



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Europe**

---

**Comité régional de l'Europe**

Soixante-neuvième session

**Copenhague (Danemark), 16-19 septembre 2019**

Point 5 a) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC69/11 Rev.1

+ EUR/RC69/Conf.Doc./10 Rev.1

15 septembre 2019

190303

ORIGINAL : ANGLAIS

**Accélération des progrès en matière d'équité en santé  
dans le contexte de Santé 2020  
et du Programme de développement durable  
à l'horizon 2030 pour ne laisser personne de côté  
dans la Région européenne de l'OMS**

Ce document présente les éléments de preuve et les raisons du projet de résolution relatif à l'accélération des progrès en vue d'assurer à tous une vie prospère et en bonne santé dans la Région européenne de l'OMS qui est soumis pour examen, avec le document lui-même, au Comité régional de l'OMS pour l'Europe en sa soixante-neuvième session.

## Sommaire

Contexte et engagements.....	3
Progrès et défis .....	4
Les raisons expliquant la lenteur des progrès.....	5
Nouvelles idées et nouvelles données probantes.....	6
Les services de santé.....	7
Les conditions de vie .....	8
Le capital social et humain .....	8
Les conditions d’emploi et de travail.....	8
La sécurité de revenu et la protection sociale .....	8
Les raisons justifiant l’organisation de la Conférence régionale de haut niveau sur l’accélération des progrès en matière d’équité en santé .....	9
Réaliser : créer les conditions et supprimer les obstacles afin de garantir la prospérité et l’épanouissement de tous .....	9
Accélérer : mettre en œuvre un ensemble de solutions afin de réduire les inégalités pour tous .....	10
Influencer : placer l’équité en santé au centre du développement durable et des économies inclusives .....	10
Objectifs et résultats de la conférence régionale de haut niveau.....	10
Les perspectives .....	11

## Contexte et engagements

1. Les engagements à ne laisser personne de côté et à instaurer des conditions propices à l'épanouissement de tous sous-tendent les objectifs stratégiques d'amélioration équitable de la santé et du bien-être contenus dans Santé 2020, le cadre politique européen de la santé, le Treizième Programme général de travail de l'OMS 2019-2023 (treizième PGT), le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable. Les notions d'équité en santé et de couverture sanitaire universelle sont au cœur de ces engagements.

2. Les États membres ont pris depuis longtemps la résolution d'agir sur les déterminants des inégalités de santé. Dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, ils ont reconnu que les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire, aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur même des pays, sont « politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent... un sujet de préoccupation commun à tous les pays ». En 2011, les pays ont pris l'engagement, au niveau mondial, d'agir sur les déterminants sociaux de l'équité en santé dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Dans la Déclaration de la Sixième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Ostrava, Tchéquie, 13-15 juin 2017), les États membres de la Région européenne de l'OMS se sont également engagés à prendre en compte l'équité, l'inclusion sociale et l'égalité entre les sexes dans les politiques relatives à l'environnement et la santé.

3. Le principe d'équité en santé tout au long de la vie est inscrit dans plusieurs documents, notamment : la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ; la Déclaration européenne sur la santé des enfants et des jeunes atteints de déficiences intellectuelles et leur famille, ainsi que son plan d'action ; la Stratégie et le plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé ; la Déclaration de Paris sur les partenariats en faveur de la santé et du bien-être des jeunes et des générations futures ; le rapport sur la Conférence de haut niveau sur la promotion des mesures intersectorielles et interagences pour la santé et le bien-être dans la Région européenne de l'OMS : « Œuvrer ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être » ainsi que la Déclaration de Minsk sur l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020.

4. Les pays ont en outre pris la résolution de ne laisser personne de côté dans de nombreux programmes et stratégies de santé. L'équité est inscrite dans de nombreux programmes, stratégies et résolutions de l'OMS, notamment le Plan d'action européen sur la santé mentale 2013-2020 ; le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 ; le Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants (2016) ; le Plan d'action mondial sur le handicap 2014-2021 ; le Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive (2016) et la résolution WHA70.15 de l'Assemblée mondiale de la santé de 2017 sur la « Promotion de la santé des réfugiés et des migrants ».

5. L'égalité entre les sexes et les droits humains à la santé et au bien-être : les effets importants exercés sur la santé et le bien-être par les normes liées au genre et les droits en matière de santé et de bien-être sont reconnus dans la Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS (2016) et la Stratégie pour la santé et le bien-être de l'homme dans la Région européenne de l'OMS (2018).

6. Veiller à ce que les systèmes de santé ne contribuent pas par inadvertance aux inégalités de santé : la Déclaration d'Astana, adoptée à la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires (Astana, Kazakhstan, les 25 et 26 octobre 2018), met en évidence le rôle fondamental des soins de santé primaires dans le monde, et leur contribution pour garantir à chaque être humain et partout le meilleur état de santé qu'il soit capable d'atteindre. La réunion sur les Systèmes de santé pour la prospérité et la solidarité : ne laisser personne de côté (Tallinn, Estonie, les 13 et 14 juin 2018), qui a aussi marqué le 10<sup>e</sup> anniversaire de la signature de la Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité, a permis aux États membres de réitérer leur engagement à renforcer l'approche axée sur l'équité dans les systèmes de santé.

7. L'équité en santé contribue au développement inclusif et durable, et en constitue le résultat : la Feuille de route pour la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 s'appuie sur Santé 2020 et engage chaque État membre à ne laisser personne de côté, à agir sur les déterminants sociaux de la santé en adoptant une approche portant sur toute la durée de la vie, à instaurer des cadres et des environnements sains ainsi que des communautés résilientes, à renforcer les systèmes de santé afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle et à favoriser la gouvernance et le leadership pour la santé et l'équité.

## **Progrès et défis**

8. Des cas de réussite ont été observés dans la Région européenne dans l'ensemble. Près d'un milliard de personnes, hommes et femmes, vivent aujourd'hui avec une espérance de vie moyenne de 78 ans. Or, malgré ces succès, une profonde inégalité persiste dans tous les États membres. Bien que la moyenne régionale soit élevée, on note encore un écart régional important en matière d'espérance de vie, allant de 72,3 à 82,7 ans dans les différents États membres.

9. L'espérance de vie varie au sein des pays de la Région, en fonction du sexe, du niveau de revenu et du nombre d'années d'études. La lenteur des progrès accomplis dans la réduction des inégalités de santé est incompatible avec les valeurs et les priorités européennes, comme en témoignent les récentes analyses des sondages d'opinion réalisés en Europe pour le Rapport de situation sur l'équité en santé publié en septembre 2019 : les Européens conviennent que la bonne santé constitue la première priorité pour progresser dans la vie.

10. Les inégalités commencent dès la naissance. Dans certains pays de la Région, les bébés nés dans des familles du quintile de revenu le moins élevé risquent deux fois plus de mourir au cours de leur première année de vie que les bébés nés dans des familles du quintile supérieur.

11. L'appauvrissement causé par les dépenses directes de santé touche jusqu'à 15 % des ménages de la Région. Les dépenses à charge du patient ont légèrement augmenté, passant de 25,5 % des dépenses totales de santé en 2010 à 26,6 % en 2014, laissant entendre que le risque financier et l'accès inéquitable aux soins de santé peuvent aussi s'accroître pour finalement renforcer l'appauvrissement et perpétuer la vulnérabilité économique.

12. En 2015, plus de 90 % de la population européenne avait accès à des services améliorés d'assainissement et était raccordé à l'eau potable. Néanmoins, des inégalités d'accès ont été observées entre les zones urbaines et rurales et au sein de celles-ci, l'accès variant de 93,1 à 100 % en zone urbaine et de 66,7 à 100 % en zone rurale.

13. En ce qui concerne la santé mentale autodéclarée, 30 % de l'écart observé entre les quintiles de revenu supérieurs et inférieurs s'explique par la piètre qualité et l'insécurité de l'habitat, les quartiers peu sécuritaires et la mauvaise qualité des environnements locaux. Il existe une forte corrélation entre la privation de logement et la baisse de l'espérance de vie.

14. Parmi les 20 % des ménages les plus pauvres, la sécurité alimentaire constitue un enjeu majeur. Dans certains pays de la Région européenne, jusqu'à 82 % des personnes les plus pauvres ne peuvent se permettre de la viande, ou toute alimentation végétarienne équivalente sur le plan nutritionnel, tous les deux jours. Les taux d'insécurité alimentaire chez les populations les plus pauvres de plusieurs États membres ont augmenté entre 2011 et 2016. L'insécurité alimentaire et les problèmes de santé sont intimement liés.

15. L'insécurité des revenus et de l'emploi ainsi que l'insuffisance des ressources financières contribuent très largement aux écarts en matière de santé mentale autodéclarée entre les quintiles de revenu supérieurs et inférieurs.

16. L'exposition aux pressions commerciales néfastes accentue les désavantages matériels et contribue aux inégalités de santé. Les personnes disposant de ressources sociales et économiques limitées sont exposées de façon disproportionnée à ces pressions, et il est avéré qu'elles sont plus souvent ciblées. Par exemple, on observe une plus forte densité de bureaux de jeux et d'établissements de restauration rapide dans les quartiers défavorisés.

17. Le sentiment d'appartenance, la confiance en autrui et le sentiment de sécurité sont importants pour le bien-être humain. Les personnes plus défavorisées sur le plan socioéconomique ont un moindre sentiment de confiance, de contrôle, de sécurité et de soutien sur le plan social que celles disposant de davantage de ressources socioéconomiques.

18. La violence à l'égard des femmes et des filles dans les espaces privés et publics est un phénomène persistant qu'aucun pays n'a encore réussi à éliminer. La comparabilité des données aux niveaux régional et mondial demeure un défi majeur. Les dernières données comparables pour 87 pays (dont 30 pays développés) entre 2005 et 2016 révèlent que 19 % des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques et/ou sexuelles commises par un partenaire intime au cours des 12 derniers mois. Les femmes qui ont été victimes de violence infligée par le partenaire intime sont 50 % plus susceptibles de contracter le VIH que les autres femmes.

19. L'impact de la migration mondiale se fait également sentir. Dans la Région européenne, qui compte près de 920 millions d'habitants, les migrants internationaux représentent près de 10 % de la population (90,7 millions). Un million d'enfants demandeurs d'asile ont été enregistrés dans l'Union européenne entre 2015 et 2017, dont 190 000 non accompagnés. Ces enfants courent des risques spécifiques, notamment la discrimination, l'exploitation, la marginalisation, le placement en institution et l'exclusion.

## **Les raisons expliquant la lenteur des progrès**

20. À la lumière des connaissances et des engagements existants, si de nombreux pays, régions et communautés ont pris des mesures pour assurer l'équité en santé, la réduction des écarts évitables en matière de santé est non seulement plus lente que prévu, mais pourrait aussi

être plus importante. Les principales raisons de la lenteur des progrès sont notamment décrites ci-dessous.

- Ce n'est pas possible : l'impression que les inégalités de santé constituent un problème « pernicieux », sont trop complexes pour apporter des changements, ou reflètent l'ordre naturel de la société. Ces perceptions découragent l'établissement de priorités et l'action systématique, et peuvent entraîner un faible engagement politique et une action politique limitée pour réduire les inégalités.
- Que faire : l'incertitude, par exemple, quant aux politiques et aux investissements auxquels il convient d'accorder la priorité.
- Comment s'y prendre : l'incapacité de mettre en œuvre la combinaison optimale de politiques et d'approches avec l'échelle et l'intensité nécessaires au fil du temps ; les lacunes en matière d'équité en santé dans les compétences des ressources humaines existantes.
- Comment évaluer : l'absence de mesures et de données permettant d'évaluer les inégalités de santé et de suivre les progrès accomplis.
- Comment influencer et maintenir l'action : la difficulté d'influencer et de soutenir l'action au niveau gouvernemental, entre les professionnels et dans les processus décisionnels paneuropéens et internationaux.
- Qui impliquer : le manque de compréhension de la réalité de l'existence des populations déjà laissées de côté, ou qui risquent d'être laissées de côté, ce qui peut miner les effets exercés par les politiques universelles sur l'équité, même lorsque celles-ci sont excellentes.

## **Nouvelles idées et nouvelles données probantes**

21. Il est possible d'assurer une vie saine et prospère pour tous en mettant en place une action systématique, en intensifiant et en adaptant les approches qui s'avèrent efficaces, et en créant de nouvelles solutions et alliances qui permettent de lever les principaux obstacles. Les principes clés de réussite et devant orienter la prise de mesures efficaces en faveur de l'équité en santé sont énumérés ci-dessous.

- Intégrer la dimension humaine de l'inégalité dans les principales justifications de toute intervention : pour progresser, il est fondamental de s'attaquer à la stigmatisation dont souffrent les laissés-pour-compte.
- Intégrer les valeurs sociales dans les politiques fiscales et de croissance : les conditions imposées aux pays par les organisations internationales et les institutions financières sont souvent en contradiction avec l'objectif d'améliorer la santé pour tous. Par exemple, ils peuvent donner la priorité à un certain type de croissance économique qui n'est pas durable, ce qui entraîne une stagnation de la croissance des salaires, des hausses d'impôts ainsi que des coupes sombres dans des services clés comme la santé et les services sociaux.
- Maximiser les avantages sociaux et économiques des systèmes de santé : ces derniers jouent un rôle de plus en plus important dans la promotion d'un développement inclusif et durable par l'adoption de pratiques responsables en matière d'emploi et d'achat de biens et services. L'avantage social des systèmes de santé n'est pas bien documenté ou pris en compte dans de nombreuses politiques et pratiques générales.

- Élaborer des solutions locales basées sur l'autonomisation et la participation sociale qui influenceront les inégalités de santé et de bien-être : étant donné l'importance croissante accordée à la lutte contre les inégalités de santé, les communautés et les personnes doivent collaborer avec les autorités locales et nationales à l'élaboration de solutions. Lorsque les stratégies de participation et d'engagement font partie intégrante des politiques et des services publics, elles génèrent des bienfaits supplémentaires pour la santé et le bien-être, comme l'amélioration de la responsabilisation au niveau des politiques et des services publics. Les communautés et les individus se sentent davantage impliqués, ce qui, en retour, renforce les capacités individuelles et communautaires.
- Établir de nouveaux partenariats pour la santé pour tous : les systèmes de santé ne peuvent à eux seuls éradiquer les inégalités de santé s'ils ne sont pas partenaires dans une démarche multisectorielle. Selon le rapport de l'Initiative du Rapport de situation sur l'équité en santé dans la Région européenne de l'OMS (HESRi, pour *Health Equity Status Report Initiative*) publié en septembre 2019, la hausse des investissements dans les politiques multisectorielles agissant sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé est associée à une réduction des écarts au niveau des résultats sanitaires sur une période de 2 à 6 ans entre les quintiles les plus pauvres et les plus riches des pays de la Région. Il importe particulièrement de mener une action politique cohérente au niveau multisectoriel afin d'atteindre les laissés-pour-compte en raison de leurs problèmes de santé, et d'éviter que d'autres ne se retrouvent dans une même situation.

22. Plusieurs nouvelles analyses effectuées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (notamment les publications *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage* [Santé et bien-être de la femme en Europe : au-delà des avantages en matière de mortalité] (2016), *The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach* [La santé et le bien-être de l'homme dans la Région européenne de l'OMS : améliorer la santé en adoptant une approche sexospécifique] (2018), ainsi que *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe* [Les soins de santé sont-ils abordables ? De nouvelles bases factuelles sur la protection financière en Europe] (2019)) mettent en lumière les conditions qui sous-tendent la situation et les tendances actuelles en matière d'inégalités de santé, ainsi que les interventions politiques spécifiques requises pour réduire ces inégalités.

### **Les services de santé**

- Les pays où les paiements directs pour les soins de santé exprimés en pourcentage des dépenses totales de santé sont moins élevés tendent à connaître moins d'inégalités liées aux besoins non satisfaits en soins de santé à un moment donné. Les différences observées au niveau de la qualité de ces soins expliquent une grande partie des inégalités de santé. D'importants écarts sont encore observés entre les pays de la Région en ce qui concerne les niveaux des paiements directs encourus par les ménages privés et exprimés en pourcentage des dépenses totales de santé.
- D'après les données collectées dans les pays de la Région, il est possible d'atteindre un niveau de protection financière rendant impossible l'appauvrissement conséquent à l'utilisation des services de santé.

### ***Les conditions de vie***

- Les pays où les dépenses par habitant consacrées au logement et aux équipements collectifs sont les moins élevées tendent à présenter des écarts plus importants en ce qui concerne la qualité du logement. Or, un quart des pays de la Région ont réduit ces dépenses depuis 2000.
- L'investissement dans le logement abordable, dans la sécurité alimentaire et énergétique, ainsi que dans l'aménagement d'espaces publics et verts sûrs et accessibles, permet d'améliorer le bien-être, l'inclusion sociale et la santé mentale.

### ***Le capital social et humain***

- Le gradient de la santé lié au niveau d'instruction subit l'influence de facteurs survenant tout au long de la vie. Les résultats éducatifs d'un enfant sont influencés non seulement par sa situation actuelle, mais aussi par la situation socioéconomique de ses parents. Dans la Région, les enfants des parents comptant le moins d'années de scolarité sont beaucoup moins susceptibles d'atteindre les niveaux minimaux de compétence en mathématiques et en lecture à l'âge de 15 ans que les enfants de parents ayant effectué le plus d'années d'études.
- Des signes positifs indiquent cependant que des mesures politiques sont actuellement prises afin d'interrompre cette transmission intergénérationnelle des écarts en matière de niveau d'instruction, ainsi que du gradient de la santé qui y est associé, en investissant dans l'éducation et la protection de la petite enfance : les dépenses publiques consacrées à l'éducation préprimaire ont augmenté dans la plupart des États membres de la Région entre 2012 et 2015.

### ***Les conditions d'emploi et de travail***

- Entre 2003 et 2017, la pauvreté au travail due à la précarité des conditions d'emploi a augmenté chez les personnes ayant effectué le moins d'années d'études, accompagnée d'une hausse des risques sanitaires qui y sont associés.
- Les pays où les dépenses consacrées aux politiques actives du marché du travail par rapport au produit intérieur brut sont plus élevées ont également tendance à afficher des écarts plus faibles en termes de pauvreté au travail et de problèmes de santé mentale entre les populations ayant effectué le plus d'années d'études et celles qui en ont effectué le moins, bien qu'un peu plus du quart des pays seulement aient augmenté ces dépenses entre 2005 et 2016.

### ***La sécurité de revenu et la protection sociale***

- Bien que la tendance générale dans la Région soit une baisse de la sécurité de revenu chez les populations les moins bien nanties, cette tendance s'avère en revanche positive au stade ultérieur de l'existence. En effet, les écarts de revenu observés dans la tranche d'âge des plus de 65 ans entre ceux qui se situent au centre et ceux qui se situent au bas de l'échelle de répartition des revenus se sont réduits dans la moitié des pays entre 2005 et 2017, parallèlement à l'augmentation des dépenses de retraite par bénéficiaire dans presque tous les pays de la Région sur une période similaire. La capacité financière des personnes âgées à répondre aux besoins de santé est ainsi renforcée. Une analyse de l'investissement dans la santé et la



protection sociale effectuée en 2013 dans 25 pays européens montre que l'investissement dans ces deux secteurs permet de protéger les populations tout en encourageant la croissance à court terme.

23. L'importance intrinsèque de ces conditions pour garantir une vie décente et prospère est consacrée dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par les Nations Unies en 1966.

## **Les raisons justifiant l'organisation de la Conférence régionale de haut niveau sur l'accélération des progrès en matière d'équité en santé**

24. La conférence de haut niveau visait à intégrer l'équité en santé dans la prise de décisions politiques nationales et multisectorielles, ainsi que dans les investissements et la mise en œuvre, tout en veillant à ce que la question de l'équité occupe une place centrale. Elle sera aussi l'occasion de définir les priorités européennes en matière d'équité en santé pour les dix années à venir.

25. Les actions visant à aplanir les inégalités de santé permettent non seulement d'ériger des sociétés durables, mais aussi de réaliser des gains économiques quantifiables. Le treizième PGT a pour objectif de permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge comme suit : la progression vers la couverture sanitaire universelle – 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ; l'intervention dans les situations d'urgence sanitaire – 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ; et la promotion de la santé des populations – 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et de plus de bien-être. L'analyse de l'investissement effectuée à la demande de l'OMS révèle que la réalisation de l'objectif du triple milliard fixé dans le treizième PGT permettra de sauver 230 millions de vies, d'économiser 100 millions d'années de vie en bonne santé et de générer une croissance économique de 2 à 4 % dans les pays à revenus faible et intermédiaire. En outre, l'établissement de conditions garantissant une participation plus active et l'épanouissement de tous les membres de la société permettra de renforcer le capital social et humain.

26. La conférence de haut niveau s'est concentrée sur les solutions visant à réduire les inégalités de santé. À cette fin, plusieurs approches, solutions et outils innovants ont été présentés, partagés et débattus. Ceux-ci se sont articulés autour des trois grands thèmes suivants.

### ***Réaliser : créer les conditions et supprimer les obstacles afin de garantir la prospérité et l'épanouissement de tous***

27. Les pouvoirs publics ne devraient pas cesser d'investir dans ce qui fonctionne, comme la protection financière, la mise à disposition de logements sûrs et de qualité, et l'adoption de politiques de qualité en matière de travail et de protection sociale.

28. Les pouvoirs publics et les systèmes de santé disposent de l'information et de la compréhension nécessaires pour créer les conditions préalables essentielles pour vivre en bonne santé :

- des services de santé ;

- des conditions de vie décentes ;
- un capital social et humain ;
- des conditions de travail et d'emploi décentes ;
- la sécurité de revenu et la protection sociale.

29. Les actions et les interventions du secteur de la santé doivent s'aligner sur celles des autres secteurs et partenaires afin de réduire les inégalités et d'améliorer la santé et le bien-être de tous.

### ***Accélérer : mettre en œuvre un ensemble de solutions afin de réduire les inégalités pour tous***

30. Une action systématique est nécessaire, afin de mettre en œuvre tout un ensemble de solutions au lieu de prendre des mesures politiques uniques dans le but de créer et de maintenir les conditions minimales qui permettent à tout un chacun de mener une vie en bonne santé.

31. La plupart des facteurs influant sur l'équité en santé n'ont guère évolué au cours de ces dix dernières années dans la Région. Il est temps de passer de la définition et de l'explication du problème à l'élaboration et à la mise en œuvre de solutions. L'Initiative HESRi apporte les éléments de preuve nécessaires, même dans les pays disposant de peu de données à cet égard.

32. Les États membres et l'OMS ont les connaissances requises pour accélérer l'action ; c'est maintenant une question de volonté politique et de choix.

33. Les politiques et les interventions sont plus efficaces lorsque l'action s'attaque aux causes multiples des inégalités de santé, ainsi qu'aux facteurs (« moteurs ») qui mènent à ces inégalités.

### ***Influencer : placer l'équité en santé au centre du développement durable et des économies inclusives***

34. L'élimination des inégalités de santé et le renforcement du développement durable pour tous sont des ambitions certes audacieuses, mais réalisables.

35. Pour réaliser ces ambitions, il importe de stimuler le débat sur l'importance de l'équité pour l'avenir des pays et des communautés, et d'éclairer les politiques, les plans, les stratégies, les modèles opérationnels et les investissements dans le but de créer et de soutenir une croissance et un développement équitables qui profitent à tous.

## **Objectifs et résultats de la conférence régionale de haut niveau**

36. L'objectif de la conférence était de réunir les États membres, les organisations internationales et la société civile pour faire le point sur les avancées réalisées à ce jour afin d'assurer à tous une vie plus prospère et en meilleure santé et examiner les moyens d'accélérer les progrès en ce sens, et notamment :

- inspirer les interventions en faveur de l'équité en santé en procédant à un échange de données d'expérience en matière de prévention et de lutte contre les inégalités en santé dans les pays, et en recensant les facteurs nécessaires pour une mise en œuvre réussie ;

- envisager une série de démarches qui améliorent la cohérence des politiques, suscitent la participation de la population et augmentent les investissements en faveur de l'équité en santé ;
- dynamiser les plates-formes et les partenariats existants et trouver de nouveaux mécanismes et de nouvelles possibilités d'accélérer les progrès en vue de parvenir à l'équité en santé.

37. Au total, 280 participants de 36 États membres de la Région ont assisté à la conférence. Parmi ces participants, qui représentaient tout un ensemble de fonctions et de secteurs gouvernementaux, figuraient des personnalités politiques, des décideurs, des planificateurs et des prestataires de services. Les organisations de la société civile, le monde universitaire et les organisations internationales (notamment le Fonds des Nations Unies pour la population, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, et l'Organisation internationale du travail) et les agences européennes (dont le Conseil de l'Europe et Eurofound) étaient aussi fortement représentés.

38. La conférence a constitué une étape importante pour l'équité en santé. Les résultats provisoires du Rapport sur l'état de l'équité en santé ont d'ailleurs été présentés à cette occasion. Il a en outre été procédé au lancement de l'Outil de politique en faveur de l'équité en santé, qui décrit en détail 51 politiques efficaces pour réduire les inégalités de santé. Des documents techniques et des notes d'orientation étaient également disponibles lors de la conférence. Ils ont alimenté un dialogue dynamique et innovateur sur les solutions visant à accroître l'équité en santé. L'un des principaux objectifs des solutions présentées et examinées à cette occasion était de donner un visage humain aux inégalités, et de s'inspirer de l'expérience vécue par les laissés-pour-compte car ces derniers sont des partenaires essentiels pour assurer la santé et le bien-être de tous dans nos sociétés.

39. La conférence a abouti à l'adoption par acclamation de la Déclaration de Ljubljana sur l'équité en santé. Celle-ci encourage l'OMS à lancer une plate-forme régionale européenne sur les solutions en matière d'équité en santé, qui sera un mécanisme grâce auquel les responsables politiques pourront procéder à un échange de bonnes pratiques et diffuser des solutions durables et innovantes permettant de parvenir plus rapidement à l'équité en matière de santé et de bien-être, tant au niveau national qu'au niveau sous-national des régions et des villes. La Déclaration de Ljubljana a aussi favorablement accueilli la proposition visant à forger une alliance multidisciplinaire pour l'équité en santé, constituée d'experts et d'institutions scientifiques, en vue de générer des données probantes et des méthodes de pointe qui permettront aux ministères de la Santé et aux pouvoirs publics de plaider en faveur des innovations (scientifiques, technologiques, sociales, commerciales ou financières), de les prioriser et de leur donner une plus grande envergure, dans les buts suivants : i) accroître l'équité en santé ; et ii) veiller à ce que les valeurs sociales de solidarité, d'équité, de bien-être, d'inclusion et d'égalité des sexes soient prises en compte et intégrées dans les politiques de croissance et de développement.

## **Les perspectives**

40. Sur la base de la conférence et de la Déclaration de Ljubljana, une résolution relative à l'accélération des progrès en vue d'assurer à tous une vie prospère et en bonne santé dans la Région européenne de l'OMS a été rédigée et soumise à consultation des États membres et des

partenaires en juin 2019. Le projet de résolution, qui sera présenté pour adoption à la soixante-neuvième session du Comité régional de l’OMS pour l’Europe, vise à soutenir l’élaboration de politiques nationales et de systèmes de santé fondés sur des valeurs en Europe afin de permettre aux États membres de réduire les inégalités de santé et de leur donner les moyens d’y parvenir.

= = =