents de terrain appartenant à des organismes privés à but non lucratif ; des organismes de santé privés dotés de conseils d'administration où siègent des personnalités politiques locales ; des organismes de santé privés détenus par des œuvres de charité ; et des organismes de santé publics gérés par des entités privées. Pour parvenir à une plus grande diversité dans le type de relations instaurées, le cadre réglementaire et institutionnel doit devenir plus ouvert et plus flexible afin de soutenir la formation de partenariats. En même temps, les ministères de la Santé doivent améliorer leur rôle de *stewardship* et veiller à ce que les actions de toutes leurs parties prenantes, qu'elles soient publiques ou privées, aillent dans le même sens et œuvrent à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

429. Les pouvoirs publics s'embarquent de plus en plus souvent dans des partenariats entre le public et le privé, y compris dans le secteur de la santé, afin d'obtenir les résultats désirés dans leurs politiques publiques grâce à des formules de partage des risques entre le public et le privé. Selon d'aucuns, de telles formules présenteraient plusieurs avantages, dont un financement complémentaire stable lorsque le capital public se fait rare ou fluctue considérablement avec les cycles économiques, une utilisation plus efficace des ressources et un accent plus prononcé sur la qualité pour l'utilisateur final. Quoique certains affirment que ces avantages compenseraient le coût supplémentaire du capital privé, le fait n'est pas encore totalement prouvé de manière incontestée. Un des nouveaux et importants enseignements acquis dans le domaine des partenariats public-privé est que, en tant qu'instrument de politiques publiques, ils requièrent

une gouvernance diligente de la part du secteur public pour que l'on gagne en efficacité et en qualité et pour que l'accès équitable soit préservé, plutôt que de voir les avantages de ces partenariats disparaître à cause d'un comportement inapproprié. Les faits indiquent tous que la gestion de partenariats public-privé est ardue. En général, un système public de gouvernance et de responsabilisation bien conçu doit être mis en place, pour garantir que ces démarches soutiennent et concrétisent des objectifs déterminés par le secteur public et ajoutent à la valeur de ce dernier. En outre, il faut mettre en place un mécanisme bien conçu pour que les secteurs public et privé partagent les frais entre en cas d'échec, de la même manière qu'ils partagent les bénéfices en cas de réussite.

430. Il reste beaucoup à faire pour que les données scientifiques soient systématiquement utilisées dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques. Cela implique de diffuser constamment les nouvelles connaissances, de renforcer les capacités des responsables et analystes politiques et de mettre en œuvre des solutions institutionnelles qui font le lien entre la demande et l'offre de données dans une relation de travail bénéfique et respectueuse. Le « courtage de connaissances », les forums créatifs pour l'application des connaissances et la coproduction des connaissances sont essentiels pour renforcer le lien entre les bases factuelles et les politiques et pour réduire la fracture entre ceux qui produisent ces données et ceux qui les utilisent. Il est particulièrement utile d'évaluer régulièrement la performance des systèmes de santé. Pour bien le faire, il faut mesurer si les objectifs du système de santé ont été atteints en se fondant sur les stratégies du système de santé. L'évaluation de la performance doit inspirer le dialogue politique au sein du gouvernement et entre les programmes, les pouvoirs publics aux niveaux national, infranational et local, les prestataires de soins de santé et les citoyens. L'évaluation de la performance est un instrument clé pour le renforcement de la gouvernance ; elle contribue à mieux responsabiliser.

La sécurité sanitaire, le Règlement sanitaire international, la préparation aux situations d'urgence et les interventions en cas d'urgences de santé publique

Analyse de la situation

431. La Région européenne de l'OMS est exposée à des menaces de taille pour la sécurité sanitaire, liées aux maladies émergentes, aux flambées et aux épidémies de maladies infectieuses, aux catastrophes naturelles ou d'origine humaine (technologique) et aux conflits, notamment aux conflits armés, liés aux différences culturelles ou à des différends territoriaux. Parmi les catastrophes naturelles ou d'origine humaine, citons les accidents d'ordre biologique, chimique et nucléaire. En outre, la Région fait face aux défis du changement climatique, avec la fréquence et la gravité accrues d'événements climatiques extrêmes, de l'urbanisation constante, de l'essor des plateformes pour le transport aérien international et d'un nombre toujours plus grand d'événements qui rassemblent des masses humaines.

432. La diversité sociale et l'accès inéquitable aux soins de santé posent également des difficultés en matière de préparation aux crises, car certaines populations sont beaucoup plus vulnérables en cas d'urgence de santé publique. Les effets de la crise économique aggravent cette situation. Enfin, si le risque de rejet accidentel de matières biologiques, chimiques ou radioactives est de plus en plus maîtrisé grâce à l'amélioration des règles et des procédures de sécurité, le rejet intentionnel de telles matières inspire une préoccupation croissante à mesure qu'il devient plus facile d'avoir accès à des informations sensibles et à une technologie de plus en plus puissante.

433. Ce que l'on sait de précédentes situations montre que des systèmes de santé faibles et mal préparés entravent la gestion efficace et opportune des crises sanitaires et accroissent le risque

de conséquences internationales. L'investissement significatif consenti par les États membres dans la préparation à la grippe H1N1 2009 a été essentiel pour la réaction opposée à cette pandémie (226). Cependant, dans l'ensemble, la planète est mal préparée à réagir à une situation d'urgence mondiale de longue durée sur le plan de la santé publique. Beaucoup de pays de la Région ont besoin d'une aide supplémentaire pour renforcer leurs capacités de base en matière de détection des menaces potentielles pour la santé publique et de réaction à ces dernières.

Des solutions efficaces

434. Il est essentiel d'élaborer des politiques adaptatives, de mieux mettre en place des structures résilientes et de développer la prévoyance afin d'anticiper efficacement les urgences de santé publique et d'y faire face. Entré en vigueur le 15 juin 2007, le Règlement sanitaire international (2005) offre aux signataires un cadre juridique et opérationnel international leur permettant de mieux protéger la santé de leurs populations. Le Règlement sanitaire international oblige expressément tous les États membres à se doter de capacités basiques de surveillance et d'action, afin de déceler, d'évaluer et de signaler en temps voulu les situations occasionnant une morbidité ou une mortalité supérieure aux niveaux habituels, de nature à constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Les pays doivent également disposer des moyens nécessaires pour accéder aux informations pertinentes et pouvoir les partager ainsi que pour appliquer les recommandations de l'OMS dans le cadre d'une action internationale coordonnée.

435. L'OMS, en sa qualité de chef de file du Groupe de responsabilité sectorielle Santé du Comité permanent interorganisations des Nations Unies, détient un mandat international tout particulier au sein du système humanitaire international. Il est également tenu compte de ce mandat dans les procédures applicables aux urgences de santé publique du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et dans les opérations quotidiennes du Centre des opérations d'urgence du Bureau régional. De plus, le Bureau régional aide activement les États membres européens à renforcer leur capacité à réagir aux urgences de santé publique en tout genre, et il joue un rôle primordial dans l'échange d'informations et la coordination de la riposte aux niveaux régional et mondial.

436. Le renforcement de la gouvernance ; l'élaboration du plan de préparation aux situations d'urgence conçues comme un processus continu, selon une approche tous risques ; l'instauration de programmes de gestion durable des crises et de gestion des risques pour la santé au sein des ministères de la Santé ; et le renforcement de la coordination plurisectorielle sont des stratégies efficaces pour prévenir et atténuer les crises à venir.

437. Parce que les défis de la sécurité sanitaire sont complexes, une action efficace suppose un échange d'informations, à la fois transparent et opéré en temps voulu, entre l'OMS et les États membres, ainsi que l'étroite collaboration des gouvernements, des organisations internationales, de la société civile, du secteur privé et d'autres partenaires (236). Dans ce contexte, l'OMS collabore étroitement avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et la Commission européenne, afin d'améliorer la sécurité sanitaire au niveau paneuropéen.

438. En collaboration avec des partenaires et d'autres institutions, l'OMS s'est dotée de mécanismes, tels que le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), afin de mobiliser rapidement les compétences internationales les plus utiles pour réagir aux situations d'urgence et aux épidémies de maladies transmissibles. Les centres collaborateurs de l'OMS tels que le Programme mondial de détection des maladies des Centres de prévention et de contrôle des maladies (CDC) des États-Unis (qui possède un centre d'activité au Kazakhstan) encadrent la mise en œuvre du Règlement sanitaire international.

439. Dans le domaine de la sûreté et de la sécurité biologiques, de nouveaux acteurs, tels que le secteur de la sécurité, investissent dans les infrastructures de santé publique et développent les ressources humaines, particulièrement dans les laboratoires et les services d'épidémiologie des pays de la partie orientale de la Région européenne. Un tel investissement se situe dans le droit fil de l'investissement intersectoriel pour une meilleure sécurité sanitaire préconisée par la diplomatie internationale grâce, par exemple, à la Convention sur les armes biologiques, au Groupe ONU de personnalités de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement, ou au Comité de la sécurité sanitaire de l'UE.

440. Il importe de réunir d'autres éléments d'information et d'appliquer ce que l'on a appris pour impliquer plus complètement tous les secteurs des pouvoirs publics tels que l'agriculture, les transports et la défense, de même que les collectivités intéressées et la société civile, dans les activités de préparation et d'interventions en cas d'urgences. Les plans de préparation doivent comporter des exercices et des manœuvres pour juger du niveau réel de préparation.

441. Des capacités renforcées, bien préparées et bien gérées pour prévenir et combattre les crises sanitaires sont une obligation juridiquement contraignante en vertu du Règlement sanitaire international. Des outils d'évaluation (237) aident les pays à évaluer leur propre système et à en déterminer les points forts et les points faibles. L'Initiative en faveur des hôpitaux à l'abri des catastrophes est un exemple concret de la promotion de mesures de nature à réduire la vulnérabilité des établissements de santé et à faire en sorte qu'ils demeurent pleinement fonctionnels en période de crise de santé publique. Les initiatives visant à améliorer la coordination plurisectorielle et les approches interdisciplinaires sont essentielles à l'amélioration de la prévention, de la détection précoce et de la gestion opportune des situations de crise, et il faut encore les renforcer à l'occasion des rassemblements de masse internationaux. L'amélioration des systèmes d'alerte et d'action, et une préparation efficace aux situations d'urgence peuvent susciter de notables améliorations du système de santé et donner à tous les acteurs, et notamment à la société civile, une occasion unique de voir reconnaître leurs rôles respectifs et leur responsabilité dans l'amélioration de la santé de la population.

442. La bonne gouvernance est indispensable à la promotion de la préparation aux situations d'urgence, notamment grâce à une plus grande transparence et à une meilleure coordination plurisectorielle. Il faut continuer à mieux partager l'information, en toute transparence et au bon moment, au sein des pays, en s'attachant particulièrement aux structures fédérales, et entre les pays et l'OMS, selon les procédures du Règlement sanitaire international et grâce au rôle fondamental des points focaux nationaux pour le Règlement sanitaire international.

443. De nouveaux partenariats seront conclus, notamment avec des institutions régionales, afin de parvenir à un meilleur équilibre géographique entre les partenaires techniques dans la Région européenne de l'OMS. Une plus grande implication des institutions régionales dans des réseaux tels que le GOARN sera indispensable si l'on veut garantir à la fois la compétence technique et la compréhension culturelle.

444. La collaboration avec des institutions de l'Union européenne, telles que l'Unité des menaces pour la santé de la Commission européenne et l'ECDC, sera toujours plus étroite, notamment en faveur de l'Initiative de l'UE pour la sécurité sanitaire. Cela suppose, dans toute la mesure du possible, la mise au point en commun d'instruments et de procédures d'établissement de rapports, de missions communes sur le terrain, et de rapports communs. Cela permettra aux pays de rendre compte à l'OMS et à l'UE par un seul rapport, de partager les compétences et les évaluations de risques, et d'éviter les messages contradictoires dans la communication au sujet des risques.

Créer des communautés résilientes et instaurer des environnements de soutien

445. Les chances des individus d'être en bonne santé sont étroitement liées aux conditions dans lesquelles ils naissent, grandissent, travaillent et vieillissent. Une évaluation systématique des effets sanitaires d'un environnement en mutation rapide, notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de la production énergétique et de l'urbanisation, est fondamentale, et doit être suivie par la prise de mesures afin de garantir des bienfaits pour la santé. Les communautés résilientes et autonomisées réagissent de manière proactive à des situations nouvelles ou difficiles, se préparent aux changements économiques, sociaux et environnementaux et gèrent mieux les crises et les difficultés. Les communautés qui restent désavantagées et irresponsabilisées enregistrent des résultats beaucoup plus médiocres, tant pour la santé que pour d'autres déterminants sociaux comme l'enseignement et la criminalité.

446. La collaboration entre le secteur de l'environnement et celui de la santé est essentielle pour protéger la santé humaine face aux risques d'un environnement physique dangereux, contaminé ou ne respectant pas les principes du développement durable. Les dangers environnementaux constituent un important déterminant de la santé, tant pour les générations actuelles que futures : bon nombre de problèmes de santé sont en effet liés à l'environnement (p. ex., à cause d'une exposition à la pollution atmosphérique et de l'impact du changement climatique), et une interaction se produit avec les déterminants sociaux de la santé. Les bienfaits sanitaires d'une économie à faibles émissions de carbone et les avantages supplémentaires pour la santé des politiques environnementales sont examinés dans le cadre de Rio +20, la Conférence des Nations Unies sur le développement durable. Les pays ont commencé à formuler des politiques qui s'avèrent bénéfiques à la santé de la planète et à celle des populations, et ils reconnaissent que la collaboration intersectorielle est fondamentale pour protéger la santé humaine face aux risques d'un environnement dangereux ou contaminé.

L'environnement matériel

447. Durant la période 2005-2011, la plupart des pays européens ont stagné ou reculé dans leur classement selon l'indice de développement humain (IDH) (238). Des niveaux plus faibles de développement humain sont habituellement associés à des niveaux plus faibles de performance environnementale et à une plus grande charge de morbidité due à l'environnement.

448. Dans la Région européenne de l'OMS, les maladies liées à l'environnement provoquent un décès sur cinq. Cependant, la charge des problèmes de santé dus à l'environnement varie de manière significative de part et d'autre de la Région, soit de 14 à 54 % (239). Quelques exemples :

- L'exposition aux matières particulaires réduit l'espérance de vie de chaque personne de près d'un an en moyenne, surtout à cause de l'augmentation de risques de maladies cardiovasculaires et respiratoires et de cancers du poumon (240).
- La pollution de l'air intérieur imputable aux agents biologiques présents dans l'air en raison de l'humidité et des moisissures augmente le risque de maladies respiratoires de 50 % (241).
- Les nuisances sonores de l'environnement causent la perte de 2 à 3 millions d'AVCI par une multiplication des cardiopathies ischémiques, des troubles cognitifs chez l'enfant, des troubles du sommeil, des acouphènes et des nuisances.
- Des systèmes de transport mal conçus et mal coordonnés ont pour conséquence directe une augmentation des traumatismes et décès dus à des accidents de la circulation et,

indirectement, des niveaux inférieurs de déplacements actifs et un plus grand isolement social.

- Les cas d'importantes maladies d'origine hydrique, telles que la cryptosporidiose, la campylobactériose, la giardiase et la légionellose, ont triplé entre 2000 et 2010. On estime que, dans la Région européenne, 1 million d'enfants en âge préscolaire et plus de 3 millions d'enfants en âge scolaire sont infectés par des helminthes, ce qui traduit bien la nécessité de prendre des dispositions de base en matière d'hygiène, d'approvisionnement en eau et d'assainissement des logements et autres environnements massivement fréquentés par des enfants (243).
- Quoique les classiques maladies d'origine hydrique à haut potentiel épidémique telles que le choléra, la fièvre typhoïde, la shigellose et l'infection à *Escherichia coli* entéro-hémorragique soient en recul dans la Région européenne, 4 millions de personnes dans les zones urbaines et 14,8 millions dans les zones rurales emploient toujours des sources d'approvisionnement en eau non améliorées, et 34,6 millions ne bénéficient toujours pas d'un bon assainissement. Quelque 10 % de la population rurale dépend de systèmes de petite envergure pour la fourniture en eau (puits privés, etc.), et ceux-ci font souvent l'objet de peu de réglementations et sont plus vulnérables à la contamination (244).
- Dans un même pays, les personnes à bas revenus peuvent être exposées à des risques environnementaux cinq fois plus souvent que celles qui disposent d'un meilleur revenu (245).

449. Pour obtenir une meilleure situation sanitaire et un meilleur état de bien-être, il faut mettre davantage d'accent sur la réduction de l'exposition, des risques et des effets environnementaux, tout en augmentant l'équité et en renforçant la gouvernance de la santé. Le fait de limiter les dangers liés aux pollutions atmosphériques, hydriques et alimentaires, à la pollution par les produits chimiques et aux nuisances sonores, d'obtenir un accès universel à de l'eau salubre et à un assainissement adéquat, de préserver la qualité de l'eau potable et de promouvoir l'hygiène de base pourrait permettre de prévenir plus d'un cinquième de la charge de morbidité totale, et une large part des décès d'enfants dans la Région européenne.

450. Toutefois, il ne suffit pas de lutter contre une exposition et des risques environnementaux isolés. Ce qu'il faut, en réalité, pour gérer efficacement l'énorme fardeau des maladies chroniques dans les sociétés modernes, c'est une démarche écologique de santé publique, en pleine conscience des interactions complexes entre les facteurs biologiques, comportementaux, environnementaux et sociaux, et une recherche de solutions en harmonie avec la quête de la durabilité économique et sociétale de notre planète (246, 247).

451. Les inégalités socioéconomiques et la récession économique mondiale actuelle entravent les progrès en matière de réduction des risques pour la santé liés à l'environnement. Dans tous les pays, quels que soient les revenus nationaux, les personnes à faible revenu sont beaucoup plus exposées au risque lié à des environnements insalubres que ceux avec des revenus plus élevés. Les déterminants sociaux jouent un rôle significatif dans les niveaux d'exposition aux facteurs environnementaux et la gravité des effets sur la santé des individus et des populations. Par exemple, des niveaux de pauvreté élevés ou croissants affaiblissent les fonctions protectrices du secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement au sein des systèmes de santé nationaux. Les personnes ayant de bas revenus vivent généralement dans des conditions moins hygiéniques, dans des quartiers moins sûrs, plus près des sources de pollution industrielle et d'autres sources de contamination chimique et autres, dans des logements de piètre qualité, et ont moins d'accès aux espaces favorables à une vie saine (245).

452. La qualité de l'eau est soumise à des pressions constantes, et il est important de la préserver pour l'approvisionnement en eau potable, la production alimentaire et l'utilisation à des fins récréatives. Dans l'UE, les obligations légales se fondent sur les valeurs guides de

l'OMS pour la qualité de l'eau de boisson, et l'on observe fréquemment une non-conformité en ce qui concerne la présence d'entérocoques, d'arsenic, de plomb, de nickel, de nitrate et d'autres polluants ; dans la partie orientale de la Région européenne, le niveau de non-conformité est plus élevé et plus de pathogènes sont présents dans les systèmes d'approvisionnement en eau potable. Les changements climatiques, l'accroissement démographique, les besoins de l'industrie et les prélèvements d'eau dans le secteur domestique devraient faire peser un fardeau supplémentaire : les captages d'eau devraient diminuer de plus de 10 % dans l'UE entre 2000 et 2030, ce qui devrait créer des pénuries en Europe centrale et méridionale et en Asie centrale (248).

453. Les maladies d'origine alimentaire sont un problème de santé publique croissant, la quantité d'aliments préparés hors du domicile ayant nettement augmenté récemment. Garantir la sécurité tout au long de la chaîne alimentaire de plus en plus complexe requiert une collaboration entre le secteur de la santé, l'agriculture, le transport des aliments, les établissements de restauration et l'industrie alimentaire. La sécurité sanitaire des aliments et la sécurité alimentaire dépendent fortement de la disponibilité de l'eau salubre, des politiques d'utilisation des sols et des avancées technologiques pour améliorer la production, le stockage, le transport et la préparation des aliments.

454. Les changements environnementaux planétaires tels que la diminution de l'ozone, les changements climatiques, la perte de biodiversité, le nombre croissant d'urgences environnementales et météorologiques, et l'introduction rapide de nouveaux matériaux et technologies peuvent faire apparaître de nouveaux problèmes de santé, amplifier les problèmes existants et souligner les faiblesses des systèmes de santé actuels. Par exemple, dans la Région européenne, certains des effets du changement climatique se font déjà sentir : les 70 000 décès survenus durant la vague de chaleur de 2003 ont été un coup de semonce rappelant ce qui pourrait se produire si aucune mesure n'est prise. Les risques sanitaires dus au changement climatique devraient encore s'intensifier à l'avenir : plus de vagues de chaleur, plus de sécheresses, plus d'inondations et plus d'incendies ; hausse du niveau de la mer, avec des conséquences pour les régions et zones de peuplement côtières ; fonte du permafrost dans le nord, avec des risques pour l'infrastructure et la viabilité ; et aggravation des déterminants environnementaux et sociaux classiques de la santé (qualité de l'air, qualité et quantité de l'eau et des aliments, etc.). On prévoit également des changements dans la répartition géographique des maladies infectieuses, avec la possibilité de flambées localisées de maladies infectieuses nouvelles ou réémergentes (comme la dengue) (249). La plupart des effets du changement climatique se font sentir très loin des endroits où ils se produisent. Ils peuvent également créer des conflits et des rivalités à propos des ressources ainsi que des mouvements migratoires. Les coûts estimés des dommages économiques sont énormes et oscillent entre 5 et 10 % du PIB (250).

455. Quoique les interventions en matière d'hygiène de l'environnement impliquent toute une série d'acteurs, les divers types d'exposition environnementale (par l'air, l'eau, le sol, l'alimentation, le bruit et les rayonnements ionisants et non ionisants, etc.) devraient être considérés comme des déterminants combinés de la santé et du bien-être durant toute l'existence et pour tous les lieux de vie. Des secteurs tels que le transport, la gestion de l'eau, l'assainissement, la production énergétique et l'agriculture influencent la santé de manière plus significative que le seul secteur de la santé, et les politiques intersectorielles fonctionnent à tous les niveaux, depuis le niveau local jusqu'au niveau international. Le secteur de la santé a un rôle particulier à jouer pour promouvoir les interventions de santé publique par les autres secteurs, identifier les risques et les déterminants de la santé et surveiller et évaluer les effets des politiques et des interventions.

456. Les pays de la Région européenne ont lancé il y a 20 ans le processus européen Environnement et santé. Ce processus est un exemple de mécanisme de gouvernance unique,

qui fonctionne grâce à une série de conférences ministérielles faisant intervenir sur un pied d'égalité les ministres responsables de la Santé et de l'Environnement, et qui développe les liens et la synergie avec plusieurs accords multilatéraux sur l'environnement et renforce le partenariat avec d'autres instances intergouvernementales, comme la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, le Programme des Nations Unies pour l'environnement et la Commission européenne, ainsi qu'avec des organisations de la société civile (251).

457. La concrétisation de l'Engagement à agir adopté par la Cinquième Conférence ministérielle de l'OMS sur l'environnement et la santé organisée à Parme (Italie) en 2010, sera essentielle pour mieux faire le lien entre santé et développement durable (252). En particulier, la Déclaration de Parme a stipulé les buts prioritaires suivants en matière d'hygiène de l'environnement, avec des objectifs à atteindre par les États membres européens pour 2020 au plus tard :

- garantir la santé publique en améliorant l'accès à l'eau salubre et à un assainissement adéquat ;
- lutter contre l'obésité et les traumatismes par des environnements sûrs, l'activité physique et une alimentation saine ;
- prévenir les maladies en améliorant la qualité de l'air extérieur et intérieur ;
- prévenir les maladies liées aux environnements chimiques, biologiques et physiques.

458. De plus, l'Engagement à agir exhorte à prendre les mesures suivantes :

- intégrer les mesures sanitaires dans toutes les mesures, politiques et stratégies pour l'atténuation du changement climatique et l'adaptation à ce dernier ;
- renforcer les systèmes et services de santé, de protection sociale et environnementaux afin d'améliorer leur action sur les effets du changement climatique en temps utile ;
- développer les systèmes d'alerte rapide, de surveillance et de préparation en cas d'événements météorologiques extrêmes et de flambées de maladies ;
- élaborer des programmes éducatifs et des programmes de sensibilisation ;
- augmenter la part du secteur de la santé dans les actions de réduction des émissions de gaz à effet de serre ;
- promouvoir la recherche et le développement.

459. Les activités de base de l'OMS, en particulier sur le renforcement des secteurs nationaux de la santé pour améliorer les systèmes de surveillance, d'alerte et d'intervention, restent essentielles à la lutte contre les maladies d'origine hydrique et alimentaire, tout comme son travail sur les maladies négligées et à prévention vaccinale. Des gains de santé importants peuvent être réalisés en respectant plus scrupuleusement les recommandations de l'OMS relatives aux maladies à prévention vaccinale comme l'hépatite virale A.

460. L'évaluation de l'impact sur la santé des déterminants environnementaux de la santé et des politiques dans tous les secteurs constitue une fonction fondamentale du secteur de la santé : il s'agit en effet de recenser les risques, de comprendre leur relation avec la santé humaine et de prendre des mesures efficaces afin les combattre. L'évaluation de l'impact sur la santé a été essentielle à l'élaboration et à l'application de normes environnementales, ainsi qu'à la réduction ou à l'élimination de l'exposition et des risques environnementaux.

461. Dans le cadre de la prévention primaire des maladies, les efforts pour améliorer l'aménagement urbain, intensifier l'activité physique ainsi que la mobilité des populations vieillissantes ou des personnes handicapées contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être. Le renforcement de la sécurité sur le lieu de travail et dans les lieux publics et

L'amélioration des normes d'habitation permettent de réduire le nombre de traumatismes et l'exposition des personnes aux risques sanitaires et environnementaux liés à la chaleur et au froid ainsi qu'aux produits chimiques et au bruit. Des approches systémiques globales de la circulation routière, qui rendent l'environnement routier, les véhicules et le comportement des automobilistes plus sûrs en s'attaquant aux principaux facteurs de risque pour les traumatismes dus aux accidents de la route (vitesse, conduite en état d'ivresse, utilisation inadéquate des équipements de protection, etc.) améliorent nettement la sécurité routière pour les conducteurs et les piétons, en réduisant fortement le nombre de décès et de traumatismes liés aux transports. Les mesures fiscales telles que la fixation de tarifs pour les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, la taxation des émissions de polluants (y compris les gaz à effet de serre) ou la création d'incitants pour réorienter les types de consommation, promeuvent les technologies propres et une utilisation plus rationnelle des ressources naturelles, et préservent la biodiversité. Ces mesures sont nécessaires non seulement pour que les populations existantes puissent jouir d'une meilleure santé, mais aussi pour protéger les générations futures.

462. Ces dernières décennies, la combinaison de mesures prises sur base volontaire et d'accords et conventions multilatéraux juridiquement contraignants s'est avérée être un mécanisme efficace pour orienter les politiques visant à surmonter les défis en matière d'hygiène de l'environnement. Par exemple, le Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux a requis des pays de la Région européenne de définir des objectifs et de faire rapport sur les progrès réalisés en matière de fourniture d'un accès à l'eau et à l'assainissement, de réduction des maladies d'origine hydrique et de protection des ressources aquatiques (253). La Convention de Barcelone pour la protection de l'environnement marin et des régions côtières de la Méditerranée a exercé un impact majeur sur l'élaboration de mesures visant la protection de la santé en requérant le traitement sûr des eaux usées et leur recyclage pour l'irrigation (conçu comme une intervention visant l'adaptation au changement climatique).

463. Autres exemples importants de collaboration entre l'OMS et d'autres agences des Nations Unies pour la mise en œuvre d'accords environnementaux multilatéraux : la prise en compte des valeurs guides de l'OMS pour la qualité de l'air pour la mise en œuvre de la Convention sur la pollution atmosphérique transfrontière à longue distance et la collaboration entre l'OMS et la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe pour la mise en application du Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement (PPE TSE), une plateforme unique qui regroupe les ministres responsables des transports, de l'environnement et de la santé pour organiser les transports de manière saine et durable. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe contribue aussi à des conventions mondiales, par exemple en analysant les effets sanitaires et en promouvant la santé dans les conventions de Rio (en particulier celles sur le changement climatique et la biodiversité).

464. Le Bureau régional a un important rôle de conseil et de soutien à jouer en coopération avec d'autres agences du système des Nations Unies, telles que l'UNICEF dans le Programme commun de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, pour suivre la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement n° 7;¹⁰ ONU-eau (un mécanisme interagences) dans le cadre de l'évaluation annuelle mondiale sur l'assainissement et l'eau potable, et la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe afin de garantir un accès équitable à de l'eau salubre et à un meilleur assainissement.

465. Un système performant de gouvernance en matière d'hygiène de l'environnement au niveau de la Région européenne de l'OMS joue un rôle majeur en rassemblant les parties

¹⁰ Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base.

prenantes de tous les secteurs et en stimulant la prise de mesures coordonnées afin de lutter contre la charge environnementale des maladies. À l'avenir, le rôle des groupes de la société civile devrait être un facteur particulièrement important dans la gouvernance en matière de santé et d'environnement. Dans de nombreux endroits, la préoccupation du monde politique pour la santé et l'environnement est une réaction tardive aux pressions de la société civile.

466. Tout comme la qualité de l'environnement et la nature du développement sont les déterminants majeurs de la santé, la santé est un stimulus important pour d'autres aspects du développement. La santé humaine dépend de la capacité de la société à gérer l'interaction entre les activités humaines et l'environnement de façon à préserver et promouvoir la santé sans menacer l'intégrité des systèmes naturels dont dépend l'environnement.

Développement durable

467. Le développement durable a pour objectif de répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire les leurs. Le concept de développement durable recouvre plus que la durabilité. Il implique de passer d'un modèle de développement fondé sur le manque d'équité et l'exploitation des ressources à un modèle nécessitant de nouvelles formes de responsabilité, solidarité et obligation de rendre des comptes non seulement au niveau national mais aussi au niveau mondial, toutes générations confondues.

468. Les liens entre un meilleur état de santé, l'économie et la durabilité environnementale sont bien établis : les personnes en bonne santé sont mieux capables d'apprendre, de gagner leur vie et de contribuer positivement aux sociétés dans lesquelles elles vivent, et vice versa, l'édification d'un environnement sain constitue une condition préalable à la bonne santé (254).

469. Le plan d'action mondial convenu à la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement de 1992 (255) et la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement (256) sont toujours valables. Cependant, bien que la Région européenne de l'OMS ait connu une forte croissance économique et d'importants progrès dans le domaine de la santé, notamment en termes d'avancées en vue de la réalisation de plusieurs objectifs du Millénaire pour le développement, ces tendances positives se sont accompagnées de disparités, d'un manque d'équité en santé, de la détérioration de l'environnement, du changement climatique et de fréquentes crises économiques, financières, énergétiques et alimentaires (257). La nécessité d'une nouvelle approche, plus cohérente, de la politique environnementale est également illustrée par le fait que, 20 ans après le premier Sommet de Rio, les principales décisions prises dans de nombreux pays et affectant l'environnement (politiques d'aménagement, d'urbanisme, de transports, de l'énergie, de choix d'agriculture et de lotissement) créent plutôt qu'elles ne réduisent la pollution atmosphérique, le bruit, la pollution chimique et les traumatismes dus aux accidents de la circulation.

470. Plusieurs études de cas nationales et locales ont illustré le fait que les politiques de divers secteurs et milieux environnants peuvent aussi promouvoir des bienfaits pour la santé. Des approches basées sur l'économie verte ont été utilisées dans la majorité des cas. Les exemples suivants établissent un lien entre les décisions prises dans un domaine (comme les transports ou la planification urbaine) et l'amélioration de la santé et du bien-être.

471. Les Nations Unies (258) ont avancé que des changements systémiques ne sont pratiquement pas possibles sans réelle intervention visant à influencer les niveaux de consumérisme et d'utilisation des ressources. Néanmoins, si des mesures étaient prises pour réduire la consommation excessive d'énergie, limiter l'utilisation de certaines substances dangereuses et promouvoir les changements dans les modes de consommation, par exemple, le résultat serait de faire reculer les maladies non transmissibles, comme le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires. Des régimes sains limitant l'apport énergétique global pourraient

non seulement améliorer la santé et réduire l'obésité, mais aussi améliorer l'environnement en réduisant les émissions dues aux transports ainsi que les émissions de gaz à effet de serre. Réduire la consommation de graisses animales et de protéines augmenterait encore les effets bénéfiques, étant donné les terres, l'eau et l'énergie nécessaires à leur production. Beaucoup d'efforts sont consentis à la recherche de moyens de promouvoir les régimes alimentaires sains, afin que ceux-ci deviennent un choix facile et populaire, et que le public les comprenne davantage. Les responsables politiques de la Région ont à leur disposition un certain nombre de mécanismes et de plans convenus au niveau international en vue de réduire la consommation d'acides gras trans et de sel, comme le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (176).

472. Un domaine d'action essentiel est la promotion de la mobilité active et des transports publics. Il existe de nombreux exemples illustrant comment les transports publics, combinés au cyclisme et à la marche, peuvent réduire la pollution de l'air, le bruit, les émissions de gaz à effet de serre, la consommation énergétique et les encombrements, améliorer la sécurité routière et mieux protéger les paysages et la cohésion urbaine, tout en procurant plus d'occasions d'être physiquement actif (259).

473. À leur tour, ces politiques permettent de limiter les risques de contracter des maladies cardiovasculaires et respiratoires, un diabète de type 2 et certaines formes de cancer, les risques d'hypertension et les risques de traumatismes dus à des accidents de la circulation. Cette combinaison de politiques relatives aux transports peut également offrir des occasions de créer de nouveaux emplois ou de « verdir » ceux existants, et les éléments de preuve à ce sujet n'ont commencé à apparaître que récemment.

474. D'importants bienfaits pour la santé peuvent être obtenus dans les secteurs du logement et de la construction par un ensemble de mesures, dont l'utilisation plus efficace de la ventilation naturelle active et passive pour le refroidissement ; des mesures visant à réduire les moisissures et l'humidité ; le chauffage domestique, les appareils ménagers et les méthodes de cuisson économes en énergie ; l'approvisionnement en eau potable ; un assainissement amélioré ; et des bâtiments plus solides. De nombreux pays, régions et municipalités mettent actuellement en œuvre des stratégies rentables et saines d'atténuation du changement climatique dans le domaine du logement ; celles-ci devraient être systématiquement étudiées et évaluées en termes de bienfaits pour la santé (260).

475. L'aménagement d'espaces verts dans les zones urbaines influe positivement sur la santé. De nombreuses mesures prises au niveau local génèrent des bienfaits sanitaires importants. Là où il y a des espaces verts publics et des forêts, les gens les utilisent pour y marcher, y jouer et y rouler à vélo, intégrant parfaitement l'activité physique à leur vie quotidienne, ce qui réduit le risque de traumatismes, l'effet des îlots de chaleur urbains, les niveaux de stress et la pollution sonore, tout en favorisant la vie sociale. Les espaces verts publics peuvent également contribuer à la gestion des inondations (242).

476. Le secteur de la santé est l'un des principaux consommateurs d'énergie, une source majeure d'emploi et un important producteur de déchets, qu'ils soient biologiques ou radioactifs. D'importantes occasions d'améliorer l'environnement apparaissent donc grâce au « verdissement » des services de santé. Les hôpitaux et les cliniques peuvent obtenir des avantages sanitaires et économiques importants en prenant des mesures d'utilisation rationnelles de l'énergie, consistant notamment à développer des dispositifs médicaux de faible consommation, à utiliser des énergies renouvelables, à économiser l'eau et à la stocker en toute sécurité sur site, à améliorer la gestion des approvisionnements, à recycler les déchets et à utiliser des produits alimentaires locaux. Le secteur de la santé a également un rôle essentiel à jouer dans l'atténuation des effets du changement climatique et dans la réduction de l'exposition environnementale en prenant des mesures pour limiter sa propre empreinte climatique et son

impact négatif sur l'environnement. Néanmoins, le potentiel et la capacité de « verdissement » des services de santé varient grandement entre les pays, et sont caractérisés par un gradient ouest-est. L'adoption d'une législation appropriée, la fourniture d'incitants pour augmenter la capacité institutionnelle à réaliser des investissements initiaux, la fourniture de technologies renouvelables et efficaces sur le plan énergétique, et la sensibilisation de la population sont autant de démarches qui peuvent contribuer à surmonter les obstacles à une mise en œuvre.

477. Les preuves des bienfaits du développement écologique pour la santé et l'équité s'accumulent, et ce thème gagne en popularité (247). Parmi les domaines de recherche importants, citons les effets sanitaires des nouvelles technologies et de l'innovation, et les bienfaits, pour la santé et l'équité, des politiques de croissance écologique et inclusive menées dans d'autres secteurs. La croissance tournée vers l'écologie et la prospérité ne seront pas nécessairement inclusives ou n'encourageront pas le recul de la pauvreté à moins d'être accompagnées par l'adoption d'approches bénéficiant aux populations démunies et mettant l'accent sur la santé en tant que partie intégrante d'une perspective de développement vert. L'abordabilité économique n'est qu'une composante de cette croissance inclusive et de l'accès équitable. Plusieurs mesures de soutien économique ont été proposées, et au niveau de divers secteurs, pour s'attaquer aux questions de l'accès à l'eau, à la nourriture, à l'assainissement et à l'énergie domestique. Celles-ci vont d'un soutien financier direct et d'améliorations technologiques à la prestation de services de base pour les personnes les plus démunies.

478. La démonstration de la relation existant entre le développement durable et la santé constitue un argument puissant à l'appui de l'atténuation du changement climatique et de l'adaptation à ce dernier, en particulier, et du développement durable, en général. Les résultats en matière de santé peuvent être mesurés et susciter un intérêt public et politique. La santé constituera un élément déterminant pour le mode de suivi du progrès et de l'impact du développement durable après la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20).

479. Le développement de la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle entre la santé humaine et animale et l'hygiène de l'environnement améliorera l'efficacité de la santé publique. Les actions suivantes sont nécessaires : œuvrer à l'application complète des accords environnementaux multilatéraux ainsi que des recommandations du processus européen Environnement et santé ; développer rapidement les connaissances scientifiques ; évaluer les effets sanitaires des politiques de divers secteurs, notamment celles influant sur la santé et l'environnement ; assurer le développement et l'adaptation continus des services pour l'environnement et la santé ; et encourager le secteur de la santé à agir d'une manière plus responsable en matière d'environnement.

L'environnement urbain

480. Les modes d'organisation des soins de santé diffèrent d'un point à l'autre de la Région. En gros, le traitement et les soins hospitaliers sont administrés directement par les autorités centrales et régionales, tandis que les soins primaires sont habituellement décentralisés. Les pouvoirs publics locaux assument souvent la responsabilité première de gérer les maladies de longue durée et les invalidités, d'administrer ou de fournir directement beaucoup de services de logement, de santé et d'aide sociale, particulièrement aux personnes âgées. Auparavant, les fonctions relevant de la santé publique et de l'hygiène de l'environnement étaient souvent combinées au niveau municipal, mais actuellement, elles sont plus souvent scindées, quoiqu'elles soient en train d'être réunies dans certains pays.

481. Quelque 69 % de la population de la Région européenne vit en milieu urbain. Le fait de vivre et de travailler dans les zones urbaines a une influence à la fois positive et négative sur la santé et les perspectives de santé par un éventail complexe d'expositions et de mécanismes. En

outre, les villes concentrent des groupes de population présentant diverses caractéristiques démographiques, économiques et sociales, certains avec des risques sanitaires et une vulnérabilité particuliers.

482. Les zones urbaines offrent aux individus et familles de nombreuses possibilités de prospérer et peuvent promouvoir la santé en améliorant l'accès aux services, à la culture et aux loisirs. Néanmoins, quoique les villes soient les moteurs de la prospérité économique et souvent le lieu où l'on trouve le plus de richesse dans le pays, elles peuvent aussi concentrer la pauvreté et les personnes souffrant d'un mauvais état de santé (261). La santé urbaine est apparue ces dernières années comme un paradigme structurant pour un domaine de recherche et de politique qui sert à unifier et concentrer les diverses forces déterminant la santé des citoyens (262).

483. La vie urbaine peut agir sur la santé par l'environnement physique et bâti, l'environnement social et l'accès aux services et à l'assistance. Il a été démontré que la qualité du logement, l'aménagement des quartiers, la densité du développement et la diversité de l'utilisation des sols, l'accès aux espaces verts et installations, les zones de loisir, les pistes cyclables, la qualité de l'air, le bruit et l'exposition aux substances toxiques influent tous de différentes manières sur la santé et le bien-être. Certaines des conditions de la vie urbaine, en particulier la ségrégation et la pauvreté, contribuent à ces différences et les accentuent en exposant de façon disproportionnée les individus à des réactions au dénuement social et économique qui sont mauvaises pour la santé et socialement indésirables. Face à l'augmentation du nombre de personnes âgées vivant dans les villes, il faut repenser l'aménagement urbain ainsi que les normes pour la fourniture de services (263).

484. La plupart des autorités locales de la Région européenne ont pour obligation de promouvoir le bien-être de leurs citoyens et de garantir un accès égal ou similaire aux ressources et possibilités offertes par la municipalité. Les villes peuvent atteindre cet objectif grâce à leur influence dans plusieurs domaines comme la santé, les services sociaux, l'environnement, l'éducation, l'économie, le logement, la sécurité, les transports et le sport. La mise en œuvre au niveau local de partenariats intersectoriels et d'initiatives d'autonomisation des populations peut être facilitée grâce au soutien des autorités locales. Le réseau des Villes-santé recèle de nombreux exemples de bonnes pratiques.

485. Les villes ont une influence significative sur la santé et le bien-être des individus par le biais de différentes politiques et interventions, notamment dans les domaines suivants : lutte contre l'exclusion sociale et aide sociale, mode de vies sains et actifs (comme les pistes cyclables et les lieux publics non fumeurs) ; sécurité et environnement pour les enfants et les personnes âgées ; conditions de travail ; préparation aux conséquences du changement climatique ; expositions aux dangers et désagréments ; aménagements urbains sains (aménagement des quartiers, suppression des barrières architecturales, accessibilité et services de proximité) ; et processus participatifs pour les citoyens (264).

486. L'application de la perspective urbaine comporte plusieurs implications pour les personnes agissant en faveur de la santé et du bien-être :

- comprendre et prendre en compte les spécificités urbaines et la répartition des déterminants sociaux et environnementaux de la santé ;
- lutter contre les conditions qui augmentent le risque d'exposition et la sensibilité des personnes aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
- faire face à l'évolution du paysage démographique et social des villes, notamment le vieillissement de la population et la migration ;
- intégrer les questions de santé urbaine dans les politiques, stratégies et plans nationaux en matière de santé ;

- reconnaître l'importance du rôle des autorités locales dans la promotion de la santé et de l'équité en santé dans toutes les politiques locales et l'importance de l'engagement pansociétal.

Le leadership local pour la santé et le bien-être et le rôle des maires et dirigeants municipaux

487. Pour d'innombrables raisons, les pouvoirs publics locaux occupent une position exceptionnelle pour assurer un leadership en matière de santé et de bien-être. Nombre de déterminants sociaux de la santé opèrent au niveau local et communautaire. Pour cette raison, dans le monde complexe des pouvoirs publics à échelons multiples, avec de nombreux intervenants publics et privés, les pouvoirs publics locaux ont bel et bien la capacité d'influencer les déterminants de la santé et les inégalités. Ils sont bien positionnés pour influencer l'affectation des terres, les normes de construction et les systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ainsi que pour adopter et faire appliquer des restrictions du tabagisme et des réglementations en matière d'hygiène du travail et de sécurité. Deuxièmement, beaucoup de pouvoirs publics locaux ont la capacité d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies coordonnées pour la promotion de la santé. Troisièmement, leur mandat démocratique leur confère une autorité et confirme leur pouvoir de réunir des partenariats et d'encourager la participation de nombreux secteurs. Quatrièmement, les pouvoirs publics locaux ont des contacts quotidiens avec les citoyens et sont ceux qui sont les plus proches de leurs préoccupations et de leurs priorités. Ils sont bien placés pour des partenariats avec les secteurs privé et non marchand et les groupements de citoyens. Cinquièmement, les pouvoirs publics locaux ont la capacité de mobiliser les ressources locales et de les déployer afin de créer plus d'opportunités pour les groupes de population pauvres et vulnérables et de protéger et promouvoir les droits de tous les citoyens.

488. Néanmoins, assumer un rôle de chef de file ne se limite pas à comprendre comment son autorité et ses sphères d'influence potentielles peuvent promouvoir la santé et réduire le manque d'équité en matière de santé. Assumer un rôle de chef de file local pour la santé signifie avoir une vision et une idée de l'importance de la santé dans le développement social et économique ; faire preuve de l'engagement et de la conviction nécessaires pour conclure de nouveaux partenariats et alliances ; promouvoir la responsabilisation des acteurs locaux statutaires et non statutaires dans le domaine de la santé ; aligner les interventions locales sur les politiques nationales ; anticiper et planifier dans la perspective de changements ; et, enfin, agir en tant que gardien, facilitateur, catalyseur et défenseur du droit de tous les habitants à jouir du meilleur état de santé possible (245,265).

489. Exercer un leadership efficace pour la santé et le bien-être requiert un engagement politique, une vision et une démarche stratégique, des dispositions institutionnelles favorables, et l'établissement de réseaux et la prise de contacts avec d'autres personnes travaillant dans des buts similaires (266,267). Le réel pouvoir des dirigeants locaux pour la promotion de la santé et du bien-être ne réside pas dans leurs pouvoirs officiels. Il vient plutôt de leur capacité à inspirer et diriger autrui. En canalisant les efforts conjugués d'une multitude d'acteurs, les pouvoirs publics locaux peuvent démultiplier leur pouvoir et faire une réelle différence pour la santé et le bien-être des communautés locales. Ces éléments essentiels d'une intervention efficace visent à modifier la manière dont les individus, les communautés, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et les pouvoirs publics locaux comprennent la santé et l'équité en santé et prennent des décisions à ce sujet.

L'environnement social : les déterminants sociaux de la santé et les atouts pour la santé

490. Le développement de la résilience constitue un élément essentiel de la protection et la promotion de la santé aux niveaux individuel et communautaire. La santé de tout un chacun est étroitement liée à la santé de l'ensemble de la population. Les communautés jouent un rôle central dans l'action de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi qu'en assurant l'insertion sociale des personnes souffrant d'affections chroniques ou atteintes d'incapacités. Ce rôle est influencé et façonné par les interactions complexes entre les environnements naturel, construit et social. Les politiques visant à rendre ces environnements plus sains aideront les communautés, et les gens qui vivent en leur sein, à être autonomisés dans leurs choix et à préserver leur propre santé.

491. Vu la mutation rapide de ces environnements, l'essentiel, pour soutenir la santé, est de s'attacher à produire des efforts constants en vue d'améliorer les conditions de vie et de travail. Au macro-niveau, les politiques économiques et sociales se doivent de créer des cadres de vie qui permettent aux gens, à toutes les époques de leur existence, de réaliser pleinement leur potentiel de santé. Au micro-niveau, l'action engagée là où les gens vivent, s'aiment, travaillent et se distraient – foyers, écoles, lieux de travail, espaces de loisirs, services de soins et maisons de retraite – peut être très efficace. Le mouvement des Villes-santé et des Communautés-santé de l'OMS fournit de multiples exemples de la façon de développer une telle résilience, notamment en faisant participer les populations au niveau local et en favorisant l'adhésion communautaire aux problématiques de santé. D'autres réseaux organisés autour d'un lieu (comme les Écoles-santé ou les lieux de travail où l'on promeut la santé) apportent des expériences similaires. Les services sanitaires et sociaux, et notamment les services de soins de santé primaires qui accompagnent les familles chez elles, les travailleurs sur les lieux de travail et les groupes communautaires locaux sont des points d'accès pour le soutien systématique aux individus et aux communautés tout au long de leur existence, et particulièrement pendant les périodes critiques (231,268).

492. L'autonomie n'est pas quelque chose qu'on vous octroie, mais que les gens s'attribuent en acquérant davantage de pouvoirs, en tirant parti de leurs atouts spécifiques, aidés en cela par les structures externes et les circonstances de la vie. Les communautés peuvent soutenir les individus et les patients en mettant en place des réseaux sociaux et en instituant un soutien social qui peut à la fois promouvoir la cohésion entre les individus et les soutenir dans les passages difficiles de l'existence et les périodes de vulnérabilité et de maladie. Les communautés doivent fournir aux individus, aux groupes et aux quartiers, des structures, des moyens et des possibilités de constituer des réseaux, de mieux s'organiser et de renforcer leurs capacités en collaboration avec d'autres acteurs, en vue d'acquérir davantage de compétences en leadership et de prendre en main leur santé, leurs maladies et leur vie. Ces dernières années, des outils ont été imaginés et des expériences sur le terrain ont été accumulées dans ce domaine. Plusieurs exemples ont été rapportés par la littérature sur les atouts pour la santé et sur la résilience des communautés (269,270). Ces innovations visent à déterminer les atouts disponibles pour les individus et les communautés afin que ceux-ci résolvent les problèmes locaux de manière durable et veillent à ce que l'aide extérieure, sous la forme d'une protection sociale et d'autres services, puisse être exploitée plus efficacement. Par exemple, l'Assets Alliance, récemment constituée en Écosse, est une plate-forme pour le partage d'atouts et la formulation de recommandations aux pouvoirs publics et agences nationales d'Écosse en matière d'élaboration de politiques (271).

493. L'existence d'un système adéquat de protection sociale a un impact sur la santé et l'équité en santé. Les dépenses sociales publiques influent sensiblement sur les taux de pauvreté qui, à leur tour, sont associés à une mortalité plus élevée, notamment chez les femmes et les enfants, et

en particulier chez les femmes disposant d'un faible niveau d'instruction. La protection sociale influence la santé des adultes, en particulier dans les pays à revenus faible et moyen.

494. La responsabilité pangouvernementale pour la santé implique de prendre en compte les effets sur la santé dans l'élaboration de toutes les politiques de réglementation (46). Déterminée par le contexte social, l'inéquité persistante et souvent croissante dans le domaine sanitaire nécessite une intervention coordonnée et une approche systémique (272,273). Un engagement politique décidé, des systèmes de santé efficaces et hautement performants, et la cohérence de l'ensemble des politiques publiques sont autant d'éléments nécessaires, tout comme des institutions fonctionnant correctement et capables d'influencer l'élaboration de politiques tant dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs. En ciblant systématiquement les politiques publiques et les initiatives privées, et en mettant en conformité les moyens humains, financiers et environnementaux, on mobilisera les interventions en vue d'une amélioration de la santé et du bien-être et leur répartition équitable dans la société (48,50,274).

495. Un objectif clé de la politique doit être le maintien de normes minimales nécessaires à une vie saine. Il est démontré que les dépenses sociales sont plus généreuses dans les pays appliquant des politiques plus universelles de protection sociale et accusant des taux plus élevés de participation au marché du travail. Les interventions précises à recommander en matière de protection sociale sont, entre autres, de veiller à ce que les femmes et les enfants aient accès aux revenus minimaux nécessaires pour une vie en bonne santé ; à ce que les dépenses sociales soient suffisamment généreuses, notamment pour les femmes à faible niveau d'instruction ; à ce que les systèmes de protection sociale dans les pays à bas et à moyen revenu soient généreux et universels ; et que des programmes d'activation, associés à une protection sociale généreuse, promeuvent de hauts taux de participation au marché du travail.

496. Pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et au manque d'équité en santé, il faut aller au-delà du modèle traditionnel de prestation de soins sanitaires et sociaux. Outre le fait de fournir des services publics pour lutter contre les carences dans une communauté donnée, les efforts devraient également être dirigés vers l'exploitation de tous les atouts et formes de soutien qui peuvent exister au sein des communautés et sont capables de compléter l'offre du secteur public (27). De nombreux programmes bien intentionnés visant à promouvoir la santé et à lutter contre les inéquités causées par des facteurs sociaux échouent car ils ne sont pas fondés sur une telle approche systémique.

497. Étant donné que les atouts, en matière de santé, sont liés aux déterminants de la santé, les approches fondées sur ces atouts peuvent permettre de surmonter certains des obstacles existants qui empêchent la maximalisation de la santé et du bien-être et la lutte contre le manque d'équité en santé. Ces approches sont étroitement liées aux modèles d'intervention et de promotion de la santé et soulignent l'importance du renforcement des facteurs de protection et de promotion pour la santé des individus et des populations, en identifiant les compétences, les forces, les capacités et les connaissances des individus et le capital social des communautés. Ces modèles sont axés sur l'identification des atouts et ressources disponibles pour protéger, maintenir et promouvoir la santé des individus et des communautés. L'objectif est d'optimiser ces atouts et ressources pour résoudre durablement les problèmes de santé locaux et faire en sorte qu'un soutien externe (par la prestation de services pour renforcer la santé et le bien-être, etc.) puisse être utilisé plus efficacement (275-277).

498. Les efforts visant à réduire la vulnérabilité et à contrer le fonctionnement des processus d'exclusion sont importants. Une gouvernance plus intelligente est nécessaire pour permettre aux communautés d'amener les gouvernements et d'autres organismes à réaliser la santé et le bien-être dans le cadre d'objectifs collectifs. De nouvelles structures de gouvernance et de leadership s'imposent par conséquent. Plutôt que de renforcer les capacités de l'extérieur, des systèmes sociaux, politiques et économiques favorisant l'autonomisation et l'initiative devraient

être mis en place afin de libérer les capacités au sein des organisations, des groupes professionnels, des communautés, des familles et des groupes défavorisés. Pour permettre cette autonomisation, divers types de connaissances et de données sont nécessaires, fondées sur l'expérience et l'interprétation des personnes au sein des groupes et des communautés concernés.

499. Ces approches permettent de traduire ces concepts et principes en action locale. Le but est l'investissement public dans les communautés, en s'appuyant sur les forces et les ressources locales pour accroître les niveaux d'aspiration, forger une résilience et libérer le potentiel (278). Ainsi, les approches fondées sur les atouts et les ressources font partie intégrante de la promotion de la santé et doivent être incorporées aux stratégies pour améliorer la santé et réduire le manque d'équité dans ce domaine (279,280).

500. Faire prendre conscience aux communautés, aux familles et aux individus qu'il existe des possibilités de changement et de soutien, et que tous peuvent contribuer à éliminer les obstacles à une vie meilleure et plus saine, peut conférer plus de liberté à ceux qui ont des problèmes de santé, en particulier aux personnes souffrant de maladies chroniques et à celles atteintes d'incapacités, et favoriser leur précieuse participation à la collectivité. L'objectif est de reconnaître et d'optimiser le rôle des différents intervenants et d'améliorer le suivi et la responsabilisation. Quelques mesures : faire participer les associations de patients et d'aidants familiaux et les organisations non gouvernementales apparentées aux soins apportés aux patients et les soutenir par des fonds publics ; organiser des communautés de soutien pour permettre aux gens de vivre de manière aussi indépendante que possible ; promouvoir un encadrement pour l'autogestion des maladies sur les lieux de travail ; renforcer l'aide sociale dans les communautés qui encouragent la participation des personnes atteintes de maladies chroniques ou d'invalidités et le contact avec ces personnes ; lancer et financer des programmes combattant la stigmatisation afin de modifier les attitudes négatives envers les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes souffrant d'invalidités. L'instruction en santé est un concept prometteur qui peut être mis en pratique. Il porte sur l'interaction dynamique entre les individus et les environnements dans lesquels ils vivent et travaillent, en mettant l'accent sur l'apprentissage et le développement des aptitudes en matière de santé, y compris la capacité à exploiter les complexes systèmes social et sanitaire pour en retirer une amélioration de leur état de santé. En matière d'instruction en santé, on envisage tout le cours de l'existence, on est sensible aux facteurs culturels et contextuels et on s'occupe à la fois des individus et des organisations.

501. Ce sont les soignants informels qui assurent la majorité des soins. Soutenir leur rôle, les préparer à le jouer et assurer leur bien-être, génère des résultats positifs, tant pour la santé des soignants que pour celle des personnes dont ils s'occupent. Les mesures clés sont les suivantes : assurer aux aidants informels une reconnaissance officielle, un soutien financier et des prestations de sécurité sociale ; les impliquer dans les processus décisionnels sur la politique et les services de santé ; organiser des visites à domicile et une communication régulière entre les professionnels et les aidants informels, avec une évaluation des conditions de santé et de sécurité et un encadrement sur le plan technique ; s'inspirer de l'expérience acquise par les aidants quant à la personne dont ils s'occupent pour former les soignants professionnels ; et prévoir des mesures de protection de la santé mentale des aidants informels, par exemple grâce à des horaires souples ou un travail à mi-temps, des programmes d'entraide et d'auto-assistance pour aidants, et une formation et des outils pour évaluer les propres besoins des aidants en matière de santé mentale.

3^e partie

Santé 2020 :

Amélioration de la mise en œuvre – impératifs, voies à suivre et apprentissage continu

Introduction

502. La troisième partie décrit les impératifs et les voies qui peuvent favoriser une mise en œuvre efficace de **Santé 2020**. Deux défis sont indissociables : la gouvernance du système de santé et le renforcement des systèmes de santé, réunis sous l'appellation de gouvernance sanitaire, et l'action conjointe des secteurs sanitaires et non sanitaires, publics et privés et des citoyens dans un objectif commun, qui est de promouvoir la gouvernance pour la santé. La mise en œuvre de **Santé 2020** implique une évolution concernant plusieurs éléments essentiels : le leadership ; l'intention stratégique (exprimée à travers des politiques sanitaires nationales et sous-nationales) ; la coopération par le biais de partenariats ; le développement de la responsabilité pansociétale et pangouvernementale vis-à-vis de la santé ; le suivi, l'évaluation et la recherche en santé publique ; ainsi que le renforcement du rôle de l'OMS.

Réalisation – les principaux obstacles auxquels sont confrontés les responsables politiques

503. Pour faire avancer la politique **Santé 2020**, les pays seront non seulement confrontés à des contextes et à des points de départ différents, mais ils devront également pouvoir s'adapter aux conditions, dans lesquelles les politiques devront être mises en œuvre, que ces conditions aient été prévues ou non. Le monde actuel n'est plus celui de l'ancienne politique de la Santé pour tous – le présent document, de même que l'étude sur la gouvernance pour la santé, en a déjà souligné les difficultés, comme l'interdépendance et l'interconnexion à l'échelle mondiale, le rythme accéléré du changement, la complexité accrue de l'environnement politique et le renforcement de l'incertitude. Travailler efficacement dans un tel contexte requiert de nouvelles approches et de nouveaux outils (281).

504. Les États membres adopteront des approches différentes et adapteront leurs actions et leurs choix à leurs réalités politiques, sociales, épidémiologiques et économiques, à leurs capacités d'élaboration et de mise en œuvre des politiques et à leurs histoires et cultures respectives. Ils sont encouragés à procéder à une analyse et à une évaluation critique leur permettant de se situer par rapport au cadre politique **Santé 2020** et de déterminer si leurs instruments politiques et leurs situations et mesures en matière législative, organisationnelle, fiscale et de ressources humaines favorisent ou freinent la mise en œuvre de **Santé 2020**. Il leur faudra également estimer la complexité, les capacités, les performances et la dynamique du système. **Santé 2020** définit les problèmes actuels, émergents et futurs à résoudre, mais souligne aussi que les responsables de l'élaboration des politiques devront pouvoir faire face à des difficultés imprévues ainsi qu'à des évolutions de contexte qui auront un impact sur les objectifs de la politique. Il sera nécessaire d'analyser et d'adapter en permanence les politiques ainsi que d'être prêt à mettre un terme à celles qui auront perdu leur pertinence ou leur efficacité.

505. La mise en œuvre de **Santé 2020** sera difficile. Une étude récente menée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe en vue d'appuyer l'élaboration de **Santé 2020** et de faciliter son application a examiné les différents engagements en matière de santé publique pris par les États membres de 1990 à 2010. Ces engagements ont pris la forme d'un nombre impressionnant de résolutions, de déclarations de politique générale et d'instruments juridiquement contraignants. La plupart des thèmes de **Santé 2020** ont été abordés, bien que certains aient semble-t-il, nécessité un surcroît d'attention, notamment les personnes âgées, la prise en charge de certaines maladies non transmissibles et les implications de la santé et de la maladie sur le plan économique. Les auteurs se sont interrogés sur la viabilité d'une telle démarche, ont recensé les difficultés en termes de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre, et souligné les risques de répétition et de duplication.

506. Dans un environnement d'une telle complexité, sept démarches ont été suggérées afin d'appuyer l'élaboration des politiques.

- *L'analyse intégrée et prospective.* Le recensement des principaux facteurs affectant l'exécution des politiques et l'élaboration de scénarios envisageant l'évolution future de ces facteurs permettrait de renforcer les politiques en tenant compte de diverses conditions prévues et de mettre au point des indicateurs permettant de déclencher d'importantes adaptations des politiques menées, si nécessaire.
- *Les délibérations entre les différentes parties prenantes.* Cette stratégie suppose un effort public collectif et collaboratif visant à examiner un problème selon différents points de vue avant de prendre une décision. Les processus délibératifs confortent l'élaboration des politiques en favorisant la reconnaissance de valeurs communes, d'engagements partagés et de problèmes émergents, et en permettant d'appréhender globalement les relations de cause à effet.
- *L'adaptation automatique des politiques.* Il est possible d'anticiper en partie la variabilité inhérente aux conditions socioéconomiques et écologiques, et le suivi d'indicateurs clés peut permettre de déclencher des adaptations importantes des politiques afin qu'elles conservent leur efficacité.
- *L'encouragement de l'auto-organisation et des réseaux sociaux.* S'assurer que les politiques ne nuisent pas au capital social existant, créer des forums favorisant les réseaux sociaux, faciliter l'échange de bonnes pratiques et supprimer les obstacles à l'auto-organisation sont autant de facteurs qui renforcent la capacité des parties prenantes à répondre de manière diverse et innovante aux événements non anticipés.
- *La décentralisation de la prise de décision.* La décentralisation de l'autorité et de la responsabilité en matière de décision jusqu'au plus petit niveau de gouvernance efficace et responsable, que ce niveau existe déjà ou vienne d'être créé, permet de renforcer la capacité de réussite d'une politique en cas d'événement imprévu.
- *La promotion de la variété.* Étant donné la complexité de la plupart des contextes entourant les politiques, la mise en œuvre de politiques diverses pour un même problème renforce la probabilité d'obtenir les résultats désirés. La diversité des réactions constitue également une stratégie courante de gestion des risques, qui favorise une action efficace en cas de conditions imprévues.
- *L'examen formel de la politique et l'apprentissage continu.* L'examen régulier d'une politique, même lorsqu'elle donne de bons résultats, et le recours à des programmes pilotes bien conçus, tout au long de sa mise en œuvre, afin de vérifier les hypothèses en matière de performances, peuvent aider à faire face à des problèmes émergents et à déclencher des adaptations importantes de cette politique.

Leadership, avec renforcement du rôle des ministres de la Santé et du secteur de la santé

507. Les questions du leadership pour la santé et de l'équité en santé sont plus importantes que jamais. Le leadership pour la santé peut prendre diverses formes et faire intervenir de nombreux acteurs : par exemple les organismes internationaux qui fixent les normes et les règles ; les chefs de gouvernement qui donnent la priorité à la santé et au bien-être ; les ministres de la Santé qui se concertent avec ceux d'autres secteurs ; les parlementaires intéressés par les questions de santé ; les dirigeants d'entreprise qui cherchent à réorienter leur modèle d'activité de façon à prendre en compte la santé et le bien-être ; les organisations de la société civile qui attirent l'attention sur les insuffisances en matière de prévention des maladies ou de prestation de services ; les institutions universitaires qui fournissent des bases factuelles portant sur les

interventions sanitaires efficaces (et celles qui ne le sont pas) et des résultats de recherche concernant l'innovation ; et les autorités locales qui relèvent le défi de la santé dans toutes les politiques. Par ailleurs, des particuliers, tels que des philanthropes ou des personnalités médiatiques, exercent de plus en plus souvent un rôle de leadership sur des questions de santé et d'équité et mènent des campagnes très efficaces.

508. Au XXI^e siècle, le leadership pour la santé exige de nouvelles compétences et, pour obtenir des résultats, fait plus souvent appel à l'influence qu'à une intervention directe. À l'avenir, l'autorité des responsables de la santé viendra en grande partie non seulement de la position qu'ils occupent dans le système de santé, mais aussi de leur capacité à convaincre les autres de l'importance capitale de la santé et du bien-être dans tous les secteurs. Le leadership ne sera plus seulement individuel, mais également institutionnel, collectif, centré sur les communautés et collaboratif, des formes sous lesquelles il est déjà visible. De plus en plus d'acteurs se regroupent pour relever les principaux défis en matière de santé aux niveaux local, national, régional ou mondial, par exemple dans le cadre du mouvement mondial de lutte contre le sida. Des mouvements similaires sont en train de naître dans le domaine des maladies non transmissibles, de l'hygiène de l'environnement et de la promotion de la santé.

509. Les ministres et les ministères de la Santé ont un rôle indispensable à jouer à cet égard. Leur leadership est essentiel dans toutes les interventions nécessaires à la promotion de la santé, notamment l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales et sous-nationales axées sur l'amélioration de la santé et du bien-être ; la promotion d'un travail intersectoriel efficace en faveur de la santé et la réalisation de ce travail ; la participation active de l'ensemble des parties prenantes ; la prestation de fonctions essentielles de la santé publique et de services de soins de santé efficaces et de qualité ; ainsi que la définition et le suivi des normes de performance dans un cadre énonçant clairement les responsabilités.

510. Leur responsabilité en matière de services de santé efficaces, réactifs et efficaces joue également un rôle notable dans l'amélioration équitable de la santé. Les services de santé contribuent eux aussi aux résultats obtenus concernant la santé et le bien-être, et cette contribution devrait s'accroître dans la mesure où leur capacité technologique se renforce pour l'ensemble des maladies. Ces services constituent par ailleurs un puissant déterminant social de la santé en termes d'inégalités sociales liées à l'accès et à l'utilisation des services.

Élaboration, mise en œuvre et évaluation des politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux et sous-nationaux avec le concours de différents secteurs

511. Les politiques de santé sont axées sur la recherche d'une amélioration spécifique et mesurable de la santé, en particulier l'augmentation des années de vie en bonne santé et la possibilité de mener une vie indépendante lorsque l'on est atteint d'une maladie chronique. Les questions de santé constituent une priorité politique essentielle à tous les niveaux de gouvernance, qui nécessite un système de santé efficace et intégré répondant aux besoins de santé publique et se focalisant sur les soins de santé primaire. Pour parvenir à ces objectifs, il faut notamment préparer un plan complet d'amélioration de la santé et du bien-être, portant notamment sur la création et le renforcement des services de santé. Le renforcement des approches intersectorielles est un objectif connexe.

512. Ces instruments de planification doivent aller au-delà de la prestation de soins de santé et porter sur l'amélioration de la santé et des déterminants sociaux de la santé au sens large, et sur l'interaction entre le secteur de la santé et les autres secteurs de la société. Une stratégie sanitaire nationale, qui peut prendre des formes très diverses, est susceptible de constituer une

source d'inspiration en tant que politique globale impliquant de nombreux acteurs et secteurs et visant à améliorer la santé de la population. Elle peut conforter des valeurs communes, encourager la synergie et promouvoir la transparence et la responsabilisation. Dans les pays à revenus faible et intermédiaire, le processus d'élaboration des politiques, stratégies et plans sanitaires peut également aider les bailleurs de fonds en ce qui concerne la planification de la santé et permettre une coordination efficace entre ces bailleurs. Ce processus doit s'appuyer sur une évaluation complète des besoins sanitaires tenant compte de l'âge, du sexe ainsi que de la position et de la condition sociales.

513. Les recherches et autres connaissances montrent qu'un grand nombre de politiques et de services ne parviennent pas aux populations dans le besoin, bien qu'ils soient fondés sur des preuves établies (comme la réduction de la consommation de sel et de graisses saturées, la majoration de la fiscalité sur le tabac, le dépistage et la prise en charge de l'hypertension, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux par des équipes multidisciplinaires et la prise en charge active de la troisième phase du travail). L'application des bases factuelles aux politiques et aux pratiques peut échouer pour de multiples raisons. Certaines, d'ordre technique, sont liées au type et à la nature des bases factuelles obtenues ; d'autres, d'ordre organisationnel, résultent d'une faiblesse des partenariats ou de la collaboration intersectorielle ; d'autres encore, d'ordre politique, tiennent au fait que les informations fournies par les bases factuelles ne conviennent pas aux personnes chargées de définir les priorités et de décider des investissements. La réaction aux interventions dépend également de l'autonomie conférée à chaque individu pour préserver les bienfaits potentiels de ces interventions.

514. Bien sûr, les bases factuelles sont rarement le seul ou même le principal facteur de gouvernance intervenant dans la prise de décision. Les valeurs et autres influences jouent également un rôle important. Il reste néanmoins possible d'intensifier la prestation de services essentiels rentables et de rendre disponibles des ressources, mais cela signifie que des efforts doivent être consentis afin de développer les interventions fondées sur des bases factuelles et destinées aux personnes dont les besoins sont les plus criants, et de réduire la dispensation de soins inappropriés ou d'interventions de santé publique à l'utilité limitée. La réussite d'une telle stratégie implique que les chercheurs, les responsables de l'élaboration des politiques et les praticiens appliquent des méthodes nouvelles et différentes, centrées sur la production conjointe de connaissances et de bases factuelles, qui répondent réellement à leurs besoins respectifs.

515. Sans parler de la nécessité de disposer de fonds, souvent nouveaux, il est essentiel de s'engager à résoudre le problème du manque d'efficacité de l'utilisation des ressources du secteur de la santé afin d'obtenir un soutien populaire et politique en faveur d'une hausse des dépenses. L'amélioration de l'efficacité doit être une composante essentielle des stratégies et plans nationaux pour la santé, et non un remède à court terme aux réductions budgétaires. En effet, la transition vers un nouveau système de prestation moins coûteux doit être gérée avec précaution et peut exiger un investissement à court terme. L'objectif est d'obtenir des gains durables en termes d'efficacité, en améliorant le rendement énergétique, en se tournant davantage vers les soins ambulatoires, en affectant plus de ressources aux soins de santé primaires et à des programmes de santé publique présentant un bon rapport coût-efficacité, en réduisant les services les moins rentables et en favorisant un usage rationnel des médicaments, pour ne citer que quelques exemples.

516. La performance de systèmes de santé souvent fragmentés peut ne pas être à la hauteur des attentes croissantes des sociétés et des citoyens. Dans le cadre des prestations du système de santé, les gens escomptent plus de participation, d'autonomisation et d'équité ainsi qu'un respect accru des droits de l'homme. Ils espèrent une hausse des dépenses nationales de santé, alors que les ressources sont toujours limitées. Le renforcement des systèmes de santé et de leur gouvernance est par conséquent primordial pour répondre à ces attentes. Les ministres et ministères de la Santé ainsi que les autres autorités nationales ont besoin d'aide et de soutien

pour améliorer la performance des systèmes de santé et pour accroître la responsabilisation et la transparence.

517. La politique de santé est généralement élaborée selon des approches diverses, à des niveaux variés et avec des finalités différentes. Les approches mécaniques ne suffisent pas et ont de toute façon montré qu'elles n'étaient pas adaptées. Des approches offrant une souplesse et une intégration accrues sont nécessaires. Elles doivent pouvoir réagir rapidement à l'évolution des circonstances et à des bases factuelles solides montrant quelles sont les mesures efficaces et quelles sont celles qui le sont moins. L'élaboration d'une stratégie globale pour la santé constitue, par définition, un processus éminemment politique, et cet aspect doit être pris en compte à chaque étape.

518. Les engagements politiques et juridiques revêtent une importance cruciale pour garantir la viabilité à long terme. Une certaine souplesse est nécessaire pour s'adapter aux évolutions inattendues de la situation politique, économique et sanitaire. La valeur réside largement dans le processus. Ces stratégies ont plus de chances d'être mises en œuvre si ceux-là mêmes qui les mettront en œuvre les élaborent et se les « approprient », et si elles sont compatibles avec les capacités, les ressources et les contraintes. Les instruments doivent décrire des méthodes réalistes pour renforcer les capacités et les ressources en mobilisant les partenaires et les parties prenantes, dont les intérêts peuvent diverger.

Apport de valeur ajoutée par les partenariats et les partenaires pour la santé

519. **Santé 2020** atteindra son but grâce à une combinaison d'efforts individuels et collectifs. Une collaboration étroite entre les États membres et l'OMS et la mobilisation d'autres partenaires sont essentielles à sa réussite. Les approches pangouvernementales et pansociétales en vue d'améliorer la santé et le bien-être, qui sont au cœur de **Santé 2020**, sont fondées sur des stratégies qui mettent l'accent sur la concertation gouvernementale et améliorent la coordination, l'intégration et la diffusion de la responsabilité pour la santé dans l'ensemble du gouvernement et de la société, et qui visent à autonomiser les individus aux niveaux local et communautaire. Les défis sanitaires complexes d'aujourd'hui doivent être relevés par l'adoption d'une approche pangouvernementale et pansociétale à différents niveaux, qui, outre les intervenants du secteur public, englobe également la société civile et le secteur privé, ainsi que les médias. Une mise en œuvre efficace exige la définition d'un but commun et le déploiement de larges efforts de collaboration par les parties prenantes de l'ensemble de la société dans chaque pays : pouvoirs publics, organisations non gouvernementales, société civile, secteur privé, milieux scientifique et universitaire, professionnels de la santé, communautés – et chaque individu.

520. Aujourd'hui, les responsables de la santé doivent plaider en faveur des partenariats pour la santé et instaurer de tels partenariats. Ceux-ci sont au cœur de **Santé 2020** et de sa stratégie portant sur l'ensemble du système. Il est indispensable d'établir à plusieurs niveaux des partenariats efficaces avec des organismes et institutions, des citoyens et des communautés, la société civile ainsi qu'avec les acteurs publics et privés, afin de prendre conscience des déterminants locaux de la santé, d'obtenir un soutien en faveur de l'action dans l'ensemble de la société et de contribuer au développement communautaire. Il s'agit pour partie d'améliorer le fonctionnement de la gouvernance pangouvernementale et intersectorielle pour la santé, et pour partie de développer et d'élargir les groupes d'acteurs internationaux, nationaux et locaux pour la santé.

521. Les partenariats au sein ou à l'extérieur des gouvernements dépendent d'intérêts communs et de relations personnelles ainsi que de l'existence d'un environnement favorable. Ils s'appuient sur diverses formes de relations et peuvent être de nombreux types, notamment formels, informels ou de nature essentiellement technique. Il est démontré que la force, la qualité et la transparence des liens entre les partenaires, des mécanismes d'attribution des responsabilités et, tout particulièrement, des dispositions en matière de préparation du budget et d'établissement des rapports jouent un rôle crucial. Ces caractéristiques ont une incidence majeure sur les résultats et l'efficacité des partenariats.

522. À tous les niveaux des structures, il convient d'examiner d'importantes questions liées aux asymétries en matière de pouvoir. Bien que de nombreuses organisations préconisent les partenariats et reconnaissent l'importance des intérêts des différents partenaires, les recherches et autres analyses montrent sans conteste que toutes les parties n'adoptent pas sans réserve le partenariat, ne comprennent pas la culture de l'autre partie ou n'adhèrent pas aux principes qui sont les siens ou aux principes opérationnels ou de gestion caractéristiques d'une bonne pratique. De nombreuses difficultés sont liées à la nécessité de disposer de mécanismes ou de dispositions permettant de faire face à des intentions cachées ou à des conflits d'intérêts potentiels, et de négocier les bases des partenariats. Le partenariat est fondamental pour la gouvernance intersectorielle, mais dans la pratique, les partenaires peuvent contribuer de manière plus hiérarchique qu'horizontale aux informations et aux ressources sur la base desquelles les décisions sont prises.

523. Le soutien à la société civile permet de mieux sensibiliser à la santé et à l'équité. Les principes et l'intérêt de la participation et de l'autonomisation des populations sont bien connus, et il est essentiel de conforter une société civile diversifiée, dont les individus offrent souvent leur temps et leur travail à titre bénévole dans le cadre d'interventions et de stratégies importantes. La société civile est également source de valeur dans la mesure où elle permet de communiquer avec la population de manière originale. Bien que les pouvoirs publics et les organismes officiels aient un rôle important à jouer sur le plan de la communication d'informations précises et fiables, la manière dont les messages sont reçus peut différer grandement selon qu'ils émanent des pouvoirs publics ou de la société civile. Cette dernière est souvent en mesure de traiter des problèmes complexes, délicats ou suscitant des préjugés d'une façon qui n'est pas à la portée des organismes officiels et des autorités. Elle peut en particulier renforcer le dialogue avec des groupes marginalisés, qui ont parfois été insuffisamment desservis par le passé, et tirer parti, de manière appropriée et éthique, de la participation du monde des affaires. Les organisations bénévoles et d'entraide peuvent également avoir une fonction importante en apportant leur point de vue, et offrir une assistance pratique aux personnes dans le besoin. Les médias sociaux ont un rôle nouveau et toujours plus important à jouer dans l'élaboration et la diffusion des messages et des perceptions relatives à la santé.

524. Les partenariats avec les organisations internationales actives dans la Région européenne sont essentiels pour soutenir les objectifs de **Santé 2020**. Le rôle de l'OMS et sa relation avec ces organisations résideront non seulement dans sa recherche de l'excellence technique, de la pratique fondée sur des bases factuelles et de la gestion axée sur des résultats, mais aussi dans son engagement à collaborer afin d'aider les États membres à réaliser pleinement leur potentiel en matière de santé. L'étroite coopération qui existe entre l'OMS et les organisations internationales est encore renforcée. Il s'agit notamment des agences spécialisées du système des Nations Unies, de la Banque mondiale et des banques de développement régional, de l'OCDE, de l'UE, du Conseil de l'Europe, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, des fonds et des agences de développement et des principales organisations non gouvernementales. L'UNICEF est en particulier un partenaire dans de nombreux domaines essentiels de la santé publique, comme la santé de la mère et de l'enfant, la vaccination, les mesures visant à améliorer la promotion de la santé et la prévention de la

maladie par un renforcement des systèmes de santé et une surveillance plus étroite de la fracture sanitaire.

525. La collaboration avec l'UE permettra d'établir une base solide et elle offre de vastes possibilités et d'autres avantages. La Commission européenne a publié un livre blanc qui définit les principes fondamentaux et les objectifs stratégiques de son action en matière de santé (282). Ce livre blanc est lié à l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne tel que modifié par le Traité de Lisbonne (111), qui stipule qu'« un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

526. En outre, les pays candidats à l'adhésion, potentiellement candidats et ceux de l'Instrument européen de voisinage et de partenariat œuvrent à l'harmonisation progressive de leur législation et de leurs pratiques avec les politiques de l'UE. Cette harmonisation peut contribuer de manière significative à la réalisation de **Santé 2020**. La déclaration conjointe de la Commission européenne et de l'OMS, qui comprend six « feuilles de route » pour une collaboration accrue, est une étape importante du renforcement de leur partenariat en vue d'améliorer l'information en matière de santé, la sécurité sanitaire et le financement de la santé, ainsi que de la réduction des inégalités en matière de santé, de la conduite de recherches en matière de santé et de l'amélioration de la collaboration dans les pays. Certaines initiatives de la Commission européenne, comme le partenariat européen d'innovation pilote pour un vieillissement actif (283) offriront également des occasions de collaborer.

527. Les liens tissés avec des formes nouvelles et évolutives de partenariats pour la santé qui sont actives à divers niveaux de gouvernance dans la Région apporteront également un soutien important. Les mécanismes innovateurs de coopération tels que la Communauté économique eurasiatique, le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et la Dimension septentrionale ; les réseaux de la Région européenne de l'OMS Villes-santé et Régions-santé ; les réseaux sous-régionaux au sein de la Communauté des États indépendants et les réseaux OMS regroupant des lieux où l'on promeut la santé (des écoles, lieux de travail, hôpitaux, prisons, etc. de toute la Région) y contribuent d'une manière significative.

528. Les institutions universitaires et professionnelles, notamment les organisations professionnelles médicales et liées aux soins de santé, les centres collaborateurs de l'OMS et les réseaux de santé publique aux niveaux régional et national constituent également d'importants partenaires potentiels.

529. Il est important de rechercher des moyens appropriés et éthiques de collaboration avec le secteur privé, y compris l'industrie pharmaceutique, compte tenu, en particulier, de son rôle toujours plus important dans la Région européenne. Les attitudes à l'égard du secteur privé varient d'un pays à l'autre et dans chaque pays. Cependant, les entreprises (locales ou multinationales) sont de plus en plus impliquées dans chacun des aspects de l'existence humaine. Elles sont présentes dans toutes les communautés, à tous les niveaux, et leurs connaissances et leur compréhension des populations locales constituent une ressource souvent inexploitée de même qu'un atout qui, utilisé convenablement, peut contribuer de manière notable à la santé et au bien-être. Nombre de petites et de grandes entreprises sont des bailleurs de fonds essentiels pour les activités au niveau des communautés, et cette situation offre un réel potentiel de développement. Il est certain, cependant, que leur influence peut favoriser la santé comme y porter préjudice.

530. Dans l'article 44 de sa déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (284), l'Assemblée générale des Nations Unies appelle le secteur privé à accroître sa contribution à la prévention et à la maîtrise de ces maladies, et définit cinq grandes priorités qui concernent notamment la mise en œuvre des recommandations de l'OMS tendant à

réduire les effets du marketing pour les aliments destinés aux enfants ; la modification de la formule des produits alimentaires de façon à offrir des options plus saines (y compris la réduction de la teneur en sel) ; la promotion de la santé chez les travailleurs ; et l'amélioration des efforts tendant à rendre les médicaments et technologies essentiels plus accessibles et plus abordables.

531. La création et le maintien de partenariats pour la santé impliquent de nouvelles façons de penser à leur forme organisationnelle, à leur structure et à leur fonctionnement. Les relations sont fondamentales et exigeront des échanges ouverts, transparents et respectueux entre les partenaires. Des structures en réseau sont susceptibles d'être plus adaptées que les formes bureaucratiques traditionnelles. Les méthodes employées concernant la prise de décision, l'affectation des ressources et la responsabilisation doivent bénéficier d'une grande visibilité et chacun doit pouvoir les étudier et les influencer.

Instauration d'une responsabilité pansociétale et pangouvernementale pour l'action sanitaire

Les capacités de gouvernance pour la santé : approche pansociétale, approche pangouvernementale et santé dans toutes les politiques – l'angle de vue de la gouvernance

532. Les responsabilités pansociétales et pangouvernementales en matière de santé seront déterminées par un engagement politique fort, une administration publique éclairée et le soutien de la société. Pour que ces responsabilités aient un sens et fonctionnent, il est nécessaire de disposer de structures de gouvernance intersectorielles concrètes qui puissent faciliter l'adoption des mesures requises, dans le but d'inclure, le cas échéant, la santé dans toutes les politiques, les secteurs et les contextes. Ces structures de gouvernance intersectorielles relèvent dans une même mesure des pouvoirs publics, des parlements, des administrations, de la population, des parties prenantes et du secteur privé.

533. L'objectif d'une approche pansociétale est d'étendre la perspective pangouvernementale en mettant l'accent sur le rôle du secteur privé et de la société civile ainsi que d'un large éventail de responsables politiques, tels que les parlementaires. Les réseaux de politiques qui ont vu le jour au sein des pouvoirs publics s'élargissent de plus en plus jusqu'à englober d'autres acteurs sociaux. L'approche pansociétale implique des capacités supplémentaires pour la communication et la collaboration dans des contextes complexes et interconnectés, et met en lumière le rôle des médias et des nouvelles formes de communication. Chaque partie doit investir des ressources et des compétences. En mobilisant le secteur privé, la société civile, les communautés et les individus, l'approche pansociétale renforce la résilience des communautés face aux menaces pour leur santé, leur sécurité et leur bien-être. Comme le déclare Paquet (285), « la coopération est le nouvel impératif. » L'approche pansociétale dépasse le cadre des institutions : elle influence et mobilise la culture et les médias aux niveaux local et mondial, les communautés rurales et urbaines ainsi que tous les secteurs stratégiques concernés, notamment l'enseignement, les transports, l'environnement et même l'urbanisme, comme on peut le constater dans le cas de l'obésité et du système alimentaire mondial. Les approches pansociétales sont des formes de gouvernance collaborative qui font ressortir l'importance de la coordination par des valeurs normatives et l'instauration de la confiance entre les différents acteurs de la société. Ces approches impliquent généralement des instruments d'orientation moins prescriptifs, moins attachés à une démarche uniforme, moins centralisés et moins hiérarchisés. Les buts et cibles communs, tels que ceux de l'initiative *Healthy people 2020* aux États-Unis (286), constituent un bon point de départ. De nombreuses politiques de l'Union

européenne s'appuient sur une base semblable, compte tenu de la large consultation qui les précède, généralement étendue à toutes les parties intéressées, dans le secteur public comme dans le secteur privé, bien qu'avec un niveau d'influence différent.

534. Cela étant, les pouvoirs publics doivent continuer d'être les derniers garants et les défenseurs de la protection et de la promotion de la santé et du bien-être des populations qu'ils servent et des sociétés dont ils sont le reflet. À tous les niveaux de la société, l'engagement politique est absolument déterminant pour mettre l'accent sur la responsabilité et la responsabilisation au regard de l'amélioration de la santé et du bien-être. Ainsi, afin de mettre en œuvre la gouvernance pour la santé et l'équité en santé, les pouvoirs publics devront renforcer la cohérence des politiques, des investissements, des services et des actions de l'ensemble des secteurs et parties prenantes. Des politiques synergiques doivent être adoptées, dont beaucoup relèvent d'autres secteurs que celui de la santé et sont soutenues par des structures et des mécanismes qui encouragent et rendent possible la collaboration. De nombreux déterminants de la santé et de l'équité en matière de santé – améliorer les performances scolaires, favoriser l'intégration et la cohésion sociales, réduire la pauvreté et améliorer la résilience et le bien-être des collectivités – sont des priorités partagées avec d'autres secteurs. Ces objectifs constituent un point de convergence pour les interventions à mener dans l'ensemble des secteurs qui auront des conséquences bénéfiques sur la santé et l'équité en santé (287). De toute évidence, l'évaluation de l'impact sanitaire a un rôle à jouer pour regrouper les résultats des politiques sanitaires et des autres politiques dans un cadre d'analyse commun.

535. L'instauration d'une gouvernance pangouvernementale pour la santé est une entreprise difficile et ambitieuse. Un simple mandat est plus qu'insuffisant (288). En outre, les éléments à l'appui d'une gouvernance intersectorielle sont souvent rares, partiels, peu probants et anecdotiques. Toutefois, des progrès sont possibles, comme on a pu le constater dans les domaines de la durabilité et du développement. L'un des principaux domaines d'action est celui de l'élaboration d'instruments et de mécanismes nouveaux ou renforcés qui garantissent l'équité des opinions et des points de vue dans les processus décisionnels. Une gouvernance pour la santé efficace a recours à des modèles de travail en collaboration pour augmenter le flux de ressources ; améliorer la répartition des déterminants qui compromettent les chances d'être en bonne santé ; corriger les tendances actuelles et limiter l'ampleur du manque d'équité en santé ; et réduire le risque et les conséquences de la maladie et de la mortalité prématurée dans l'ensemble de la population.

536. Les conclusions du Groupe de travail sur la gouvernance et les mécanismes de prestation (*Task Group on Governance and Delivery Mechanisms*) (289), l'un des groupes de travail impliqués dans l'étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire, montrent que les interventions visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé et à lutter contre les inégalités en matière de santé exigent généralement une amélioration des systèmes de gouvernance et de prestation. Ces systèmes devront fonctionner à tous les niveaux de gouvernance, à la fois pansociétal et pangouvernemental, et offrir un cadre d'action sanitaire national, mais aussi local. Le groupe de travail a recensé plusieurs raisons principales qui expliquent que la gouvernance et les systèmes de prestation ne parviennent pas à agir sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en matière de santé qui leur sont associées. Ces raisons sont les suivantes :

- l'incapacité à conceptualiser l'intégralité de l'enchaînement de causalité qui aboutit au résultat recherché, à savoir la réduction des inégalités en matière de santé, et à prendre les mesures appropriées (échec de conceptualisation) ;
- l'incapacité à mettre en place une chaîne de prestation efficace et des mesures d'incitation ainsi que des mécanismes structurels capables de produire de meilleurs résultats en

termes de déterminants sociaux de la santé et d'inégalités sociales (échec de la chaîne de prestation) ;

- l'incapacité à élaborer une stratégie de contrôle portant sur l'ensemble du processus de prestation (échec de la stratégie de contrôle des pouvoirs publics).

537. Cette dernière raison est souvent liée à une capacité réduite de recenser et de corriger rapidement de nombreuses imperfections, par exemple des insuffisances d'ordre organisationnel, financier et législatif, entre autres causes de résultats insatisfaisants.

538. Ainsi, les États membres peuvent envisager plusieurs préconditions et mesures nécessaires pour apporter les changements voulus et améliorer les performances de leur gouvernance. Une analyse d'études consacrées aux progrès accomplis dans ce domaine met en lumière d'importants enseignements et des possibilités de réduire les insuffisances évoquées plus haut (289). Aujourd'hui, comme les pays adoptent davantage une approche pansociétale et pangouvernementale pour prendre des mesures visant à réduire les inégalités en matière de santé, ils ont à leur disposition plusieurs pratiques et outils innovants qu'ils peuvent adapter à leur propre contexte, au niveau national et sous-national.

539. Les grandes innovations suivantes peuvent être particulièrement importantes.

- *Structures gouvernementales.* Lors d'une réunion du gouvernement, les ministres peuvent formuler des politiques communes sous l'égide du chef du gouvernement ou en collaborant avec plusieurs ministères. Des sous-comités chargés d'examiner les questions sanitaires dans le cadre d'une approche pangouvernementale peuvent être créés au sein du gouvernement, avec des mécanismes favorisant une meilleure compréhension des solutions. On peut recourir à des structures institutionnelles, telles que des services chargés de la politique sanitaire disposant d'effectifs communs et intégrés dans le bureau du premier ministre, ou des comités mixtes ou encore des groupes de travail. Des commissions interministérielles peuvent favoriser la communication d'informations factuelles ainsi que l'élaboration et la coordination de politiques. Afin que les questions de la santé et du développement continuent d'être traitées et conservent leur importance, une petite unité réunissant des ressources spécialisées pourra être mise en place et circuler librement d'une communauté ou d'un secteur à l'autre, en instaurant et en favorisant un dialogue régulier et des occasions de discussion. L'octroi d'un mandat juridique témoigne d'un soutien de haut niveau à l'action sur les déterminants sociaux de la santé.
- *Super-ministères et regroupements de ministères.* Ces entités ont été créées afin d'essayer d'améliorer l'efficacité et la cohérence des tâches politiques et administratives au sein des gouvernements. Si l'argument en faveur de tels changements peut sembler évident, l'amélioration de la cohérence intersectorielle n'est pas prouvée.
- *Ministres de la Santé publique.* Ces ministres peuvent avoir officiellement un mandat intersectoriel pour appuyer l'action pangouvernementale en matière de santé. Ils peuvent être aidés d'un comité directeur national de haut niveau composé de représentants des principales autorités et institutions nationales, régionales et locales.
- *Contacts interministériels et alliances stratégiques.* Ces contacts et alliances rapprochent des domaines qui, sinon, sont séparés, voire isolés au plus haut niveau du processus décisionnel. Il existe différentes approches pour assurer la cohérence des politiques au niveau du gouvernement. De telles alliances interministérielles englobant différents secteurs stratégiques peuvent être encouragées grâce à un certain nombre de mécanismes qui se renforcent mutuellement et qui responsabilisent ces secteurs. L'une des approches consiste, pour les ministres d'un gouvernement, à élaborer ensemble une politique, chacun étant chargé d'un certain nombre de cibles et harmonisant les sous-cibles avec celles de ses pairs afin d'éviter toute incompatibilité entre les buts stratégiques. Pour établir des contacts interministériels, il est également possible de demander au ministère

des Finances de définir des politiques-cadres pour chaque ministère. Ce type de mécanisme visant à fixer des cibles et des buts communs, appuyé par des déclarations de responsabilité collective, s'avère efficace à cet égard, notamment lorsqu'il est compris comme un moyen, pour les organisations, de partager les risques et de se responsabiliser les unes les autres (290).

- *Mise en commun et mutualisation des budgets.* Les difficultés économiques auxquelles les gouvernements sont actuellement confrontés dans toute la Région européenne peuvent contraindre les secteurs stratégiques à travailler différemment et en insistant davantage sur la coopération ; ce faisant, ils mettent en œuvre les approches « pangouvernementale » et « pansociétale » qui leur permettent de traiter les problèmes liés aux inégalités en matière de santé et à leurs déterminants sociaux. Les pays ont déjà recours à plusieurs nouveaux mécanismes qui peuvent contribuer à instaurer et entretenir des alliances stratégiques entre les secteurs. La mise en commun et la mutualisation des budgets entre les secteurs stratégiques peuvent encourager la mise au point de nouvelles méthodes comptables et la création de nouveaux fonds. On en trouve des exemples en Australie-Méridionale et désormais également en Europe, principalement au niveau sous-national (291). Ces mécanismes peuvent prévoir des mesures d'incitation financière et des systèmes de gratification qui encouragent l'intégration verticale et horizontale nécessaire pour réduire les inégalités en matière de santé. Dans certains cas, ils peuvent également instaurer une mise en commun et une rotation des ressources, notamment humaines, d'un secteur à l'autre, ce qui permet de renforcer la collaboration et la confiance entre ces secteurs (292).
- *Évaluation conjointe des politiques et des interventions.* Ces outils sont de plus en plus utilisés dans le cadre des approches pangouvernementales pour promouvoir l'action et la coopération intersectorielles. Ainsi, certains pays de la Région engagés dans des plans d'action visant à améliorer la santé de la population rom ont recours à des évaluations conjointes des politiques, et celles-ci ont été recommandées en particulier dans les quatre grands domaines stratégiques que sont l'enseignement, le logement, l'emploi et la santé (293).
- *Bases factuelles.* Les bases factuelles aident à comprendre les faits, les chiffres, les analyses et les interprétations. Elles constituent une assise commune pour le dialogue et l'évaluation des politiques, des programmes et des projets conjoints, dans le but d'un apprentissage en commun et d'un ajustement multilatéral des politiques au fur et à mesure de leur élaboration et de leur mise en œuvre, ainsi que d'un maintien de l'engagement et de la durabilité (288).
- *Sensibilisation.* Les pouvoirs publics doivent s'engager dans un processus de sensibilisation pour inciter la participation des citoyens, des patients et des acteurs de la société, voire du secteur privé, le cas échéant. Les consultations publiques, les conférences nationales sur la santé et les plateformes thématiques ont servi à cette fin. De telles activités de sensibilisation peuvent porter sur la législation, les réglementations et les politiques des pouvoirs publics qui visent à modifier favorablement certaines dispositions relatives à la santé, comme celles relatives à la fiscalité, au marketing et à la publicité. Elles ne visent pas seulement à susciter l'adhésion à des changements d'ordre juridique, mais aussi à promouvoir une évolution des attitudes, de la culture et de l'environnement social et physique.

Incidence des politiques sur le bon usage des structures de gouvernance intersectorielle

540. La littérature et les cas sur lesquels s'appuie la recherche donnent des indications quant au caractère non mécanique des structures de gouvernance intersectorielle. Il ne s'agit pas

d'outils pouvant être utilisés quels que soient le contexte ou les circonstances observées à un moment donné. Leur utilisation efficace et l'obtention des résultats recherchés dépendent de plusieurs facteurs.

- *La volonté politique.* Dans la mesure où les ministères doivent en avoir l'initiative ou que leurs représentants doivent y assister, les mécanismes tels que les contacts interministériels, les commissions gouvernementales et les commissions parlementaires nécessitent par nature une volonté politique. Ces structures de gouvernance ne sauraient exister sans une détermination et un engagement politiques solides. En ce qui concerne les structures bureaucratiques, telles que les services et commissions interministérielles, la volonté politique n'est pas fondamentalement indispensable, mais l'existence d'un appui ou d'un intérêt des politiques (qui peuvent demander la tenue régulière de séances d'information ministérielles) augmente leurs chances de demeurer actives et de conserver leur utilité.
- *L'importance politique des problèmes sanitaires recensés.* Cet aspect est primordial au regard du choix d'un mécanisme de gouvernance, notamment si ce dernier exige une volonté politique. Les éléments d'appréciation en la matière sont fournis par les commissions gouvernementales et parlementaires, car elles sont avant tout créées pour donner suite à des questions politiques importantes, qui nécessitent des mesures largement soutenues.
- *L'urgence du problème.* Une budgétisation commune et la participation du secteur privé sont des solutions intéressantes pour remédier aux problèmes urgents. Bien que la viabilité à long terme représente une difficulté pour la budgétisation commune, ces solutions sont fréquemment choisies dans le cas de projets à court terme. Des liens avec le secteur privé s'établissent en général autour d'un problème sanitaire précis et peuvent donc se développer rapidement. Les commissions parlementaires demandent habituellement une réaction du gouvernement à leurs conclusions dans un délai limité, ce qui laisse à penser qu'elles proposent des solutions à court ou moyen terme. En revanche, les commissions gouvernementales proposent des solutions à plus long terme impliquant différents secteurs et, en fonction de la nature de la politique ou de la décision en matière d'investissement, ces solutions peuvent se prolonger après la fin du mandat du gouvernement.
- *Le leadership.* La mise en place de commissions gouvernementales exige que le bureau du premier ministre ou le premier fonctionnaire de l'État donne une impulsion vigoureuse pour définir leur structure et leur mandat et expliquer ce qui justifie l'examen de tout un ensemble d'options politiques portant sur différents ministères. De même, les regroupements de ministères et les super-ministères nécessitent un leadership efficace et un ministre doté d'une certaine autorité pour piloter les changements. Les regroupements conçus pour mettre en œuvre une stratégie politique facilement identifiable appuyée par un leadership lui aussi identifiable (qu'il soit exercé par un organe ou une personne) ont plus de chances d'être efficaces. Le leadership est considéré comme la composante la plus importante sous l'angle de la participation des parties prenantes, notamment lorsqu'il s'agit de réussir à gérer des tensions et de jouer un rôle de médiateur en cas de conflits au sein du réseau, afin de permettre la poursuite des échanges et de la collaboration entre des intérêts divergents. Il convient d'accorder une attention particulière aux déséquilibres qui peuvent exister entre les pouvoirs des différentes parties prenantes, de façon à déterminer quelles personnes sont le plus à même de conduire le processus de participation. Les déséquilibres en termes de pouvoir et de ressources peuvent tout à fait faire échouer la participation de parties prenantes. Enfin, il ne sera possible de nouer un dialogue efficace avec celles-ci que si l'on dispose de structures de gouvernance clairement définies et gérées sur la base de rôles et de responsabilités bien délimités.
- *Le contexte.* Le contexte au sens large dans lequel la structure de gouvernance est mise en place doit être pris en compte. Les exemples de contextes évoqués dans les études de

cas (288) reflètent la possibilité de faire converger les intérêts. Le contexte ne désigne pas uniquement ici le paysage politique, mais aussi la situation. Il implique de faire ressortir les événements, les images politiques et les chocs internes et externes qui se produisent à un moment déterminé et qui offrent une occasion de mettre en place la structure de gouvernance intersectorielle et son action.

- *Les ressources.* Les ressources sont une des conditions de l'efficacité des structures de gouvernance. Bien que ces ressources soient sans conteste liées à certains des autres facteurs (tels que les modalités d'application), la question de l'existence de fonds destinés à la mise en œuvre et à l'encadrement des activités des structures de gouvernance intersectorielle est un aspect que l'on ne peut ignorer lorsqu'on examine la faisabilité de ces activités et leur capacité d'atteindre leurs objectifs. Les regroupements et les super-ministères induisent des coûts non négligeables et les bénéfices sont incertains. En substance, réorganiser un système coûte cher. Une autre possibilité consiste à promouvoir la budgétisation commune en présentant des arguments économiques en faveur de mesures dans ce sens, les ministères pouvant alors parfois fournir des informations plus détaillées sur les coûts et les avantages liés aux programmes communs pour chaque secteur participant, de façon à justifier et à encourager la gouvernance intersectorielle.
- *Les modalités de mise en œuvre.* De nombreuses questions pratiques doivent être examinées lors de la mise en œuvre d'une structure de gouvernance. Ainsi, il est nécessaire que les activités des commissions interministérielles soient liées à celles d'autres ministères (le fait de mettre en copie d'autres ministères lors de l'envoi d'un courrier en est un exemple), afin de renforcer les liens entre ces ministères. Les services interministériels doivent être un allié fiable au moins pour certains intérêts dans les secteurs concernés. La combinaison de services et de commissions dans le contexte d'un mécanisme politique tel qu'une commission ministérielle devrait être un mécanisme puissant et efficace. Les regroupements et les super-ministères fonctionnent mieux lorsque les services regroupés ne sont pas trop différents sur le plan organisationnel et lorsqu'un petit service fusionne avec un plus grand et, par la même occasion, se soumet aux orientations stratégiques de ce dernier. L'appui d'une équipe efficace de fonctionnaires au sein des administrations concernées, notamment d'un secrétariat ministériel compétent, est indispensable au bon fonctionnement d'une commission ministérielle permanente, grâce à sa capacité à faciliter les échanges concernant certaines questions intéressant plusieurs ministères.

Les capacités d'action sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire – l'angle de vue de l'équité

541. Il est impossible d'atténuer les inégalités en matière de santé sans s'attaquer aux inégalités sur le plan des causes de mauvaise santé, à savoir les divisions sociales, l'exposition inégale aux facteurs nocifs et les différences de niveau de résilience. De nouveaux systèmes de gouvernance et de prestation intervenant à tous les niveaux sont également nécessaires. Les pays peuvent adopter des approches visant à instaurer l'équité en matière de santé dans toutes les politiques, qui pourront inspirer les futures mesures de prise en compte des déterminants sociaux de la santé et de réduction des inégalités en santé.

542. L'amélioration de la santé et l'équité en matière de santé impliquent une collaboration, à plusieurs niveaux et entre différents systèmes et secteurs, qui permettent d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de réduire les inégalités. La mise en place de nombreuses structures de gouvernance parallèles est nécessaire. Dans la deuxième partie de **Santé 2020**, nous avons évoqué l'importance de la gouvernance par la collaboration et grâce au couplage de la réglementation, de la persuasion et de l'engagement des citoyens, ainsi que la modernisation et le renforcement des systèmes de santé. Le Groupe de travail sur la gouvernance et les

mécanismes de prestation (*Task Group on Governance and Delivery Mechanisms*) (289) formule plusieurs recommandations précises pour renforcer la capacité des pays à mettre en œuvre des mesures concernant les déterminants sociaux de la santé et pour envisager l'élaboration des politiques sous l'angle de l'équité en matière de santé.

543. Parmi ces recommandations, celles qui suivent semblent particulièrement importantes, quels que soient la structure des systèmes de santé et les niveaux de centralisation ou de décentralisation du processus d'élaboration des politiques dans un pays. L'une des conditions essentielles à la mise en œuvre est la capacité des pays à prendre des mesures pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire. D'une manière générale, plusieurs conditions doivent être respectées (294) :

- existence de données pertinentes sur l'ampleur et les caractéristiques des inégalités en matière de santé, leurs variations au niveau national et sous-national, et leurs principaux déterminants ;
- existence ou définition claire d'objectifs et de cibles axés sur l'équité qui soient directement liés aux politiques, aux mesures et aux ressources financières nécessaires à la mise en œuvre ;
- évaluation objective des possibilités et des contraintes, en accordant une attention particulière aux politiques externes délétères susceptibles de créer ou d'aggraver des inégalités en matière de santé ;
- capacités de gestion suffisantes pour la mise en œuvre, notamment mécanismes efficaces et permettant la prise en compte de l'équité en matière de santé dans toutes les politiques, collaboration intersectorielle, coordination et cohérence des mesures aux niveaux national et sous-national ;
- création de mécanismes adéquats de responsabilisation : par exemple, les commissions parlementaires peuvent jouer un rôle important en plaidant la cause de la gouvernance intersectorielle pour la santé.

544. Les systèmes pour la mise en œuvre de mesures visant à venir lutter contre les inégalités en matière de santé doivent présenter entre autres les caractéristiques suivantes :

- une « chaîne de mise en œuvre » bien définie pour les interventions convenues ;
- des responsabilités bien établies pour chaque programme et une gestion intersectorielle active des programmes ;
- des moyens d'action et des mesures d'incitation pour que les systèmes de santé et les autres systèmes parviennent à réduire les inégalités en matière de santé ;
- un système de gestion des performances reposant sur des indicateurs clairement définis, qui soit capable de mobiliser énergiquement tous les secteurs et de leur donner des orientations ;
- des activités de recherche et d'évaluation des résultats des programmes ;
- un financement durable et des formations à l'intention des professionnels et des ;
- un appui politique et des responsabilités statutaires pour les nouveaux rôles des citoyens amenés à s'approprier des programmes efficaces et à gérer leur mise en œuvre ;
- une grande visibilité publique et un engagement citoyen de l'État et des autres secteurs ;
- des rapports annuels, un soutien au développement et un contrôle par le public des inégalités en matière de santé ;
- des résultats à tous les niveaux de gouvernance, mais tout particulièrement au niveau des districts et des municipalités.

545. L'équité en santé dans toutes les politiques vise à faire en sorte que les processus décisionnels publics prennent en compte l'impact distributionnel de ce type de décision sur la santé de la population et rendent des comptes sur ce point. Les mécanismes de responsabilisation destinés à garantir l'équité en santé dans toutes les politiques doivent être mis en œuvre. En ce sens, la responsabilisation implique que des dispositions aient été prises pour que les parties prenantes et les autorités de régulation demandent des comptes à ceux qui ont été investis de responsabilités. Les cadres permettant de demander des comptes aux organismes chargés d'agir sur les déterminants sociaux de la santé devraient être mis en adéquation avec les recommandations visant à réduire les inégalités en matière de santé (290).

546. Il est reconnu que les pays connaissent des situations très différentes en termes de santé, d'équité en santé et de développement socioéconomique. Pourtant, des stratégies claires doivent être élaborées pour corriger les tendances actuelles et limiter l'ampleur des inégalités en matière de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Si cette approche risque de limiter les objectifs réalisables à court terme et le délai imparti pour s'employer à résoudre certains problèmes, elle ne devrait pas avoir d'incidence sur les perspectives à long terme de la stratégie.

547. Malheureusement, les mécanismes de responsabilisation sur le plan de la surveillance et du traitement des inégalités en matière de santé accusent toujours un retard en Europe. D'après les conclusions d'un rapport sur la gouvernance pour l'équité et les déterminants sociaux de la santé (287), les instruments contraignants tels que les lois et réglementations, associés à des mécanismes plus souples tels que les évaluations conjointes, offrent les meilleures chances de soutenir la mise en œuvre intersectorielle de politiques d'action sur les déterminants sociaux de la santé. Ce rapport met l'accent sur plusieurs pratiques prometteuses concernant la responsabilisation au regard de l'équité en santé. La loi de santé publique de 2011 en Norvège est un bon exemple d'utilisation des lois pour inciter d'autres secteurs à examiner les effets de leurs actions sur la santé et l'équité, et de les prendre en compte lors de la planification, de la mise en œuvre et de l'examen des politiques et services aux niveaux national et local. Toutefois, ces mécanismes sont souvent le plus efficaces lorsqu'ils sont étayés par d'autres instruments qui responsabilisent d'autres secteurs et encouragent l'action conjointe. La nature et le dosage des mesures qui servent à rendre les secteurs responsables de leurs effets sur la santé et les déterminants de l'équité en santé dépendent des normes et systèmes de gouvernance en vigueur.

Soutien à l'évaluation et au renforcement de la capacité globale de gouvernance pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire

548. La plupart des pays affirment que l'équité et la justice sont des valeurs fondamentales qui orientent leurs décisions, mais bien souvent, l'impact sur la santé et l'équité des politiques publiques et des processus et mécanismes qui sont à la base des décisions en matière de politiques et d'investissements ne fait pas l'objet d'une attention particulière et suffisante. Il faut renforcer la cohérence de l'action entre les différents secteurs et parties prenantes de façon à augmenter les ressources disponibles pour corriger les tendances actuelles et limiter l'ampleur des inégalités en matière de santé. Il en résultera une meilleure répartition des déterminants, une plus grande équité en santé et un nivellement par le haut du gradient. Des modèles de travail fondés sur la collaboration, qui soient capables de maintenir ces ressources renforcées, sont nécessaires à cet effet.

549. L'action sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sociale nécessite un véritable engagement politique, des systèmes de santé efficaces et axés sur l'équité, des programmes et infrastructures de santé publique solides et une cohérence entre les politiques publiques. Les pays ont besoin d'institutions qui fonctionnent bien et qui soient capables d'appuyer l'élaboration des politiques dans l'ensemble des secteurs, y compris celui de la santé.

Une capacité de gouvernance est nécessaire pour gérer l'apport des acteurs concernés dans les ministères, les universités et les instituts de recherche, les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile. Plusieurs pays ont déjà demandé de l'aide pour augmenter leur capacité globale dans ce domaine (295). En termes opérationnels, cette aide est destinée (296) :

- à analyser la situation actuelle en matière de gouvernance dans le pays, afin de pouvoir agir sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en matière de santé ;
- à parvenir à un accord sur les mesures à prendre à court et moyen terme pour renforcer les performances actuelles de la gouvernance ;
- à définir et entreprendre des actions spécifiques grâce à des initiatives nationales et sous-nationales et, si nécessaire, à la coopération internationale pour renforcer les capacités des pays ;
- à veiller à ce que ces actions soient régulièrement et systématiquement réexaminées.

550. Dans tous les cas, le but est d'acquérir des connaissances et de renforcer l'ensemble de données disponibles pour apporter des réponses efficaces, en termes de politique et de gouvernance, qui puissent assurer la pérennité des mesures visant à améliorer l'équité en santé dans le temps. Certes, on fait de plus en plus appel aux sciences sociales et comportementales au sens large pour améliorer certaines interventions menées avec différents groupes de population, mais ces sciences permettent également de mieux traiter en amont des questions telles que l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Par exemple, le fait de mettre davantage l'accent sur les aspects comportementaux peut inspirer et faciliter les méthodes de promotion et d'élaboration des politiques, ainsi que l'analyse et la planification stratégiques qui leur sont associées. Il est extrêmement important d'intégrer l'équité dans les structures administratives locales, notamment au niveau de la gouvernance urbaine et locale, et d'imaginer des solutions locales pour venir à bout des mécanismes qui, de longue date, ont déterminé le manque d'équité en matière de santé.

551. Afin de faciliter la gouvernance pour la santé, il convient de trouver de meilleures façons de mesurer la santé et le bien-être, en tenant compte à la fois des données objectives et subjectives et en élaborant les politiques sous l'angle de l'équité et de la durabilité. Parmi les avancées concrètes figurent l'adoption de nouvelles techniques de mesure et de nouveaux modes de communication d'informations sur la santé publique fondés sur les technologies modernes, afin de favoriser le débat sur la responsabilité des politiques, des professionnels et du public et d'encourager ceux-ci à rendre des comptes. Par ailleurs, il est nécessaire de recueillir de façon méthodique des données probantes solides sur l'incidence de très nombreuses politiques sur la santé et sur l'incidence de la santé sur les autres politiques.

552. La mise au point de cibles axées sur l'équité au niveau national devrait être entreprise dans le cadre d'un processus politique mobilisant tous les acteurs concernés. Toutefois, cette démarche elle-même exige l'élaboration d'un cadre de suivi, avec des indicateurs fondés sur des données appropriées. Il s'agit notamment de suivre la répartition sociale des expositions (facteurs de risque), des résultats et des réponses des systèmes de santé, ainsi que l'impact des interventions auprès de la population.

Nouvelles demandes d'aide technique de la part des pays et réponse de l'OMS à ces demandes

553. Les pays passent par différentes voies pour agir sur les inégalités en matière de santé et leurs déterminants sociaux. Ces voies dépendent de leur niveau de développement, de leur structure d'élaboration des politiques sanitaires, de leur niveau de centralisation ou de

décentralisation de la gestion des systèmes de santé, y compris de l'infrastructure et des interventions de santé publique, et d'autres facteurs liés au contexte national. Néanmoins, les actions menées par les pays dans ce domaine doivent reposer sur une approche axée sur les déterminants sociaux. Les demandes d'aide technique adressées à l'OMS par les pays pour renforcer leur capacité à agir sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en matière de santé qui les accompagnent n'ont pas cessé d'augmenter ces dix dernières années (297). Ces demandes risquent d'augmenter encore avec l'adoption de **Santé 2020**. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe va donc devoir faire face à une multiplication et à une diversification des demandes d'aide technique.

- *Aide à l'intégration des objectifs en matière d'équité en santé dans les stratégies de développement des pays.* Certains États membres demandent déjà une aide technique pour intégrer les objectifs d'équité en santé dans leurs politiques sociales et économiques et leurs programmes de développement économique, qu'ils existent déjà ou que leur élaboration soit planifiée (273).
- *Aide à l'adoption d'une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé aux fins de l'augmentation des performances des programmes portant sur certaines maladies.* Les pays prennent de plus en plus conscience que de nombreux programmes portant sur des maladies particulières doivent non seulement prendre en compte les facteurs en aval, mais aussi en amont pour une meilleure prévention et de meilleures performances (297–299).
- *Aide concernant les stratégies ciblant certains groupes.* Ces stratégies concernent d'importants groupes de population tels que les enfants, les personnes âgées, les groupes marginalisés et les personnes très exposées au risque d'exclusion sociale et de problèmes de santé. Elles doivent en général être combinées à des approches fondées sur les déterminants sociaux de la santé.
- *Aide à l'adoption d'approches en matière d'apprentissage interdisciplinaire et d'une nouvelle réflexion.* Les pays souhaitent trouver les moyens d'exploiter et d'expérimenter les connaissances provenant de l'ensemble des sciences sociales et comportementales et de les mettre en pratique, notamment les enseignements pouvant être tirés de domaines tels que le marketing social stratégique, l'économie comportementale et les neurosciences.
- *Aide à l'intégration d'approches fondées sur l'équité entre les sexes et les droits de l'homme dans les stratégies de développement du pays et les politiques et programmes nationaux.* Bien que les objectifs d'équité en santé doivent être associés aux droits liés à l'un et l'autre sexe et aux droits humains, l'expérience montre que des efforts particuliers doivent être déployés sur le plan du renforcement des capacités pour traiter ces questions. Les États membres demandent des mécanismes permettant une surveillance et une responsabilisation en matière de droits humains, ainsi qu'une intégration des questions sexospécifiques dans les activités (par exemple, l'analyse, la budgétisation, la formation et l'évaluation de l'impact en fonction du sexe). Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'emploie à mettre au point une stratégie d'ensemble pour traiter ces questions transsectorielles.

Renforcement des capacités en vue d'améliorer les performances des politiques et de la gouvernance en termes d'action sur les déterminants sociaux de la santé et le manque d'équité en santé

554. Le futur renforcement des capacités demandé par les États membres doit être axé sur la résolution des problèmes et sur le développement de l'expertise si l'on veut agir sur le domaine complexe des déterminants sociaux de la santé et réduire la fracture sanitaire dans et entre les pays. Il convient à cet effet d'encourager les partenariats entre les pays et les institutions

européennes et internationales, à développer l'expertise permettant de venir à bout des problèmes courants et à améliorer la pratique. Ces initiatives de renforcement des capacités devront prévoir :

- l'organisation d'échanges structurés entre les pays pour l'apprentissage, afin de relever des défis communs, de faire en sorte que ces apprentissages débouchent sur un enrichissement bilatéral et d'améliorer les politiques nationales et locales ;
- le recours aux « *sources ouvertes* » afin d'être en mesure d'appliquer plus vite les solutions de gouvernance grâce à des échanges sur les politiques entre plusieurs pays et au niveau régional, des ateliers et des communautés d'apprentissage via Internet ;
- la mise en évidence de nouveaux problèmes qui influencent les performances dans le domaine de l'action sur les déterminants sociaux de la santé, et la production des réactions les plus prometteuses grâce à une simulation des politiques, à des tables rondes sur les partenariats et à des consortiums de bases factuelles.

Suivi, évaluation et définition de priorités pour la recherche en santé publique

555. Toutes les politiques et interventions visant à améliorer la santé nécessitent une solide base de connaissances, et la mise en œuvre de **Santé 2020** exigera l'amélioration des bases factuelles utilisées aux fins de l'action sanitaire. Les responsables politiques ont besoin d'informations fiables et actualisées sur la situation en matière de santé et de bien-être, ainsi que sur les besoins sanitaires et sur les objectifs et les résultats des systèmes de santé. L'information sanitaire est, en fait, une ressource stratégique essentielle pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de la santé. Des informations sanitaires obtenues grâce à la recherche sont nécessaires dans le domaine des besoins en santé et du fonctionnement, de l'efficacité, de l'efficience et des résultats du système de santé. L'élaboration et l'évaluation des politiques dépendent essentiellement de l'harmonisation et de la compilation des informations sanitaires et des informations en rapport avec la santé.

556. Un développement important des systèmes et services d'information sanitaire est nécessaire dans tous les pays de la Région. Cela est vrai notamment pour les systèmes épidémiologiques, afin d'aider à l'évaluation des besoins, pour les systèmes chargés de fournir des informations sur les résultats des processus de soins, et pour les systèmes axés sur une maladie, tels que les registres de cancers.

557. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe aide les pays à procéder à des évaluations et à des améliorations technologiques, et leur fournit des informations sanitaires par les moyens suivants :

- en collaborant avec des partenaires internationaux, notamment l'UE et l'OCDE, afin d'assurer la normalisation, la comparabilité internationale et la qualité des données sanitaires ;
- en collaborant avec un réseau d'agences de santé traitant des informations sanitaires et des bases factuelles sur la santé ;
- en compilant, en interprétant et en diffusant activement les données sanitaires et les informations scientifiques, tout en facilitant leur accès.

558. Les bases de données du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe constituent en fait le principal réservoir de statistiques de santé de la Région européenne. Il s'agit d'une ressource essentielle pour les 53 pays de la Région, qui disposent ainsi de données sanitaires probantes. Il devient dès lors possible de procéder à une analyse comparative de la situation et des tendances

de la Région en matière de santé, et d'effectuer une surveillance des maladies et un suivi des tendances dans des domaines stratégiques, notamment dans celui des importants déterminants de la santé que sont l'alcool, le tabac et la nutrition. L'OMS s'emploie en outre à mettre au point un dispositif de suivi des cibles et des indicateurs de **Santé 2020**. Ces activités s'inscrivent dans les efforts déployés par l'OMS pour mettre en place un système d'information sanitaire intégré pour l'Europe en coopération avec l'UE, ainsi qu'une stratégie européenne en matière d'information sanitaire.

559. D'autres organisations concernées par la santé dans la Région (telles que l'UE et l'OCDE) proposent des bases de données sanitaires similaires s'inspirant en partie de celles de l'OMS.

560. En outre, la conduite d'activités de recherche de qualité dans le domaine sanitaire constitue, pour la société, l'un des moyens les plus utiles et les plus importants d'établir les fondements de stratégies plus efficaces en vue d'améliorer la santé et les soins de santé. La Région européenne peut d'ailleurs s'inspirer des travaux menés par un grand nombre d'éminentes institutions de recherche de par le monde, mais une analyse plus anticipative s'impose. Quelles sont les stratégies présentant le meilleur rapport coût-efficacité pour préserver la santé et garantir la viabilité du système de santé ? Quel sera l'impact des nouvelles technologies ? Quelles sont les meilleures stratégies pour veiller à la santé des personnes particulièrement âgées ? À quoi pourraient ressembler les systèmes de santé de l'avenir ? Quel sera l'impact du changement climatique ? Comment les nouvelles technologies de l'information influenceront-elles la santé ? Disposera-t-on de médecins et d'autres praticiens des soins de santé en nombre suffisant ? De quelles aptitudes et compétences auront-ils besoin ? Aura-t-on besoin de nouveaux types d'hôpitaux ? Quelles sont les possibilités en matière de soins à domicile et de proximité ? En bref, comment peut-on le mieux se préparer à un avenir incertain en matière de santé ?

La santé à la croisée des enjeux du XXI^e siècle

561. La nécessité pour les pays d'agir ensemble revêt encore plus d'importance dans un monde interdépendant. Aujourd'hui, l'éventail complexe de forces mondiales et régionales peut compromettre la santé humaine et ses déterminants, avec des effets variables. La crise économique et ses conséquences sociales montrent bien que les systèmes et les politiques sont interconnectés au niveau mondial. Si le nombre de personnes ayant la chance de jouir d'une meilleure santé n'a jamais été aussi élevé, aucun pays ne peut à lui seul exploiter toutes les possibilités d'innovation et de changement ni relever les défis pour la santé et le bien-être qui peuvent empêcher des personnes, dans certains pays et groupes sociaux, d'atteindre cet état.

562. La prospérité future de la Région européenne dépend de la volonté et de la capacité des pays à réagir face aux défis et à saisir de nouvelles occasions pour la santé et le bien-être de l'ensemble de la population actuelle et des générations futures. La politique **Santé 2020** est conçue comme une politique-cadre à la fois adaptable et concrète, qui constitue une plateforme unique pour un apprentissage collectif et un échange de compétences et d'expériences entre les pays. Chaque pays est unique et poursuivra ces objectifs communs en choisissant des voies diverses. Néanmoins, **Santé 2020** constitue un instrument permettant de réunir ces différentes approches qui ont en commun la même finalité première et reposant sur les objectifs régionaux d'évaluation fixés collectivement. L'adhésion politique à ce processus est donc absolument essentielle.

563. De nouveaux types de partenariats pour la santé apparaissent à différents niveaux de gouvernance dans la Région européenne. Les principes de la gouvernance pour la santé s'appliquent aux niveaux mondial, régional, national, sous-national et local. Des réseaux tels

que les réseaux européens Villes-santé et Régions-santé de l’OMS, de même que les réseaux OMS de promotion de la santé dans certains cadres (écoles, lieux de travail, hôpitaux et prisons), sont actifs dans toute la Région.

564. **Santé 2020** atteindra son but grâce à une combinaison d’efforts individuels et collectifs. Sa mise en œuvre efficace exigera la définition d’un but commun et une large concertation par les parties prenantes de l’ensemble de la société dans chaque pays : pouvoirs publics, organisations non gouvernementales, société civile, milieux scientifique et universitaire, professionnels de la santé, communautés – et chaque individu. Le secteur de la santé est mis au défi de s’informer sur la contribution des secteurs partenaires à l’amélioration de la santé et du bien-être, de la comprendre et de la faire mieux connaître. Il doit pour cela comprendre la mission de chacun de ces partenaires, les programmes stratégiques dont il s’est déjà doté, ainsi que sa culture. Dans le contexte de l’arrivée de nouveaux partenaires, une gouvernance éclairée doit définir clairement les responsabilités en matière d’action dans un monde où la responsabilité de la santé incombe à tous et où tous contribuent à la santé. L’un des ingrédients indispensables à la réussite de la collaboration intersectorielle est la confiance. Elle s’instaure et s’entretient en échangeant des informations et des connaissances et en faisant preuve de compétence, de bonnes intentions et de persévérance. Elle peut aussi se perdre rapidement si un partenaire fait preuve d’opportunisme.

Renforcement du rôle de l’OMS

565. Une collaboration étroite entre les États membres et l’OMS et la mobilisation d’autres partenaires sont essentielles à la réussite de **Santé 2020**. Celle-ci deviendra le cadre régional global pour le développement sanitaire et une structure sous laquelle s’élaboreront et s’imbriqueront les autres politiques, stratégies et actions régionales. Tous les engagements pris par la Région européenne de l’OMS et ses États membres doivent également être envisagés sous cet angle. Une analyse récente de ces engagements (300) montre que **Santé 2020** peut être considérée comme une reformulation de bon nombre d’entre eux, dans une approche cohérente et visionnaire, qui vient à bout de la fragmentation et facilite la mise en œuvre. Pour autant, certaines questions exigent aujourd’hui une attention particulière, par exemple la santé des personnes âgées, la prise en charge de certaines maladies non transmissibles et l’incidence de la santé et de la maladie sur l’économie. En outre, l’étude semble indiquer que les mécanismes et les principes sur lesquels repose la mise en œuvre de stratégies complexes devraient être mieux définis et renforcés. Enfin, l’étude propose que les nouvelles résolutions du Comité régional comprennent un bref aperçu des progrès accomplis dans la mise en œuvre des précédents engagements.

566. Le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe continuera d’assumer son rôle constitutionnel en tant qu’autorité assumant la direction et la coordination, au niveau de la Région européenne, des activités internationales dans le domaine de la santé. Il établira et garantira une collaboration efficace avec de nombreux partenaires et fournira une aide technique aux pays. Il devra pour cela assurer une large participation, accroître la cohérence politique en contribuant aux plateformes politiques communes, diffuser des données sanitaires, unir les forces à des fins de surveillance et appuyer la mise en place de nouvelles formes de coopération axées sur les réseaux et en ligne. Il fera office de dépositaire, dans la Région européenne, des méthodes efficaces, et collaborera avec les États membres en adoptant de nouvelles formules de stratégies de coopération avec les pays. Il poursuivra ses travaux dans les domaines où il a pour mission officielle de fixer des normes, par exemple celui des produits biologiques et pharmaceutiques. La coopération étroite entre le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, le Siège de l’OMS et les autres Régions sera d’une importance capitale.

567. Source d'expertise et d'expérience, notamment dans les domaines des soins de santé et du développement sanitaire, l'Europe est donc aussi une ressource pour d'autres parties du monde. De nombreux pays européens ont des agences bilatérales qui fournissent une expertise technique et un appui au développement. Les pays de la Région apportent leur contribution à la coopération avec les organisations internationales, tout en en bénéficiant. Cette ressource est essentielle pour soutenir les objectifs de **Santé 2020**. Le rôle de l'OMS et sa relation avec ces organisations résidera non seulement dans sa recherche de l'excellence technique, de la pratique fondée sur des bases factuelles et de la gestion en fonction des résultats, mais aussi dans son engagement à collaborer afin d'aider les États membres à réaliser pleinement leur potentiel en matière de santé.

568. Alors qu'elle contribue à l'avènement de ce monde qu'elle appelle de ses vœux, l'OMS a engagé un processus de réforme visant à améliorer les résultats en matière de santé et à accroître la cohérence de la santé mondiale. Elle doit s'imposer comme une organisation qui recherche l'excellence, l'efficacité, l'efficience, la réactivité, la transparence et la responsabilité. En substance, l'objectif est de passer d'une organisation qui fournit des produits distincts par l'intermédiaire d'une série de programmes techniques, à une organisation qui ait un impact en collaborant avec les autorités nationales, grâce aux efforts combinés et coordonnés des bureaux de pays, des bureaux régionaux, du Siège et de ses différents avant-postes, tous œuvrant dans le cadre d'un réseau interdépendant.

Perspectives d'avenir

569. Dans un monde interdépendant, la nécessité pour les pays d'agir ensemble revêt encore plus d'importance. Aujourd'hui, un éventail complexe de forces mondiales et régionales présente un défi pour la santé humaine et ses déterminants. Si le nombre de personnes ayant la chance de jouir d'une meilleure santé n'a jamais été aussi élevé, aucun pays ne peut à lui seul exploiter le potentiel de l'innovation et du changement ni relever les défis pour la santé et le bien-être. La Région européenne devra sa prospérité future à sa volonté et à sa capacité de saisir de nouvelles chances pour la santé et le bien-être des générations présentes et futures.

570. L'OMS a un rôle particulier à jouer au regard de la poursuite de l'objectif défini dans sa Constitution, à savoir « amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». Dans le monde tel que l'imagine l'OMS, les écarts sur le plan des résultats sanitaires sont réduits ; l'accès universel aux soins de santé est une réalité ; les pays disposent de systèmes de santé résilients, fondés sur des soins de santé primaires, qui répondent aux attentes et aux besoins de la population ; les objectifs en matière de santé adoptés au niveau international sont atteints ; les maladies non transmissibles sont maîtrisées ; et les pays font face aux épidémies et aux catastrophes naturelles. Jamais les moyens d'atteindre ces buts n'ont été autant à notre portée ; jamais nous n'avons été dotés d'autant d'outils et de ressources facilement accessibles pour les réaliser. Jusqu'à présent, pourtant, nous n'avons pas suffisamment exploité ces ressources ni les connaissances dont nous disposons pour en faire profiter tous les citoyens.

571. Nous avons un défi précis à relever : agir sur les inégalités en matière de santé et pour la santé des générations futures. Sinon, certains groupes risquent réellement de connaître une situation sanitaire pire que celle de leurs ancêtres. L'objectif de **Santé 2020** est d'aider à surmonter certains des principaux obstacles qui nous ont fait prendre du retard. Cette politique définit une vision, une voie stratégique et un ensemble de priorités et elle formule diverses propositions de mesures efficaces fondées sur la recherche et l'expérience de nombreux pays. Elle affirme clairement que les nombreux partenaires doivent conjuguer leurs efforts pour améliorer la santé et le bien-être. Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait rien à part la santé ou que ce soit le seul aspect de la vie auquel il faille accorder de la valeur – nombreux sont les buts que les sociétés et les individus souhaitent atteindre. Toutefois, **Santé 2020** met l'accent sur le fait que

la santé est indispensable à la réalisation des autres objectifs que l'on s'est fixés dans la vie. La santé est une ressource qui permet à chacun de s'épanouir et d'apporter sa pierre au développement de toute la société. Unissons nos efforts pour renforcer et utiliser à bon escient cette précieuse ressource, dans l'intérêt de tous.

Références¹¹

1. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Dans : Document fondamental, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf).
2. Déclaration universelle des droits de l'homme. New York, Nations Unies, 1948 (<http://www.un.org/fr/documents/udhr/>).
3. *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. New York, Nations Unies, 1966 (<http://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV-3.fr.pdf>).
4. Résolution WHA30.43 de l'Assemblée mondiale de la santé. Dans : *Recueil des résolutions et des décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif Volume II: 1978-1984*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1985 : 1.
5. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
6. United Nations General Assembly. *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. New York, United Nations, 1981 (<http://www.un-documents.net/a36r43.htm>).
7. L'Assemblée mondiale de la santé. *Déclaration mondiale sur la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1998.
8. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/sdhconference/declaration/en>).
9. United Nations General Assembly. *Déclaration du Millénaire des Nations Unies*. New York, Nations Unies, 2000 (<http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>).
10. Objectifs du Millénaire pour le développement [site Web]. New York, Nations Unies, 2012 (<http://www.un.org/fr/millenniumgoals/>).
11. *Rapport sur le développement humain 2010. La vraie richesse des nations*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2010 (http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_FR_Complete_reprint.pdf).
12. *Eurostat feasibility study for well-being indicators*. Brussels, Eurostat, 2010 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/gdp_and_beyond/documents/Feasibility_study_Well-Being_Indicators.pdf).
13. *The right to health*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>).
14. *Document final du Sommet mondial de 2005. Résolution de l'Assemblée générale A/RES/60/1*. New York, Nations Unies, 2005 (<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan021755.pdf>).
15. *Charte sociale européenne (révisée)*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/163.htm>).
16. *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*. Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 2010 (Journal Officiel des Communautés européennes, 2000/C 364/01A, http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf)

¹¹ Tous les sites Web ont été consultés le 7 juillet 2012

17. *L'étude européenne sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (à paraître).
18. *Roma and Travellers glossary*. Strasbourg, Council of Europe, 2006.
19. Sadler JZ, Jotterand F, Lee SC, Inrig S. Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. *Theor Med Bioeth.*2009;30(6):411-425
20. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012 (<http://www.who.int/fctc/fr/index.html>).
21. Assemblée générale des Nations. *Résolution A/RES/64/108 sur la santé mondiale et la politique étrangère*. New York, Nations Unies, 2009 (<http://www.un.org/fr/ga/64/resolutions.shtml>).
22. *Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013* Bruxelles, Commission européenne , 2008
23. *La politique-cadre de la Santé pour tous dans la Région européenne de l'OMS : version actualisée de 2005*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98388/E88126.pdf).
24. *Systèmes de santé, santé et prospérité : Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008 : rapport*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2009, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/78953/E92349.pdf).
25. *Rapport sur la santé en Europe 2012*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, (sous presse)
26. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012, (<http://www.euro.who.int/fr/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>).
27. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf).
28. *United Nations Framework Convention on Climate Change*. New York, United Nations, 1992 (<http://unfccc.int/resource/docs/convkp/conveng.pdf>).
29. Dooris M, et al. The settings-based approach to health promotion. In: Tsouros A, et al. (eds.) *Health-promoting universities: Concept, experience and framework for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
30. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf).
31. *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region – executive summary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf).
32. Adler NE et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 1994,49:15–24.
33. *Genome-based research and population health. Report of an expert workshop held at the Rockefeller Foundation Study and Conference Centre, Bellagio, Italy, April 14–20, 2005*. Cambridge, PHG Foundation, 2005.

34. Wertz D, Fletcher JC, Berg K *Review of ethical issues in medical genetics. Report of consultants to WHO*. Geneva, World Health Organization, 2003.
35. Kirschner MW. The meaning of systems biology. *Cell*, 2005, 121:503–504.
36. McDaid D, Sassi F, Merkur S, eds. *The economic case for public health action*. Maidenhead, Open University Press (à paraître).
37. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programs. *British Medical Journal*, 2010, 340:c3311.
38. Rittel H, Webber M. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 1973, 4:155–169.
39. *Tackling wicked problems: a public policy perspective*. Canberra, Australian Public Service Commission, 2007.
40. *Interim second report of the social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148375/id5E_2ndRepSocialDet-jh.pdf).
41. *Réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne. Résolution du Parlement européen, 9 mars 2011*. Bruxelles, Commission européenne, 2011 (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2011-0032+0+DOC+XML+V0//FR>).
42. *The Banja Luka Pledge. Health in all policies in south-eastern Europe: a shared goal and responsibility. Third Health Ministers' Forum, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina, 13–14 October 2011*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/152471/e95832.pdf).
43. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London, Allen Lane, 2009.
44. Popay J et al. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, from the Social Exclusion Knowledge Network*. Lancaster, WHO Social Exclusion Knowledge Network, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf).
45. Fair society, healthy lives (The Marmot review). *Strategic review of health inequalities in England 2010*. London, (<http://www.ucl.ac.uk/marmotreview>).
46. *World Health Assembly resolution WHA62.14 on reducing health inequities through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2009.
47. *Interim report on implementation of the Tallinn Charter*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/134470/08E_InterimTallinn_110515-V2.pdf).
48. *Governance and delivery for social determinants. Task group report, European review on social determinants of health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (sous presse).
49. Marmot M et al. Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. *Lancet*, 2011, 379:181-188.
50. *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/inf.Doc/6 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).

51. Worldwide Governance Indicators Project [web site]. Washington, DC, World Bank, 2012 (<http://info.worldbank.org/governance/wgi/resources.htm>).
52. Marteau TM et al. Judging nudging: can nudging improve population health? *British Medical Journal*, 2011, 342: d228.
53. Nanda G et al. *Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches*. Washington, DC, World Bank, 2005.
54. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en).
55. Sedgh G et al. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370:1338–1345.
56. Oliveira da Silva M et al. The reproductive health report. The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2011, 16(Suppl. 1).
57. Currie C et al. *Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf).
58. Malarcher S. *Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/social_science/9789241599528/en/index.html).
59. *Enfants : réduire la mortalité*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012 (Aide-mémoire n° 178, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/index.html>).
60. *Nouveau-nés: réduire la mortalité*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012 (Aide-mémoire n° 333, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/fr/index.html>).
61. Beck S et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:31–38.
62. Effective perinatal care training package (EPC) [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/effective-perinatal-care-training-package-epc>).
63. OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/fr/index.html>).
64. Statistics and stories: improving the quality of maternal and neonatal health in Europe. *Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2010, 70 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/123016/en70.pdf).
65. Are we on track? Progress towards MDG3, 4 and 5 in Europe. *Entre Nous: the European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 2011, 71 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/132208/en71.pdf).
66. *European strategic approach for making pregnancy safer: improving maternal and perinatal health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98796/E90771.pdf).

67. *How health systems can accelerate progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on child and maternal health by promoting gender equity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/127527/e94498.pdf).
68. *Millennium Development Goals in the WHO European Region: a situational analysis at the eve of the five-year countdown*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/87438/E93723.pdf).
69. *Rapport sur la santé en Europe 2009 – Santé et systèmes de santé*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2009
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/117463/E94076.pdf).
70. *A review of progress in maternal health in eastern Europe and central Asia*. Istanbul, UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia, 2009.
71. *Achieving Millennium Development Goal 5: target 5A and 5B on reducing maternal mortality and achieving universal access to reproductive health. Briefing note*. Geneva, World Health Organization, 2009
(http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/rhr_09_06/en/index.html).
72. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF and World Bank. *Accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health: mapping of in-country activities. Joint country support*. Geneva, World Health Organization, 2009
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241599733/en>).
73. *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_fre.pdf).
74. *WHO regional strategy on sexual and reproductive health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf).
75. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Breaking the chain of transmission*. Geneva, World Health Organization, 2007
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html>).
76. WHO and UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003.
(http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241562218/en/index.html).
77. *The MDGs in Europe and central Asia: achievements, challenges and the way forward*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2010
(http://www.unece.org/commission/MDGs/2010_MDG.pdf).
78. United Nations Secretary-General. *Global Strategy for Women’s and Children’s Health*. Geneva, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2010
(<http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html>).
79. Commission de l’information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l’enfant. *Tenir les Promesses, Mesurer les Résultats*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011
(http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/fr/index.html).
80. *WHO’s role in the follow-up to the United Nations High-level Plenary Meeting of the General Assembly on the Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2011 (resolution WHA64.12;

- http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/en).
81. *Statistiques sanitaires mondiales 2011*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011 (http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS2011_Full.pdf).
 82. *Plan d'action sur l'environnement et la santé des enfants pour l'Europe. Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé, Budapest (Hongrie), 23-25 juin 2004*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78644/E83339.pdf).
 83. *Countdown to 2015: Tracking progress in maternal, newborn & child survival. The 2008 report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789280642841/en/index.html).
 84. *Charte européenne sur la lutte contre l'obésité*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87458/E89568.pdf).
 85. Patton GC et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009, 374:881–892.
 86. *Youth-friendly health policies and services in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/123128/E94322.pdf).
 87. *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf).
 88. Sethi D, Racioppi F, Mitis F. *Youth and road safety in Europe: policy briefing*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007, (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050812_1?language=French).
 89. *European report on child injury prevention*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf).
 90. “Young people’s health as a whole-of-society response” series [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2013/young-peoples-health-as-a-whole-of-society-response-series>).
 91. *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf).
 92. Services de santé adaptés aux adolescents – Un programme pour le changement. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/fr/index.html).
 93. *Risques pour la santé des jeunes*. Rapport du Secrétariat. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011 (document A64/25 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R28-fr.pdf).
 94. *Aider les parents à améliorer la santé des adolescents dans les pays en développement*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241595841/fr/index.html).

95. *Rapport sur la santé en Europe 2005. L'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/82451/E88069.pdf).
96. *Un lien crucial : interventions en faveur de la croissance physique et du développement psychologique* Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/chs_cah_99_3/fr/index.html).
97. *Early child development: a powerful equalizer.* Final report to WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/ecd_final_m30/en/index.html).
98. The Lancet child development in developing countries series [web site]. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/lancet_child_development/en/index.html).
99. *IMCI care for development: for the healthy growth and development of children.* Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imci_care_for_development/en/index.html).
100. *Rapport européen sur la politique de lutte antitabac.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/68073/E74574.pdf).
101. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf).
102. *Childhood obesity surveillance in the European Region.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (Fact sheet 5; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/123176/FactSheet_5.pdf).
103. *Integrated Management of Childhood Illness computerized training tool.* Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.icatt-training.org>).
104. *IMCI chart booklet – standard.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/IMCI_chartbooklet/en/index.html).
105. *Joint statement by heads of United Nations entities for the launch of the International Year of Youth.* New York, United Nations, 2011 (<http://social.un.org/youthyear/docs/iyyjointstatement.pdf>).
106. *Broadening the horizon: balancing protection and risk for adolescents.* Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_01_20/en/index.html).
107. *A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health.* Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/>).
108. WHO and UNICEF. *Child and adolescent injury prevention: a global call to action.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf).
109. *WHO European strategy for child and adolescent health and development: from resolution to action 2005–2008.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf).
110. Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374:315–323.

111. *Version consolidée du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne*. Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 2008 (Journal Officiel des Communautés européennes, 115/47, 9 mai 2008 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0047:0199:fr:PDF>).
112. World Health Assembly resolution 60.25. *Strategy for integrating gender analysis in the work of WHO*, Geneva, World Health Organization, 2007, (http://www.who.int/gender/documents/gender/who_fch_gwh_08_1/en/).
113. Huber M et al. *Facts and figures on long-term care – Europe and North America*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
114. Przywar B. *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*. Brussels, European Commission, 2010 (European Economic Papers No. 417).
115. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services*. Brussels, European Commission, 2008.
116. *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf).
117. *The solid facts: palliative care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf).
118. Hall S et al. *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/palliative-care-for-older-people-better-practices>).
119. Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA52.7 sur le vieillissement actif. Dans : *Cinquante-deuxième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 17-25 mai 1999. Volume 1. Résolutions et décisions, annexes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 : 8-9.
120. *Résolution EB130.R6 du Conseil exécutif de l'OMS sur le renforcement des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pour promouvoir un vieillissement actif*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R6-fr.pdf).
121. United Nations/DESA. *The Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York, United Nations, 2002.
122. *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf).
123. Van Liemt G. *Human trafficking in Europe: an economic perspective*. Declaration/WP/31/2004. Geneva, International Labour Organization, 2004.
124. *How health systems can address health inequalities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf).
125. Carballo M. Non-communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009:71–78 (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx>).
126. Carballo M. Communicable diseases. In: Fernandes A, Pereira Miguel J, eds. *Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society*. Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009:53-69

- (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/HealthMigrationEU2.aspx>).
127. Carta MG et al. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2005, 1:13.
 128. *Migrant health: background note to the ECDC report on migration and infectious diseases in the EU*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009
(http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0907_TER_Migrant_health_Background_note.pdf).
 129. *Cadre de l'UE pour les stratégies nationales d'intégration des Romspour la période allant jusqu'à 2020*. Bruxelles, Commission européenne, 2011
(http://ec.europa.eu/justice/policies/discrimination/docs/com_2011_173_fr.pdf).
 130. *The Roma in central and eastern Europe: avoiding the dependency trap*. Bratislava, United Nations Development Programme, 2003 (<http://www.arab-hdr.org/publications/other/undp/hdr/regional/avoiding-dep-trap-03e.pdf>).
 131. *Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe*. Madrid, Fundación Secretariado Gitano, 2009
(<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4309&langId=en>).
 132. Schaaf M. *Confronting a hidden disease: TB in Roma communities*. New York, Open Society Institute, 2007
(http://www.soros.org/initiatives/health/focus/roma/articles_publications/publications/confronting_20070206/confronting_20070122.pdf).
 133. *Left out: Roma and access to health care in eastern and south-eastern Europe*. New York, Open Society Institute, 2007
(http://www.romadecade.org/files/downloads/Health%20Resources/leftout_20070423.pdf).
 134. *At risk: Roma and the displaced in southeast Europe*. Bratislava, United Nations Development Programme, 2006 (<http://europeandcis.undp.org/home/show/A3C29ADB-F203-1EE9-BB0A277C80C5F9F2>).
 135. Milcher S. Poverty and the determinants of welfare for Roma and other vulnerable groups in southeastern Europe. *Comparative Economic Studies*, 2006, 48:20–35
(http://europeandcis.undp.org/files/uploads/_rbec%20web/roma%20portal/susanne.pdf).
 136. *Republic of Macedonia, Multiple Indicator Cluster Survey 2005–2006*. Skopje, State Statistical Office, the former Yugoslav Republic of Macedonia, 2007
([http://www.unicef.org/tfymacedonia/MICS-ENG-1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/tfymacedonia/MICS-ENG-1(1).pdf)).
 137. *The state of children in Serbia in 2006*. Belgrade, UNICEF, 2007
(http://www.unicef.org/serbia/State_of_Children_in_Serbia_2006_1-56.pdf).
 138. *First findings of Roma Task Force and report on social inclusion*. Brussels, European Commission, 2010
(<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/10/701&type=HTML>).
 139. *WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC52/R7 on poverty and health – evidence and action in WHO's European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/117111/R07.23598ema.pdf).
 140. *Résolution WHA61.17 de l'Assemblée mondiale de la santé sur la santé des migrants*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-fr.pdf).

141. *Health of migrants – the way forward. Report of a global consultation*. Madrid, Spain, 3–5 March 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf).
142. *Déclaration de Bratislava sur la migration, la santé et les droits de l'homme*. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2007 (http://www.coe.int/t/dg3/health%5CSource%5Cdeclaration_fr.pdf).
143. *Recommendation CM/REC(2011)13 of the Committee of Ministers to member states on mobility, migration and access to health care*. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (<http://bit.ly/rKs2YD>).
144. *Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille*. Genève, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1990 (<http://www2.ohchr.org/french/law/cmw.htm>).
145. *Council conclusions on an EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*. Brussels, Council of the European Union, 2011 (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/122100.pdf).
146. Payne S (2009) *How can gender equity be addressed through health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf).
147. *Risques pour la santé des jeunes. Résolution WHA64.28, 24 mai 2011*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011.
148. Green G, Tsouros A, eds. *City leadership for health. Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98257/E91886.pdf).
149. *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2011.
150. *Defining civil society* [web site]. Washington, DC, World Bank, 2010 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/CSO/0,,contentMDK:20101499~menuPK:244752~pagePK:220503~piPK:220476~theSitePK:228717,00.html>).
151. *Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS. Report by the Secretary-General*. New York, United Nations, 2009 (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20090616_sg_report_ga_progress_en.pdf).
152. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prevention of Chronic Diseases*, 2005, 2 (http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0066.htm).
153. *European cardiovascular disease statistics 2008*. Brussels, European Heart Network, 2008 (<http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>).
154. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. London, Oxford Health Alliance 2006.
155. Bloom DE et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva, World Economic Forum, 2011 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf).
156. *La Stratégie européenne pour la lutte antitabac*. Copenhague, Bureau régionale de l'OMS pour l'Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/68108/e78125.pdf).

157. *Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74407/E91309.pdf).
158. *Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005.
159. *Steps to health. A European framework to promote physical activity for health*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf).
160. MPOWER [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/fr/index.html>).
161. Raise taxes on tobacco [web site]. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/tobacco/mpower/raise_taxes/en/index.html).
162. *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyfr.pdf).
163. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, eds. *Physical activity and health in Europe*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf).
164. *Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/147237/e95168.pdf).
165. *Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599978_fre.pdf).
166. Edwards P, Tsouros AD. *Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments. The solid facts*. Copenhague, World Health Organization, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98424/E89498.pdf).
167. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf).
168. Davey Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484–1498.
169. Hall WD, Mathews R, Morley KI. Being more realistic about the public health impact of genomic medicine. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e1000347.
170. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. *Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region. Summary report*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf).
171. *WHO guidelines for indoor air quality: selected pollutants*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/128169/e94535.pdf).
172. *Early detection. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes, module 3*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>).

173. *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf).
174. *La déclaration de Moscou sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011 (http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_fr.pdf).
175. *World Health Assembly resolution WHA64.11 Preparations for the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases, following on the Moscow Conference*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-en.pdf#page=21).
176. *Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2011, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/148066/RC61_fdoc12.pdf).
177. *Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2011, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/148067/RC61_wd13F_Alcohol_111373.pdf).
178. *United Nations General Assembly. Political Declaration of the High-level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. New York, United Nations, 2011 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1).
179. *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/062047_OMS_Rap_NMH.pdf).
180. *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf).
181. *Améliorer la santé. Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/76529/E89502.pdf).
182. Beaglehole R et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*, 2011, 377:1438–1447.
183. World Economic Forum and WHO. *From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf).
184. Programme d'action pour combler les lacunes en santé mentale de l'OMS (mhGAP) [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012 (http://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/).
185. *Disease and injury regional estimates: cause-specific mortality (2008 Global Burden of Disease)*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html).
186. Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen, World Health Organization, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf).

187. Indicateurs de mortalité répartis en 67 causes de décès, par âge et sexe [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2011 (<http://www.euro.who.int/hfad?language=French>).
188. Krug EG et al. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf).
189. Racioppi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/87564/E82659.pdf).
190. *Preventing injuries and violence. A guide for ministries of health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/en).
191. Sethi D et al. Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, 2006, 368:2243–2250.
192. Sethi D et al. *Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96455/E93567.pdf).
193. *WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R9 on the prevention of injuries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/88100/RC55_eres09.pdf).
194. *TEACH-VIP users’ manual*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/index.html).
195. Alerte et action au niveau mondial (GAR): Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012 (<http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/fr/index.html>).
196. Odolini S et al. Travel-related imported infections in Europe. *Clin. Microbiol Infect.*, 2012, 18(5):468–474.
197. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_fr.pdf).
198. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2010 (http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/101129_sur_hiv_2009.pdf).
199. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf).
200. Kardar SS. *Antibiotic resistance: new approaches to a historical problem*. Reston, VA, Action Bioscience, 2005
201. Heymann DL, Rodier G. Global surveillance, national surveillance, and SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10:173–175
202. *Communicable diseases and public policy*. Washington, DC, World Bank, 2007 (siteresources.worldbank.org/EXTABOUTUS/Resources/communicabledisease.ppt).
203. *Immunization summary: a statistical reference containing data through 2009*. New York, UNICEF Statistics and Monitoring Section Division of Policy and Practice and Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.childinfo.org/files/32775_UNICEF.pdf).

204. *Important changes to the childhood immunisation programme*. Brussels, European Cervical Cancer Association, 2009 (http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/HPV_Vaccination/ECCA_HP_Vaccination_April_2009.pdf).
205. Trotter CL, Ramsay ME, Slack MP. Rising incidence of *Haemophilus influenzae* type b disease in England and Wales indicates a need for a second catch-up vaccination campaign. *Communicable Disease and Public Health* 2003, 6:55–58.
206. *Pneumococcal vaccine added to the childhood immunisation programme; more protection against meningitis and septicaemia*. London, Department of Health, 2006 (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4128036).
207. Meningococcal vaccines: polysaccharide and polysaccharide conjugate vaccines. *WHO Weekly Epidemiological Record*, 2002, 77:331–338.
208. European Immunization Week [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://eiw.euro.who.int>).
209. Mankertz A et al. Molecular genotyping and epidemiology of measles virus transmission in the World Health Organization European Region, 2007–2009. *Journal of Infectious Diseases*, 2010, 204(Suppl 1):S335–S342.
210. Système d’information sur les maladies infectieuses [site Web]. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=67>).
211. Laboratory Data Management System for Polio Laboratory Network [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://ldms.euro.who.int>).
212. Shooter RA. *Report of the investigation into the cause of the 1978 Birmingham smallpox occurrence*. London, H.M. Stationery Office, 1980.
213. Lim PL et al. Laboratory-acquired severe acute respiratory syndrome. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350:1740–1745.
214. Kumarasamy KK et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the United Kingdom: a molecular, biological, and epidemiological study. *Lancet Infectious Disease*, 2010, 10:597–602.
215. Abubakar I et al. Tackling the spread of drug-resistant tuberculosis in Europe. *Lancet*, 2012, 379:e21–e23.
216. Dara M, Kluge H. *Roadmap to prevent and combat drug-resistant tuberculosis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/152015/e95786.pdf).
217. Abubakar I et al. *Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_eng.pdf).
218. WHO, UNAIDS and UNICEF. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>).
219. *European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf).
220. *What is quality improvement in HIV prevention?* Geneva, IQhiv, 2012 (<http://iqhiv.org/get-started/what-is-it>).

221. Mirzooliev I et al. [*Efficiency of a package of therapeutic and preventive measures in the Republic of Tajikistan in the malaria postepidemic period (2000-2007)*].[Article in Russian]. *Med Parazitol (Mosk)*. 2009,(4):47–49.
222. Barbić L et al. Spreading of West Nile virus infection in Croatia. *Vet Microbiol*. 2012, doi 10.1016/j.vetmic.2012.04.038.
223. Christodoulou V. et al. Re-emergence of visceral and cutaneous leishmaniasis in the Greek island of Crete. *Vector-borne Zoonotic Diseases*, 2012, 12(3):214–222.
224. Ryan J et al. Establishing the health and economic impact of influenza vaccination within the European Union 25 countries. *Vaccine*, 2006, 24:6812–6822.
225. *How to become a WHO-recognized national influenza centre: guidance on the process for influenza laboratories in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/126457/e94432.pdf).
226. *Recommendations for good practice in pandemic preparedness: identified through evaluation of the response to pandemic (H1N1) 2009*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/128060/e94534.pdf).
227. Ritsatakis A, Makara P. *Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*. Copenhagen, World Health Organization, 2009
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/105318/e92828.pdf).
228. Busse R et al. *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010 (Observatory Studies Series, No. 20;
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf).
229. *WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC58/R4. Stewardship/governance of health systems in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization, 2008
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/70243/RC58_eres04.pdf).
230. Acheson D. *Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London, H.M. Stationery Office, 1988.
231. *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008
(<http://www.who.int/whr/2008/fr/index.html>).
232. *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010
(http://www.who.int/entity/hrh/migration/code/code_fr.pdf).
233. *Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010
(<http://www.who.int/whr/2010/fr/index.html>).
234. Kutzin J, Cashin C, Jakab S, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf).

235. Thomson S et al. *Addressing financial sustainability in health systems*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf).
236. Rodier G et al. Global public health security. *Emerging Infectious Diseases*, 2007, 13(10):1447–1452.
237. *Règlement sanitaire international. IHR Core Capacity Monitoring Framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties*. Geneva, World Health Organization, 2010
(http://www.who.int/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators.pdf).
238. *Rapport sur le développement humain 2011 – Tendances de l'indice de développement humain 1980-2011*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2011 (<http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rdh2011/telecharger/>).
239. *Prévenir la maladie grâce à un environnement sain. Une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9242594201_fre.pdf).
240. *Health and environment in Europe: progress assessment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96463/E93556.pdf).
241. *WHO guidelines on indoor air quality: dampness and mould*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43325/E92645.pdf).
242. *Burden of disease from environmental noise*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf).
243. PCT databank on soil-transmitted helminthiasis [online database]. Geneva, World Health Organization, 2012
(http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/db/index.html?units=minimal®ion=EUR&country=all&countries=all&year=2010).
244. *Progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau : rapport 2010*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010
(http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1278061574-JMP_report_2010_fr.pdf).
245. *Environmental health inequalities in Europe. Assessment report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf).
246. Lang T, Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Obesity Reviews*, 2007, 8(suppl. 1):165–181.
247. Morris G et al. Getting strategic about the environment and health. *Public Health*, 2006, 120:889–903.
248. *European environment outlook*. Copenhagen, European Environment Agency, 2005 (EEA Report no. 4/2005; http://www.eea.europa.eu/publications/eea_report_2005_4).
249. Menne B et al. *Protecting health in Europe from climate change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/74401/E91865.pdf).
250. Stern N. *The economics of climate change: the Stern Review*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.

251. European process on environment and health [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/european-process-on-environment-and-health/governance>).
252. *Protéger la santé des enfants dans un environnement en mutation. Rapport relatif à la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2010, (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/132249/e94726.pdf).
253. *Regional report on the status of implementation of the Protocol on Water and Health to the Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes. Second session of the Meeting of the Parties (Bucharest, 23–25 November 2010)*. Economic Commission for Europe and WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/documents/2010/wat/MP_WH/wh/ece_mp_wh_2010_2_E.pdf).
254. United Nations Economic Commission for Europe et al., eds. *From transition to transformation: sustainable and inclusive development in Europe and central Asia*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2012 (<http://www.unep.org/roe/Portals/139/Moscow/From-Transition-to-Transformation.pdf>).
255. *Earth Summit. Agenda 21*. The United Nations Programme for Action from Rio. New York, Nations Unies, 1992 (<http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/french/action0.htm>).
256. *Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement*. New York, Nations Unies, 1992 (<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?DocumentID=78&ArticleID=1163&l=fr>).
257. *Global risks 2011*. 6th ed. Geneva, World Economic Forum, 2011.
258. *Sustainable development: from Brundtland to Rio 2012*. New York, United Nations, 2010 (http://www.un.org/wcm/webdav/site/climatechange/shared/gsp/docs/GSP1-6_Background%20on%20Sustainable%20Devt.pdf).
259. Hosking J, Mudu P, Dora C. *Health co-benefits of climate change mitigation - Transport sector*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hia/examples/trspt_comms/hge_transport_lowresdurban_30_11_2011.pdf).
260. *Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector*. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/hia/hgehousing.pdf>).
261. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World urbanization prospects, the 2009 revision: highlights*. New York, United Nations, 2010.
262. Vlahov D et al. (eds). *Urban health: global perspectives*. San Francisco, Wiley and Sons, 2010.
263. *Unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva, WHO and UN-HABITAT, 2010.
264. Barton H et al. Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, 2009, 24:91–99.
265. Tsouros A. City leadership for health and sustainable development. *Health Promotion International*, 2009, 24:4-10.

266. Tsouros A, Green G, Healthy Cities: lessons learnt. In: Vlahov D et al. (eds). *Urban health: global perspectives*. San Francisco, Wiley and Sons, 2010.
267. *Phase V (2009–2013) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/100989/E92260.pdf).
268. Gilson L et al. *Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems of the Commission on the Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf).
269. Morgan A, Davies M, Ziglio E. *Health assets in the global context*. London, Springer, 2010.
270. United Nations Secretary-General's High-level Panel on Global Sustainability. *Resilient people, resilient planet: a future worth choosing*. New York, United Nations, 2012.
271. *Assets Alliance Scotland*. Edinburgh, LTCAS, Scottish Community Development Centre and the Scottish Government, 2011 (<http://www.scdc.org.uk/media/resources/news-and-events/Assets%20Alliance%20Scotland%20Event%2013%20Dec%202010%20Report.pdf>).
272. Strand M et al. Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf).
273. Buzeti T, Zakotnik JM. *Investment for health and development in Slovenia. Programme MURA*. Murska Sobota, Centre for Health and Development, 2008 (http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Fact/March/0310_publikacija.pdf).
274. Brown C et al. *Governance for SDH – appraisal tool*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
275. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
276. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
277. Morgan A, Ziglio E. Revitalizing the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*, 2007, 2(Suppl.):17–22.
278. *Living Well across communities: prioritizing well-being to reduce inequalities*. Manchester, NHS North West, 2010 (<http://www.nwph.net/hawa/writedir/a862Living%20Well.pdf.pdf>).
279. *Placing social determinants of health on the regional development agenda: investment for health and development in Slovenia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (sous presse).
280. *A whole-of-government approach to reducing health inequalities: the Scottish experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (sous presse).
281. Swanson D et al. Seven guidelines for policy making in its uncertain world. In: Swanson D, Bhadwal S, eds. *Creating adaptive policies: a guide for policy making in an uncertain world*. London, Sage, 2009.
282. *Livre blanc. Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013*. Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 2007 (COM(2007) 630 final, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_fr.pdf).

283. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [web site]. Brussels, Commission of the European Communities, 2012 (http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing).
284. *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. New York, Nations Unies, 2011 (document A/66/L.1 ; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1&referer=/english/&Lang=F).
285. Paquet G. The new governance: subsidiarity and the strategic state. In: *Governance in the 21st century*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.
286. HealthyPeople.gov [web site]. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2012 (<http://healthypeople.gov/2020/default.aspx>).
287. Brown C et al. *Governance for health equity and the social determinants of health – a companion resource to support national review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (à paraître).
288. Brown C. *Progress and opportunities in implementing health in all policies – a rapid appraisal of learning from Europe and internationally*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (à paraître).
289. Harrison D et al. *Report of the Task Group on Governance and Delivery Mechanisms*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe (à paraître).
290. Marks L. *Accountability for social determinants of health and health equity*. In: Brown C et al. *Governance for health equity and the social determinants of health – a companion resource to support national review*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (à paraître).
291. *South Australia's Strategic Plan: progress report*. Adelaide, South Australia's Strategic Plan Audit Committee, 2010.
292. McDaid D. Joint budgeting: can it facilitate intersectoral action? In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (à paraître).
293. *Communication de la commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions : Cadre de l'UE pour les stratégies nationales d'intégration des Romspour la période allant jusqu'à 2020*. Bruxelles, Commission des Communautés européennes, 2011 (COM(2011) 173 final).
294. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, No. 3; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf).
295. *Biennial report 2008–2009 and key developments for 2010–2011 of the WHO European Office for Investment for Health and Development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
296. Brown C, Ziglio E, Rohregger B. *Appraisal of governance systems and capacity for addressing social determinants of health and health equity*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (à paraître).

297. Report on the 3rd Ministerial Meeting of the Countries of the South-Eastern Europe Health Network – opportunities for scaling up and strengthening health in all policies in south-eastern Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (à paraître).
298. Blas E, Sivasankara KA, et al (sous la direction de). *Équité, déterminants sociaux et programmes de santé public*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/fr/).
299. Blas E, Sommerfeld J, Sivasankara AK, eds. *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/en).
300. Bertollini R, Brassart C, Galanaki C. *Review of Member States' and the WHO Regional Office for Europe's commitments between 1990 and 2010. Analysis in the light of the Health 2020 strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (à paraître).

Annexe. Glossaire des définitions de travail et des notes explicatives sur les concepts et termes utilisés dans Santé 2020

Déterminants de la santé (determinants of health)

Ce terme fait référence aux différents facteurs personnels, socioéconomiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations.

Comblar le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf).

Autonomisation (empowerment)

Ce terme recouvre des significations, définitions et interprétations très diverses. De manière générale, il concerne l'aptitude à prendre des décisions relatives à des circonstances personnelles ou collectives. Dans le contexte de Santé 2020, il correspond à un processus par lequel les individus obtiennent un meilleur contrôle des décisions et actions qui touchent à leur santé. Pour y parvenir, les individus et les communautés doivent développer des aptitudes, accéder à des informations et à des ressources, et pouvoir se faire entendre sur les facteurs qui touchent à leur santé et à leur bien-être et influencer ces facteurs.

Adapté et développé à partir de : *Glossaire de la promotion de la santé* (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

Opérations essentielles de santé publique (essential public health operations)

Il s'agit des opérations fondamentales qui doivent être réalisées dans la société afin d'améliorer autant que possible la santé et le bien-être. Dans la Région européenne de l'OMS, ces opérations sont les suivantes : i) surveillance et évaluation de la santé et du bien-être de la population ; ii) surveillance et intervention en cas de risques et d'urgences sanitaires ; iii) protection de la santé (sécurité de l'environnement et du travail, sécurité sanitaire des aliments, etc.) ; iv) promotion de la santé, dont l'action sur les déterminants sociaux et le manque d'équité en santé ; v) prévention des maladies, dont le dépistage rapide ; vi) garantir la gouvernance pour la santé et le bien-être ; vii) s'assurer de disposer d'un personnel compétent dans le domaine de la santé publique et d'effectifs suffisants ; viii) garantir l'établissement de structures organisationnelles et le financement ; ix) sensibilisation, communication et mobilisation sociale pour la santé ; et x) faire progresser la recherche en santé publique pour élaborer des politiques et des pratiques en conséquence (OMS, 2012).

Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (document EUR/RC62/12).

Équité entre les sexes en matière de santé (gender equity in health)

L'équité entre les sexes en matière de santé désigne un partage équitable et juste des avantages, du pouvoir, des ressources et des responsabilités entre femmes et hommes, afin de leur permettre de réaliser pleinement leur propre potentiel de santé. Ce concept renferme une prise de conscience du fait que les femmes et les hommes ont des opportunités et des besoins différents, qui ont une influence sur leur état de santé, leur accès aux services et la contribution qu'ils apportent aux personnels de santé. Ce concept reconnaît qu'il faut identifier ces différences et les gérer de manière à rectifier le déséquilibre entre les sexes.

Adapté de : *Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward (Madrid Statement)*. Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2002

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf) and *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/gender/mainstreaming/tools/en/index1.html>).

Gouvernance (governance)

La gouvernance concerne les interactions entre les pouvoirs publics et les autres organisations sociales, leurs relations avec les citoyens et la manière de prendre les décisions dans un monde complexe à l'heure de la mondialisation.

Graham J, Amos B, Plumptre T. *Principles for good governance in the 21st century*. Ottawa, Institute on Governance, 2003 (Policy Brief No.15, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>).

Gouvernance pour la santé (governance for health)

Il s'agit des tentatives effectuées par les pouvoirs publics ou d'autres acteurs pour orienter des communautés, des pays ou des groupes de pays, dans la poursuite de la santé comme partie intégrante du bien-être par l'adoption d'une approche « pangouvernementale » et « pansociétale ».

Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. (Gouvernance pour la santé au XXI^e siècle : étude réalisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf.Doc./6, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).

Santé (health)

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.

Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100 <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>)

Atout pour la santé (health asset)

De manière générale, un atout pour la santé désigne tout facteur (ou toute ressource) qui améliore la capacité des individus, des collectivités et des populations de protéger, de promouvoir et de pérenniser leur santé et leur bien-être. Ces atouts peuvent avoir un effet au niveau de l'individu, du groupe, de la communauté et/ou de la population et jouer un rôle de protection contre les difficultés de la vie ou contribuer à optimiser les possibilités d'être en bonne santé.

Adapté de : Ziglio E et al. *Maximizing health potential: the asset model for health and development*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (à paraître).

Équité en (matière de) santé (health equity and equity in health)

L'équité en (matière de) santé est définie comme l'absence d'écarts injustes et évitables, ou qui peuvent être corrigés, en ce qui a trait à la santé parmi certains groupes de personnes, que ces groupes soient définis d'après des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. L'équité en (matière de) santé implique, idéalement, de donner à chacun une chance équitable de réaliser pleinement son potentiel de santé et, de manière plus pragmatique, de veiller à ce que nul ne soit défavorisé dans la réalisation de ce potentiel.

Thèmes concernant les systèmes de santé – Équité [site Web en anglais]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012. (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>)

and Glossary: Health equity [web site]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2012, (<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Equity>)

Santé pour tous (Health of All)

Un but politique consistant à « donner à tous les peuples du monde, d’ici l’an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ».

Adapté de : Glossaire de la Série *Santé pour tous*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1984.

Gouvernance de la santé (health governance)

Il s'agit de la gouvernance du système de santé et du renforcement des systèmes de santé.

Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. (Gouvernance pour la santé au XXIe siècle : étude réalisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf.Doc./6, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).

La santé dans toutes les politiques (Health in All Policies (HiAP))

Les définitions de l'expression « La santé dans toutes les politiques » sont nombreuses, se concentrant principalement sur la nécessité de prendre explicitement en considération la santé dans les politiques de tous les secteurs. Dans le contexte de Santé 2020, une démarche relevant de la santé dans toutes les politiques est conçue afin que la gouvernance pour la santé et le bien-être ne constitue pas une priorité seulement pour le secteur de la santé. Les effets sont bilatéraux : on fait en sorte que l'ensemble des secteurs comprennent et assument leur responsabilité pour la santé, tout en reconnaissant l'impact de la santé sur d'autres secteurs. Le secteur de la santé peut donc prêter appui à d'autres branches des pouvoirs publics en fournissant une aide active à leur politique de développement et à la réalisation de leurs buts.

Pour parvenir à la santé et au bien-être, les pouvoirs publics ont besoin de processus institutionnalisés qui mettent en valeur la résolution des problèmes de manière intersectorielle et s'attaquent aux déséquilibres de pouvoir. Il s'agit notamment de fournir le leadership, le mandat, les incitants, les engagements budgétaires et les mécanismes durables qui viennent en appui aux institutions publiques pour collaborer à des solutions intégrées.

Adapté de : *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/entity/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf).

Inégalité en matière de santé (health inequality)

Ce terme désigne une différence d'état de santé entre des individus ou des groupes, comme l'espérance de vie, la mortalité ou la morbidité, par exemple, permettent de la mesurer. Les inégalités en matière de santé sont les différences, les variations et les disparités dans les résultats sanitaires obtenus par des individus ou des groupes de personnes. Certaines différences sont dues à des facteurs biologiques ou à d'autres facteurs inévitables tels que l'âge ; d'autres, toutefois, sont évitables.

Kawachi I. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(9): 647.

Inéquité en matière de santé (health inequity)

Le terme inéquité en matière de santé fait référence à une différence ou une inégalité en matière de santé qui est considérée comme évitable, injuste ou due à une certaine forme d'injustice. Ces

inéquités peuvent survenir entre des groupes de personnes dans des pays ou entre des pays. Elles sont dues aux différences dans et entre les sociétés et au mode de répartition des ressources et des pouvoirs. Les inéquités en matière de santé sont les différences qui ne sont pas dues au hasard ou à la décision de la personne, mais bien à des différences évitables dans les variables sociales, économiques et environnementales (par exemple conditions de vie et de travail, éducation, emploi, revenus, accès à des soins de santé de qualité, services de prévention des maladies et de promotion de la santé) qui échappent en grande partie au contrôle individuel et peuvent être prises en compte dans le cadre de politiques publiques.

Il convient de noter que les expressions anglaises *health inequalities* et *health inequities* sont souvent interchangeables dans l'usage qui en est fait, tandis que dans la plupart des autres langues que l'anglais, il n'y a souvent qu'une seule expression pour décrire de telles différences. L'expression *inégalités en matière de santé* est donc également utilisée pour faire référence aux différences qui sont considérées comme inévitables et injustes et qui sont fortement influencées par les mesures arrêtées par les pouvoirs publics, les parties prenantes et les communautés, et qui peuvent être prises en compte dans le cadre d'une politique publique. On recourt donc couramment à ces expressions pour faire référence à des disparités sanitaires qui sont injustes et évitables.

Kawachi I. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(9): 647.

Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf).

Memo: Questions and answers on solidarity in health: reducing health inequalities in the EU. Brussels, Commission of the European Communities, 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_qa_en.pdf).

Instruction en santé (health literacy)

Ce sont les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé.

Glossaire de la promotion de la santé (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

Système de santé (health system)

Un système de santé est l'ensemble des organismes, institutions et ressources du secteur public et du secteur privé mandatés pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé. Les systèmes de santé englobent à la fois des services aux personnes et à la population, et des activités visant à influencer les politiques et les actions d'autres secteurs pour agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé.

La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88604/E91439.pdf).

Action intersectorielle (intersectoral action)

Ce terme fait référence aux efforts déployés par le secteur de la santé pour collaborer avec d'autres secteurs de la société en vue d'améliorer les résultats sanitaires (Kickbusch, 2010).

Kickbusch I, Lister G (eds.). *Implementing health in all policies*. Adelaide 2010. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia, 2010 (<http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>).

Perspective qui porte sur toute la durée de la vie (life-course approach)

Cette perspective indique que les résultats sanitaires des individus et de la communauté dépendent de l'interaction entre de multiples facteurs protecteurs et facteurs de risque tout au long de la vie des personnes. Cette perspective qui porte sur toute la durée de la vie envisage la santé et ses déterminants de façon plus globale et complète, et est axée sur les interventions à chaque stade de la vie des personnes.

Glossaire sur le renforcement des systèmes de santé [site Web en anglais]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012
(http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index6.html) et adapté de : Lu M, Halfon

N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Maternal and*

Child Health Journal 2003, 7(1):13–30.

Soins de santé primaires (primary health care)

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels rendus accessibles à un coût qu'un pays et une communauté peuvent assumer, fondés sur des méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables.

Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978,
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf.

Santé publique (public health)

La science et l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie et de promouvoir la santé grâce aux efforts organisés de la société.

Acheson D. *Public health in England. The report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London, HMSO, 1988.

Capacités en matière de santé publique (public health capacities)

Les ressources (naturelles, financières, humaines ou autres) requises pour la réalisation des opérations essentielles de santé publique.

Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf.Doc./1,
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61_einfdoc01.pdf).

Services de santé publique (public health services)

Les services impliqués dans la réalisation des opérations essentielles de santé publique. Ces services peuvent être fournis dans le cadre du système de santé ou dans d'autres secteurs (au-delà du cadre strict du système de santé) ayant des activités favorisant la santé.

Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf.Doc./1,
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61_einfdoc01.pdf).

Résilience (resilience)

Le processus dynamique permettant une bonne adaptation individuelle ou collective aux circonstances difficiles, à la crise économique, au stress psychologique, aux traumatismes, à la tragédie, aux menaces, et à d'autres sources de stress importantes. On peut la décrire comme la capacité à résister ou à s'adapter aux effets de telles circonstances, ou encore à récupérer de ces effets, et le processus d'identification des atouts et des facteurs favorables. Santé 2020 accorde une place particulière à l'importance de créer des communautés résilientes et à l'idée d'aider les gens à pratiquer l'entraide. L'expression « communautés résilientes » est aussi souvent utilisée dans le contexte de la réduction des risques de catastrophe (par exemple les inondations) et l'importance de mettre en place des infrastructures, systèmes et processus de prise de décision adéquats.

Tiré de : Resilience [web site]. London, The Young Foundation, 2012 (http://www.youngfoundation.org/our-ventures?current_venture=2036), *Community resilience and co-production. Getting to grips with the language. A briefing paper.* Edinburgh, Scottish Community Development Centre, 2011 (<http://www.scdc.org.uk/media/resources/assets-alliance/Community%20Resilience%20and%20Coproductio%20SCDC%20briefing%20paper.pdf>) and *Empowering lives, building resilience. Development stories from Europe and central Asia, Volume one.* New York, UNDP 2011 (http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Cross-Practice%20generic%20theme/RBEC_Empowering%20Lives%20Building%20Resilience.pdf).

Capital social (social capital)

Le capital social représente le degré de cohésion sociale qui existe dans les communautés. Il désigne les processus interpersonnels qui établissent des réseaux, des normes et la confiance sociale, et facilitent la coordination et la coopération dans l'intérêt des différentes parties.

Glossaire de la promotion de la santé (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

Déterminants sociaux de la santé (social determinants of health)

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, y compris le système de santé. Ces circonstances sont influencées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local, qui sont eux-mêmes influencés par les choix politiques. Les déterminants sociaux de la santé sont en large partie responsables des inégalités en matière de santé – les différences injustes et évitables dans la situation sanitaire dans et entre les pays.

Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf).

Gradient social en santé (social gradient in health)

Il s'agit de l'amélioration graduelle des résultats sanitaires au fur et à mesure de l'amélioration de la position socioéconomique. Ce gradient peut être mesuré d'après le revenu d'une personne, sa profession ou le plus haut niveau d'instruction qu'elle possède. De même, le gradient social en santé peut se définir comme la dégradation graduelle ou linéaire de l'état de santé qui accompagne une dégradation de la position sociale.

Kawachi I. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(9): 647. and Marmot M. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity.* London, Bloomsbury Publishing PLC. 2004.

Inégalités sociales (social inequalities)

Les inégalités sociales font référence aux différences dans la répartition des facteurs socioéconomiques ou des déterminants sociaux de la santé dans un pays ou entre des pays. Elles sont d'habitude mesurées d'après le revenu, le degré d'instruction et la profession exercée. Ces inégalités sociales contribuent aux différences dans l'état de santé (inégalités en matière de santé) et sont souvent la source primaire ou la cause de ces inégalités en matière de santé. Dès lors, pour agir sur les inégalités en matière de santé, il faut aussi agir sur les déterminants sociaux tels que l'instruction, les conditions de vie et de travail, l'emploi et le revenu. Par exemple, une action conjointe des secteurs de la santé et de l'enseignement pour garantir que les jeunes femmes poursuivent leur scolarité et terminent leur éducation secondaire contribuera à améliorer les possibilités qui leur sont offertes dans le domaine de la santé et dans leur vie, et à réduire les inégalités sociales et en matière de santé associées à des niveaux inférieurs d'instruction ou à une scolarisation incomplète.

Réseau social (social network)

Relations et liens d'ordre social entre les individus qui permettent d'obtenir un soutien social favorable à la santé.

Glossaire de la promotion de la santé (en anglais). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

Durabilité/viabilité à long terme (sustainability)

Capacité à endurer. Dans les sphères de l'environnement et du développement, les expressions « durabilité » et « développement durable » sont souvent utilisées de manière interchangeable. La définition du développement durable la plus largement citée est celle de la Commission mondiale de l'environnement et du développement, qui le caractérise comme « le mode de développement qui répond aux besoins des générations du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs ». En économie de la santé, le terme durabilité est aussi employé pour désigner le potentiel de maintien de résultats sanitaires positifs pendant une certaine période avec un niveau d'engagement de ressources acceptable, en tenant compte des contingences acceptables pour l'organisation/la communauté. De plus en plus d'efforts sont déployés pour mettre en évidence les synergies entre les politiques de santé publique et les politiques adoptées en vue de la durabilité.

Rapport de la Commission mondiale de l'environnement et du développement. Résolution de l'Assemblée générale A/RES/42/11. New York, United Nations, 1987 (http://www.unsctar.org/docs/reports/2008/11-80076_Report_2008_Annex_D.pdf).

Glossaire sur le renforcement des systèmes de santé [site Web en anglais]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index6.html)

Bien-être (well-being)

Le bien-être fait partie intégrante de la définition de la santé par l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Il comporte deux dimensions, une subjective et l'autre objective. Il inclut l'expérience personnelle de la vie et une comparaison entre les circonstances de vie et les normes et valeurs sociales. Le bien-être subjectif peut comprendre la sensation générale de bien-être ressentie par une personne, son fonctionnement psychologique, ainsi que ses états affectifs. Quelques exemples de bien-être et de circonstances de vie objectifs : la santé, l'instruction, la profession, les relations sociales, l'environnement (naturel ou aménagé), la sécurité, l'engagement et la gouvernance civiques, le logement et les loisirs.

Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100 ;

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-fr.pdf>) et *Établissement de normes pour le bien-être : initiative du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe*. Première réunion du groupe d'experts, Copenhague (Danemark), 8-9 février 2012. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012.

Approche pangouvernementale (whole-of-government approach)

Le mot « pangouvernemental » fait référence à la diffusion de la gouvernance verticalement (à tous les niveaux des pouvoirs publics et sphères de gouvernance) et horizontalement (dans tous les secteurs). Les activités pangouvernementales se déroulent à des niveaux multiples, et englobent les activités de pouvoirs publics et d'intervenants actifs depuis le plan local jusqu'au plan mondial. Elles impliquent aussi, de plus en plus souvent, des groupes ne faisant pas partie des pouvoirs publics. La santé dans toutes les politiques est une approche pangouvernementale visant à faire de la gouvernance pour la santé et le bien-être une priorité pour d'autres secteurs que celui de la santé, en travaillant dans les deux directions : en prenant en compte l'impact des autres secteurs sur la santé, et l'impact de la santé sur les autres secteurs.

Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe (Gouvernance pour la santé au XXI^e siècle : étude réalisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe). Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf.Doc./6, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).

Approche pansociétale (whole-of-society approach)

Il s'agit d'une approche visant à élargir la démarche pangouvernementale en mettant davantage l'accent sur les rôles du secteur privé et de la société civile, ainsi que des responsables politiques tels que les parlementaires. En mobilisant le secteur privé, la société civile, les communautés et les individus, l'approche pansociétale permet de renforcer la résilience des communautés face aux menaces pour leur santé, leur sécurité et leur bien-être. Une approche pansociétale va au-delà des institutions : elle influence et mobilise la culture et les médias aux niveaux local et mondial, les communautés rurales et urbaines, et tous les secteurs stratégiques concernés, comme le système éducatif, le secteur des transports, l'environnement et même l'urbanisme.

Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe (Gouvernance pour la santé au XXI^e siècle : étude réalisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe). Copenhague, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf.Doc./6, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).