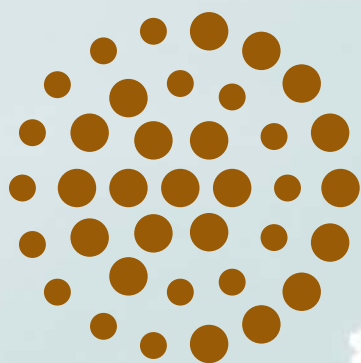




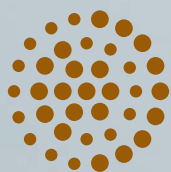
À la lumière de la pandémie

UNE NOUVELLE STRATÉGIE EN
FAVEUR DE LA SANTÉ ET DU
DÉVELOPPEMENT DURABLE

RAPPORT

de la Commission paneuropéenne
de la santé et du développement durable

Septembre 2021



Commission paneuropéenne de la *santé et du développement durable*

Une commission indépendante
constituée par

Hans Henri P. Kluge

Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

et présidée par

Mario Monti

Président de l'Université Bocconi,
ancien Premier ministre d'Italie

Dans le but de « **repenser les priorités politiques à la lumière des pandémies** »

Ceci est le rapport final de la Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable.
Il suit l'Appel à l'action diffusé en mars 2021.

Les recommandations résultant des travaux de la Commission sont fondées sur une étude des
connaissances scientifiques disponibles, publiée conjointement au rapport principal.

.....

Copenhague (Danemark).

Septembre 2021

<https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/pan-european-commission-on-health-and-sustainable-development>

Résumé d'orientation	1	Objectif 5 : créer un environnement favorable pour promouvoir l'investissement dans la santé	24
Conséquences et leçons de la pandémie de COVID-19		Faire la différence entre dépenses de santé consommées et investissements transformateurs	24
Se préparer pour l'avenir	6	Augmenter les investissements publics dans la prévention, la préparation et la riposte	25
Genèse de la pandémie	6	Améliorer la surveillance des systèmes de santé	26
Impact de la pandémie	7	Incorporer les considérations sanitaires dans les prévisions économiques	27
Leçons tirées de la pandémie	8		
Les travaux de la Commission	9	Objectif 6 : améliorer la gouvernance de la santé au niveau mondial	28
Objectif 1 : mettre en application le concept « Une seule santé » (<i>One Health</i>) à tous les niveaux	12	Établir un Conseil mondial de la santé placé sous les auspices du G20	29
Protéger la biodiversité et le climat – une police d'assurance à tous les niveaux	13	Convenir d'un Traité sur les pandémies	30
Obligations au niveau national	14	Formuler une politique mondiale de vaccins antipandémiques	30
Une meilleure coopération au niveau international	14		
Objectif 2 : entreprendre des actions à tous les niveaux de la société pour guérir les divisions exacerbées par la pandémie	15	Objectif 7 : améliorer la gouvernance de la santé dans la région paneuropéenne	32
Rendre visibles les personnes invisibles	15	Constituer un réseau paneuropéen de lutte contre les maladies	33
Réduire les inégalités	16	Fonder un Conseil des menaces sanitaires paneuropéennes	33
Renforcer la confiance	16	Accorder la priorité à des investissements dans le partage des données et les plateformes d'interopérabilité des données	34
Assurer la participation des femmes à des fonctions de direction et plus encore	17	Obtenir le financement nécessaire pour que l'OMS puisse exécuter son mandat	34
Objectif 3 : soutenir l'innovation pour mieux réaliser « Une seule santé » (<i>One Health</i>)	18	Mise en application	35
Conduire un examen stratégique des domaines dans lesquels il existe des besoins non satisfaits	18	Tableau. Un aperçu de la mise en œuvre : ce qui doit être fait, comment, par qui et quand	38
Nouer des partenariats en faveur de l'innovation	19		
Soutenir l'apprentissage des systèmes de santé	19	Annexe – Prise de contact de la Commission paneuropéenne avec le G20 sur l'établissement d'un Conseil mondial de la santé (<i>Global Health Board</i>)	49
Objectif 4 : investir dans des systèmes de santé solides, résilients et inclusifs	20		
Renforcer l'infrastructure des systèmes de santé	21		
Attirer, former et retenir le personnel de santé	21		
Intégrer les soins de santé et les soins sociaux	23		

« Les pays peuvent à présent utiliser ces recommandations pour mieux reconstruire. J'espère sincèrement que les gouvernements nationaux examineront attentivement les moyens de les adopter et de les mettre en œuvre. »



Lorsque j'ai décidé de constituer la Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable en septembre 2020, mon souhait était de placer les soins de santé et la protection sociale au sommet de l'agenda politique. Il s'agissait de faire le point sur les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 et de susciter des actions de la part des décideurs de haut niveau pour nous protéger des futures menaces sanitaires et accomplir des progrès dans les domaines de la santé et du développement durable dans la région paneuropéenne.

Le caractère inédit de cette commission indépendante provient de la multidisciplinarité de ses membres – des responsables éminents apportant avec eux une profusion d'expériences politiques, gouvernementales et managériales acquises dans et à l'extérieur du secteur de la santé.

Je suis extrêmement reconnaissant au Professeur Mario Monti, ancien Premier ministre et Ministre des Finances d'Italie, ancien Commissaire européen, d'avoir pris la direction de cette tâche ambitieuse et exigeante, et à tous les membres de la Commission d'avoir offert leur dévouement, leur temps et leur expérience à cette importante cause. Je souhaite remercier tout particulièrement le Coordinateur scientifique, le Professeur Elias Mossialos, de la *London School of Economics and Political Science*, le Président du Conseil consultatif scientifique, le Professeur Martin McKee, de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, et ses Coprésidents, le Docteur Natasha Azzopardi Muscat et le Docteur Josep Figueras ainsi que la Conseillère spéciale du Président, le Professeur Aleksandra Torbica.

Ce rapport, qui sera présenté aux États membres lors de la soixante et onzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, nous propose des recommandations politiques pratiques, fondées sur les connaissances scientifiques les plus solides, nous rappelant le rôle central que la science et les données scientifiques jouent dans la mise en évidence des causes profondes des problèmes sociétaux et dans la définition de solutions politiques durables et adaptables.

Les pays peuvent à présent utiliser ces recommandations pour mieux reconstruire. J'espère sincèrement que les gouvernements nationaux, en particulier les chefs de gouvernement, les ministres de la Santé, des Affaires sociales et des Finances, les organisations internationales et multilatérales, notamment l'OMS et le G20, examineront attentivement les moyens d'adopter et de mettre en œuvre les recommandations de ce rapport.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe se tient prêt à œuvrer avec les États membres et à leur apporter son soutien dans leur entreprise de renforcement des soins de santé et des soins sociaux dans la Région européenne, pour réaliser les objectifs de développement durable relatifs à la santé pendant le programme de travail européen 2020-2025 – « Une unité d'action pour une meilleure santé en Europe ».

Docteur Hans Henri P. Kluge

Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

« Ce dont le monde a besoin, c'est d'une nouvelle stratégie audacieuse pour la santé et le développement durable, tirant les leçons des pandémies »



Lorsque j'ai reçu le courrier électronique du docteur Kluge me proposant cet intimidant défi – les leçons à tirer de la COVID-19 pour les politiques sanitaires et sociales, ce qui n'était pas ma spécialité –, je me suis senti terrifié, l'espace d'une seconde. Il était assez clair que je ne pouvais pas être la personne requise. Soulagé, j'appelai le docteur Kluge – nous n'avions jamais été en contact auparavant – et l'informai poliment de l'erreur de personne que son bureau avait commise.

En réalité, c'est moi qui faisais une erreur. L'idée du directeur régional de l'OMS pour l'Europe était en effet de demander à un ancien chef de gouvernement de l'aider à constituer, puis de diriger une commission indépendante comprenant non seulement des scientifiques et des directeurs d'institutions sanitaires et sociales, mais également des économistes, des dirigeants du monde des affaires et d'institutions financières, ainsi que quelques anciens chefs d'État et de gouvernement.

Les professeurs Martin McKee et Elias Mossialos, deux personnalités confirmées sur le plan universitaire aussi bien que politique, du domaine de la santé publique, ont insisté pour qu'au moins, je réfléchisse à la demande de conduire cet exercice inédit. Lorsqu'ils ont ajouté qu'ils étaient prêts à offrir leur aide pour diriger les travaux, en tant que respectivement, président du conseil consultatif scientifique et coordinateur scientifique, je me suis senti assuré que « l'exercice » était désormais en de bonnes mains. En outre, l'appréhension de cet exercice plutôt mystérieux serait facilitée par une conseillère spéciale du président, le professeur Aleksandra Torbica, une habituée du dialogue entre experts de la santé et économistes.

Mais serions-nous capables d'attirer dans la commission des personnalités de haut niveau, tout en respectant un équilibre géographique, professionnel et politique aussi bien que d'hommes et de femmes ? Je dois reconnaître que cela s'est avéré plus simple que je ne le croyais. Je n'avais donc plus d'excuse et acceptais la proposition du docteur Kluge. Rétrospectivement, je voudrais saluer sa vision et le remercier pour l'opportunité assez unique qu'il a fournie à la Commission, dans le respect total de son indépendance. Le directeur général de l'OMS, le docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus, a pleinement approuvé son initiative.

Je suis profondément reconnaissant aux dix-huit membres de la Commission de leur disposition à s'engager dans un voyage vers des territoires inconnus, réclamant un sens rare du dialogue interdisciplinaire. Travailler en étroite collaboration avec eux pendant un an a été un privilège, même si nous avons été privés du plaisir de nous rencontrer en personne. La formidable implication de tous mes collègues – facilitée par les compétences en médiation culturelle des coprésidents du conseil consultatif scientifique, les docteurs Natasha Azzopardi-Muscat et Josep Figueras, et par le soutien inlassable de Gabriele Pastorino – nous a permis de nous livrer à d'intenses échanges. Partant de perspectives initiales différentes, dues également aux disparités caractérisant les cinquante-trois États membres de la Région européenne de l'OMS, nous avons été capables de parvenir progressivement à une convergence de vues. En fin de compte, le rapport et ses recommandations ont été adoptés à l'unanimité.

Ce dont le monde a besoin, à notre avis, c'est d'une nouvelle stratégie audacieuse en faveur de la santé et du développement durable tirant les leçons des pandémies, ce qui nécessite de combiner deux approches originales. Premièrement, nous devons pleinement admettre les interconnexions existant entre la santé des êtres humains et celle des animaux, des plantes et de la planète – avec en premier lieu, l'environnement, la biodiversité et le climat. Et deuxièmement, la politique en faveur d'« Une seule santé » (*One Health*) qui en résulte doit à son tour être non seulement appliquée concrètement, mais également être totalement intégrée dans un cadre politique plus large et cohérent, comprenant en particulier les politiques économiques, financières, technologiques, sociales et internationales. Nous articulons ensuite la nouvelle stratégie proposée avec un certain nombre de recommandations impliquant les niveaux national, paneuropéen et mondial.

La pandémie a soumis le monde entier à un test de résistance non simulé, en conditions réelles. Ce test a révélé avec une clarté sans précédent la grave maladie chronique dont souffre l'élaboration des politiques : l'absence de vision. Celle-ci se manifeste sous deux formes : l'absence de vision dans le temps, lorsque les responsables politiques tentent de parvenir à un consensus aujourd'hui en reportant les problèmes sur les générations futures ; et l'absence de vision dans l'espace, lorsqu'ils tentent de résoudre au niveau national des problèmes qui sont par nature transnationaux.

Ni la santé ni le développement durable ne seront assurés si ces deux maladies jumelles, qui sont endémiques dans les politiques actuelles, ne sont pas éradiquées. La pandémie a apporté avec elle une tragédie, mais elle a aussi mis nos failles en lumière. Placés devant ce que nous pouvons maintenant voir, nous pouvons décider de fermer les yeux. Mais alors nous n'aurons plus qu'à nous en prendre à nous-mêmes si de nouvelles tragédies apparaissent. Et sans doute pas pour longtemps.

Mario Monti

Président de la Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable

Présidence

Mario Monti, Sénateur italien à vie, Président de l'Université Bocconi, ancien Premier ministre d'Italie, ancien Commissaire européen

Coordinateur scientifique

Elias Mossialos, Chef du Département de la politique de santé à la *London School of Economics and Political Science* (LSE), ex-ministre d'État grec

Président du Conseil consultatif scientifique

Martin McKee, Professeur de santé publique européenne à la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM), ex-président de l'Association européenne de santé publique, directeur de recherche de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Membres de la Commission

Rafael Bengoa, Ex-ministre de la Santé et de la Consommation du gouvernement régional basque et codirecteur de l'Institut de la santé et de la stratégie (SI-Health)

Suma Chakrabarti, Président d'Overseas Development Institute (ODI), ex-président de la Banque européenne pour la reconstruction et le développement (BERD)

Maggie De Block, Ancienne ministre belge des Affaires sociales et de la Santé publique, ancienne ministre de l'Asile et de la Migration, membre de la Chambre des représentants

Louise Fresco, Présidente du conseil d'administration de l'université de Wageningen (*Wageningen University and Research*)

Sylvie Goulard, Sous-gouverneure de la Banque de France, ex-ministre française de la Défense, ex-députée européenne

Tarja Halonen, Ex-présidente de la République finlandaise

Luise Hölscher, Directrice générale de la *Robert Bosch Society for Research*, ex-vice-présidente de la BERD

Toomas Hendrik Ilves, Ex-président de la République estonienne

Beata Javorcik, Économiste en chef à la BERD

Jim O'Neill, Président de la Chatham House, ex-secrétaire commercial au Trésor du Royaume-Uni

Roza Otunbayeva, Ex-présidente de la République kirghize

Igor Shuvalov, Président de VEB.RF (corporation d'État pour le développement), ancien premier vice-premier ministre de la Fédération de Russie

Anna Stavdal, Présidente élue de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA)

Helle Thorning-Schmidt, Ex-première ministre du Danemark, ex-directrice générale de *Save the Children*

Willem Van Lerberghe, Ex-directeur des systèmes, des politiques et du personnel de santé au Siège de l'OMS

Beatrice Weder di Mauro, Présidente du Centre de recherche sur l'économie et les politiques, professeur d'économie internationale à l'Institut de hautes études internationales et du développement, professeur de recherche et membre distingué de l'Institut des marchés émergents de l'INSEAD

Conseillère spéciale du Président de la Commission

Aleksandra Torbica, Directrice du Centre de recherche sur la gestion des soins de santé et des services sociaux de l'université Bocconi (CERGAS)

Coprésidents du Conseil consultatif scientifique

Natasha Azzopardi Muscat, Directrice de la Division des politiques et systèmes de santé des pays au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Josep Figueras, Directeur de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Secrétariat

Robb Butler, Directeur exécutif du Bureau du directeur régional, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Gabriele Pastorino, Fonctionnaire technique, Division des politiques et systèmes de santé des pays au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Frederic Simard, Assistant de programme au Bureau du directeur régional, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Naomi Limaro Nathan, Fonctionnaire technique, Division des politiques et systèmes de santé des pays au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Rebecca Forman, Membre titulaire associé en politique de la santé, *London School of Economics and Political Science* (LSE– Health) Science (LSE– Health)

Membres

Clemens Auer, Président du Forum européen de la santé Gastein et envoyé spécial pour la santé du ministère fédéral du Travail, des Affaires sociales, de la Santé et de la Protection du consommateur (Autriche)

Reinhard Busse, Chef du Département de gestion des soins de santé à l'Université technique de Berlin (Allemagne)

Kairat Davletov, Directeur de l'Institut de recherche sur la santé de l'Université nationale kazakhe Al-Farabi à Almaty (Kazakhstan)

George Gotsadze, Président de la Fondation internationale Curatio (Géorgie)

Patrick Jeurissen, Professeur au Centre médical de l'Université Radboud et responsable scientifique au ministère néerlandais de la Santé, de la Protection sociale et des Sports (Pays-Bas)

Anna V. Kontsevaya, Directrice adjointe des Sciences et de l'analyse et Cheffe du département de santé publique au Centre national de recherche médicale pour la thérapie et la médecine préventive du ministère russe de la Santé (Fédération de Russie)

Orly Manor, Professeur de biostatistique à l'Université hébraïque de Jérusalem (Israël)

Isabel de la Mata, Conseillère principale pour la santé et la gestion de crise à la Commission européenne

Charles Normand, Professeur émérite de politique et de gestion de la santé au *Centre for Health Policy and Management* du Trinity College de Dublin, Université de Dublin (Irlande)

Oresta Piniazhko, Directrice du Département d'évaluation des technologies sanitaires au Centre d'experts d'État du ministère ukrainien de la Santé (Ukraine)

Walter Ricciardi, Directeur du Département de santé publique et Directeur adjoint de la Faculté de médecine à l'Université catholique du Sacré-Cœur de Rome (Italie)

Jorge Simoes, Professeur à l'Institut d'hygiène et de médecine tropicale de l'Université nouvelle de Lisbonne (NOVA, Portugal)

Mark Pearson, Directeur adjoint de la Direction de l'Emploi, du travail et des affaires sociales à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

Peter Smith, Professeur émérite de politique de santé à l'Imperial College de Londres et professeur d'économie de la santé mondiale à l'Université de York (Royaume-Uni)

Camilla Stoltenberg, Directrice générale de l'Institut norvégien de santé publique (Norvège)

Miklos Szócska, Directeur du Centre de formation à la gestion des services de santé et doyen de la faculté de santé et d'administration publique, Université Semmelweis (Hongrie)

Secrétariat

Lucia Dell'Amura, Assistante administrative à la Division des politiques et systèmes de santé des pays au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

*Nous ne pouvons pas
accepter les conséquences
de nos échecs pendant cette
pandémie sans essayer
d'identifier et de combattre
leurs causes.*

Nous sommes actuellement éloignés de la réalisation des dix-sept objectifs définis par les Nations Unies pour parvenir à un développement plus durable d'ici à 2030. Nous continuons à exploiter les mers et la planète, à détruire les forêts et l'environnement naturel, à tolérer les inégalités et la discrimination et à produire du CO₂, comme si toutes ces actions n'avaient pas d'impact sur la santé des êtres humains et des autres créatures vivantes. Si nous souhaitons réduire les nombreux risques posés à la santé humaine, nous devons commencer par nous attaquer à ces fléaux que nous nous infligeons à nous-mêmes.

Tel est le premier message de ce rapport : la santé a besoin de développement durable, tel qu'il est exposé dans les objectifs de développement durable des Nations Unies (les ODD). Si nous entendons respecter les engagements que nous avons pris par l'intermédiaire de nos gouvernements, nous devons changer notre façon de vivre. Nos responsables politiques doivent regarder au-delà des citadelles dans lesquelles ils vivent si souvent, et forger des liens entre les disciplines, les ministères, les communautés et les nations. Nous devons également explorer les possibles synergies avec ceux qui travaillent à lutter contre les problèmes environnementaux, tels que le changement climatique et la perte de la biodiversité, sur lesquels insiste la Déclaration de Rome adoptée pendant le Sommet mondial sur la santé de 2021. Leur travail peut nous inspirer.

La raison d'agir est qu'en dépit de décennies d'avertissements sur l'éventualité d'une pandémie de l'ampleur de la COVID-19 et des appels à nous soucier des développements observés à l'interface de la santé humaine, animale et environnementale, la communauté mondiale n'était pas prête lorsque le virus SARS-CoV-2 a commencé à émerger fin 2019. Des réponses politiques divergentes et souvent, erronées, y ont été apportées. Par conséquent, les effets de la COVID-19 ont été et demeurent catastrophiques –non seulement pour la santé et le bien-être, mais aussi pour les économies, la cohésion sociale, l'éducation et plus encore. Ces effets affectent de manière disproportionnée ceux qui étaient déjà désavantagés. Nous disposons à présent de l'opportunité de créer les conditions qui encouragent l'investissement dans une population en bonne santé et une planète saine, offrant des soins de santé et sociaux, une protection environnementale et des systèmes connexes dotés de ressources suffisantes, réactifs et innovants. Nous ne devons pas laisser passer cette opportunité.

Au cours de l'année écoulée, les membres de la Commission ont réfléchi à ce qui a fonctionné et plus souvent, à ce qui n'a pas fonctionné pendant la réponse à la COVID-19 et aux crises précédentes. Dans l'Appel à l'action que nous avons diffusé en mars 2021 et dans le présent rapport final, nous avons émis une série de recommandations dans le but d'atteindre sept objectifs fondamentaux visant à éviter qu'une catastrophe de la même ampleur ne se reproduise. Pour formuler nos recommandations, nous nous sommes appuyés sur les travaux extensifs d'autres commissions et groupes constitués pour lutter contre la COVID-19 et ses conséquences, et avons également tenu compte des importantes spécificités de notre Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable, organisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour « repenser les priorités politiques en tirant les leçons des pandémies ».

Nos caractéristiques distinctives sont mises en valeur dans le titre et la mission de notre Commission : a) nous intéresser à la santé dans sa totalité, et pas seulement aux pandémies ; b) révéler les interactions existant entre la santé et le développement durable ; et c) réexaminer la position de la politique de santé en lien avec les autres priorités et politiques. Notre portée géographique s'étend aux 53 États membres de la Région européenne de l'OMS et au contexte mondial d'ensemble dans lequel l'OMS opère.

Nos recommandations reflètent pleinement ces caractéristiques et proposent des orientations sur les moyens susceptibles d'accorder la priorité à la santé et au développement durable maintenant, pour placer les systèmes et les sociétés sur la bonne voie pour les générations à venir.



Objectifs fondamentaux et recommandations

OBJECTIF 1

Mettre en application le concept « Une seule santé » (One Health) à tous les niveaux

L'approche « Une seule santé », qui reconnaît les interconnexions existant entre les personnes, les plantes, les animaux et leur environnement commun, n'est pas un concept nouveau, mais son adoption a été entravée par une élaboration fragmentée des politiques, un financement morcelé et des structures organisationnelles cloisonnées. La COVID-19 a démontré que lorsqu'un aspect de la santé est menacé, les autres aspects sont également en danger. Maintenant plus que jamais, nous avons besoin de mettre en œuvre en urgence l'approche « Une seule santé » pour répondre aux menaces sur la santé humaine et progresser vers le développement durable.

Nous recommandons que :

- **les gouvernements mettent en place des structures, des mesures incitatives et un environnement favorable à l'élaboration de stratégies intergouvernementales cohérentes en faveur d'« Une seule santé »**, en s'inspirant du concept de la santé dans toutes les politiques et des objectifs de développement durable.
- **les dispositifs de coordination et de collaboration entre les institutions internationales pertinentes, telles que l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation mondiale pour la santé animale (OIE) et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) soient renforcés**, de manière à soutenir les efforts en faveur de connaissances partagées, de technologies communes et d'une architecture internationale adaptée à la formulation de priorités, l'adoption commune de domaines de responsabilité et la définition du champ d'action conjoint pour la promotion de la santé humaine et animale et de l'environnement naturel.
- **une action coordonnée soit entreprise à tous les niveaux pour réduire les risques environnementaux pesant sur la santé**, notamment les risques liés à la biodiversité et au climat et pour améliorer les systèmes de notification d'« Une seule santé ».

OBJECTIF 2

Entreprendre des actions à tous les niveaux de la société pour guérir les divisions exacerbées par la pandémie

La COVID-19 n'a pas seulement fait ressortir crûment les inégalités et les iniquités qui brisent nos sociétés : elle les a également exploitées et exacerbées. Les personnes les plus désavantagées et négligées de nos sociétés ont souvent souffert des effets les plus importants de la pandémie et des réponses politiques qui lui ont été apportées. Ces impacts n'ont pas surgi de nulle part ; depuis des années, les politiques ont contribué aux importantes inégalités de richesse et de revenus, au sous-investissement dans la protection sociale, à l'inégalité des opportunités pour certains groupes, à la précarité croissante des emplois, des salaires, du logement et même de l'approvisionnement alimentaire, au racisme et aux autres formes de discrimination, et à la priorité accordée à l'individu par rapport à la société. Nous devons combler ces écarts maintenant ; ce n'est pas seulement une question d'équité, mais aussi de réparation des fractures de la société, de réduction de la polarisation et de restauration de la confiance dans les organes publics. Ce faisant, nous devons conserver une attention constante au changement durable pour le bénéfice de tous, ainsi que l'indiquent les objectifs de développement durable.

Nous recommandons que :

- **les systèmes d'information prennent en compte les nombreuses inégalités de santé et d'accès aux soins** au sein des populations, pour inspirer des politiques et des interventions qui s'attaquent aux causes profondes de ces inégalités.
- **les personnes qui dans la société, vivent leur vie dans l'appauvrissement et la précarité soient identifiées**, et que des politiques soient élaborées et mises en œuvre pour leur apporter la sécurité qui est le fondement de la bonne santé.
- **des quotas explicites soient adoptés en faveur de la représentation des femmes dans les organes publics** impliqués dans la formulation et la mise en œuvre de la politique de santé.



OBJECTIF 3

Soutenir l'innovation en faveur d'« Une seule santé » (One Health)

La pandémie a clairement démontré que le modèle d'innovation actuel – dans lequel l'essentiel du risque est supporté par le secteur public, et l'essentiel des gains va aux entreprises privées – est largement défectueux et que les mesures incitatives sont mal positionnées. L'ampleur de la pandémie et les réalisations accomplies dans le domaine des vaccins ont également souligné l'importance des recherches entreprises dans un but donné, et nos capacités à faire face aux défis de l'innovation et à réussir lorsque nous œuvrons ensemble comme des partenaires – au-delà des frontières géopolitiques, des secteurs et des institutions.

Nous recommandons que :

- **un examen stratégique soit réalisé dans les domaines où les besoins en innovation nécessaires pour mettre mieux en place « Une seule santé »** en Europe n'ont pas été satisfaits.
- **des dispositifs soient établis pour harmoniser la recherche, le développement et la mise en œuvre des politiques et des interventions nécessaires pour mieux réaliser « Une seule santé »**, sur la base d'un véritable partenariat entre les secteurs public et privé, dans lequel les risques comme les gains sont partagés.
- avec le soutien du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, **des efforts continuent d'être faits pour développer un dispositif de génération constante de savoir, d'apprentissage et d'amélioration, fondé sur l'innovation dans la région paneuropéenne.**

OBJECTIF 4

Investir dans des systèmes nationaux de santé qui soient solides, résilients et inclusifs

Les pressions exercées sur les systèmes de santé par la COVID-19 font ressortir nettement l'échec de nombreux pays à investir dans des hôpitaux, des soins sociaux et des soins de santé primaires ayant la flexibilité nécessaire pour répondre à la crise contre laquelle tant de personnes avaient tiré la sonnette d'alarme depuis des décennies. Les politiques visant à augmenter la résilience des systèmes de santé devraient être centrées sur l'importance de l'infrastructure de ces systèmes, notamment la conception des centres de santé, le personnel de santé et la relation entre soins de santé et soins sociaux.

Nous recommandons que :

- **tous les investissements dans les systèmes de santé augmentent**, en particulier les composantes des systèmes ayant traditionnellement attiré moins de ressources, tels que **les soins de santé primaires et la santé mentale**, en s'assurant que cet investissement est dirigé de façon à accroître au maximum la capacité des systèmes à procurer la meilleure santé possible à ceux qui les utilisent.
- **l'investissement aille au personnel de santé et que ce dernier soit renforcé**, à la lumière des expériences de la pandémie, en mettant l'accent sur les moyens d'attirer, de conserver et de soutenir les agents de santé et de soin au long de leur carrière, et en examinant comment les rôles des agents de santé peuvent évoluer, eu égard à la nature rapidement changeante de la médecine et de la technologie.
- **les liens entre soins de santé et protection sociale plus largement soient réévalués et consolidés**, à la lumière des expériences de la pandémie, dans le but d'augmenter leur intégration réciproque.
- la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles se voie accorder la priorité et que **l'investissement dans les capacités en santé publique soit revu à la hausse.**

Objectifs fondamentaux et recommandations

OBJECTIF 5

Créer un environnement favorable pour promouvoir l'investissement dans la santé

La soumission aux impératifs de la gestion à court terme et les externalités négatives (telles que l'ignorance des effets transfrontaliers des systèmes nationaux de santé), associés à l'absence de reconnaissance des bénéfices d'ensemble que les systèmes de santé apportent à la société, font partie des facteurs menant au non-investissement dans la santé. Des changements dans l'information, les mesures incitatives et les normes qui gouvernent l'allocation des ressources par les gouvernements nationaux aussi bien que par le secteur privé sont nécessaires pour atténuer ces biais. En outre, un soutien national accru est indispensable pour faire face à la nature transfrontalière des menaces sanitaires et de leur impact sur les biens publics mondiaux. À l'avenir, les ministères des Finances, les banques centrales, les autorités de contrôle et les autorités publiques devraient créer des incitations aux investissements qui font la promotion de la santé et du bien-être pour tous. Toutes les mesures possibles doivent être prises pour réduire l'impact des activités qui nuisent à la santé, en examinant comme il se doit les risques liés et en les rendant plus coûteux.

Nous recommandons que :

- la manière dont sont collectées les données sur les dépenses de santé change, de façon à ce **qu'une distinction plus claire soit faite, dans le domaine de la santé, entre les dépenses de consommation et les investissements, notamment ceux qui ont un effet transformateur dans la prévention des maladies et l'amélioration de l'efficacité de la prestation de soins.**
- **les investissements dans les mesures pour réduire les menaces, la fourniture de systèmes d'alerte précoce et l'amélioration de la riposte aux crises soient accrus.**
- **les pouvoirs de surveillance des systèmes de santé de l'OMS soient renforcés et qu'ils incluent des évaluations périodiques de la préparation,** qui enrichissent le suivi effectué par le Fonds monétaire international, les banques de développement et d'autres institutions techniques.
- **la part des fonds pour le développement dépensée pour des biens publics mondiaux,** des externalités transfrontalières traditionnelles et plus généralement, la santé, **soit augmentée.**

- **Les considérations sanitaires soient incorporées dans les prévisions économiques,** les stratégies commerciales et les cadres de gestion des risques à tous les niveaux.

OBJECTIF 6

Améliorer la gouvernance de la santé au niveau mondial

En devenant États parties au Règlement sanitaire international (2005), la plupart des nations du monde ont souscrit au principe d'action conjointe dans la lutte contre les menaces sanitaires, mais la COVID-19 a clairement montré que ce n'est pas suffisant. Nous avons besoin de dispositifs de levée de fonds pour les biens publics mondiaux et de moyens d'amener les États à rendre des comptes sur leur contribution.

Nous recommandons que :

- **un Conseil mondial de la santé soit établi sous les auspices du G20,** pour : promouvoir une meilleure évaluation des conséquences sociales, économiques et financières des risques sanitaires, mettant à profit les leçons de l'expérience du Réseau pour le verdissement du système financier, du Conseil de stabilité financière et d'autres initiatives en rapport avec le climat et la biodiversité ; et accroître le financement privé de la santé.
- **un Traité sur les pandémies soit établi,** qui doit être véritablement mondial, possède une flexibilité suffisante et comprenne des mécanismes incitatifs encourageant les gouvernements à mettre en commun certaines des prises de décision souveraines dans des domaines politiques
- **une politique mondiale de vaccins antipandémiques soit élaborée,** qui expose les droits et les responsabilités de tous ceux qui sont concernés pour assurer la disponibilité et la distribution des vaccins.

OBJECTIF 7

Améliorer la gouvernance de la santé dans la région paneuropéenne

Notre monde et en particulier notre Région européenne de l'OMS, est très interconnecté, ce qui procure bien des avantages mais engendre également des risques de transmission de maladies. L'Europe est particulièrement vulnérable à toute menace pour la santé, et le monde est vulnérable à toute menace émergeant en Europe. En outre, de moindres connexions pourraient avoir des conséquences dramatiques pour l'Europe et le monde. La région paneuropéenne est aussi extrêmement diverse, comportant d'importantes variations de richesse, tailles de population, cultures, systèmes politiques, démographie et santé des populations, ce qui peut poser une variété de problèmes de coordination et de politiques. La COVID-19 a braqué les projecteurs sur de nombreuses failles et fragmentations de nos systèmes mondiaux de gouvernance et a bien montré en particulier, que l'on pouvait en faire plus pour renforcer la gouvernance de la santé et le rôle du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dans la région paneuropéenne.

Nous recommandons que :

- les banques multilatérales de développement et les institutions de financement du développement accordent la priorité aux investissements dans le partage de données et les plateformes d'interopérabilité des données.
- le financement nécessaire à l'exécution par l'OMS de son mandat dans la Région européenne soit obtenu.
- un Réseau paneuropéen de lutte contre les maladies soit constitué et placé sous la direction du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, pour fournir une riposte rapide et effective aux menaces émergentes en renforçant les systèmes d'alerte précoce, notamment les capacités épidémiologiques et de laboratoire ; en soutenant le développement d'un réseau des données sanitaires capable d'échanger des informations, sur la base des normes communes élaborées par l'OMS ; et en admettant que les gouvernements vont évoluer à des rythmes différents.
- un Conseil des menaces sanitaires paneuropéennes soit mis sur pied par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, pour accroître et maintenir l'engagement politique, la complémentarité et la coopération dans le système multilatéral, le principe de responsabilité, et la promotion de la collaboration et de la coordination entre les organes législatifs et les agences d'exécution dans la région paneuropéenne.

Se préparer pour l'avenir

1. Nous ne pouvons tout simplement pas accepter les conséquences de nos échecs pendant cette pandémie sans essayer d'identifier et de combattre leurs causes. Nous sommes actuellement éloignés de la réalisation des 17 objectifs sélectionnés par les Nations Unies pour parvenir à un développement plus durable d'ici à 2030. Nous continuons à exploiter les mers et la planète, à détruire les forêts et l'environnement naturel, à tolérer les inégalités et la discrimination et à produire du CO₂, comme si toutes ces actions n'avaient pas d'impact sur la santé des êtres humains et des autres créatures vivantes. Si nous souhaitons réduire les nombreux risques posés à la santé humaine, nous devons commencer par nous attaquer à ces fléaux que nous nous infligeons à nous-mêmes.

2. Tel est le premier message de ce rapport : la santé a besoin de développement durable, tel qu'il est exposé dans les objectifs de développement durable des Nations Unies (les ODD). Si nous entendons respecter les engagements que nous avons pris par l'intermédiaire de nos gouvernements, nous devons changer notre façon de vivre. Nos responsables politiques doivent regarder au-delà des citadelles dans lesquelles ils vivent si souvent, et forger des liens entre les disciplines, les ministères, les communautés et les nations. Nous devons également explorer les possibles relations avec, et nous inspirer, de ceux qui œuvrent à lutter contre les problèmes environnementaux, tels que le changement climatique et la perte de la biodiversité, sur lesquels insiste la Déclaration de Rome adoptée pendant le Sommet mondial sur la santé de 2021.

Genèse de la pandémie

3. La pandémie n'était pas seulement prévisible : elle a été prédite. Pendant les trente dernières années, les chercheurs et les commentateurs ont souligné l'importance des évolutions constatées à l'interface de la santé humaine, animale et environnementale. Cela comprend ce que nous appelons maintenant « Une seule santé » (*One Health*). Pourtant, malgré ces nombreux avertissements, la communauté internationale n'était globalement pas préparée à l'émergence d'un nouvel agent infectieux, le virus SARS-CoV-2, à Wuhan (Chine), fin 2019. Lorsque les premiers cas ont été reconnus, le virus s'était propagé au-delà des frontières de la Chine, et en l'espace de quelques semaines, il se trouvait en Europe. Peu de temps après, il atteignait presque toutes les régions du monde.

4. Les responsables politiques et les scientifiques qui les conseillent ont peiné à décider ce qu'il fallait faire en premier. Certains points parlent en leur faveur. La structure génétique du virus a été rapidement décodée et peu de temps après, des tests diagnostiques ont été mis au point, ce qui a permis de suivre sa propagation. Mais des problèmes sont également apparus. Il y a eu confusion sur le mode de transmission du virus et il a fallu de nombreuses semaines avant que l'importance de la transmission par voie aérienne soit reconnue, et un temps plus long encore avant que les preuves soient largement acceptées. Cette lacune dans les connaissances, associée à l'inévitable réticence à prendre rapidement des mesures inédites pour fermer de larges pans de l'économie, ont signifié que les mesures que nous savons être efficaces – la diminution du brassage dans les milieux dans lesquels le virus peut se propager et la mise en œuvre d'un traçage efficace des contacts – ont été retardées. Nous avons appris d'autres choses encore. Il ne s'agissait pas seulement d'une autre cause virale de pneumonie : il s'agissait d'une maladie affectant de nombreux systèmes différents dans le corps humain et certains de nos traitements initiaux, tels que le placement précoce des patients sous ventilation, pouvaient aggraver les choses. Chacun se trouvait dans une rude période d'apprentissage.

5. En raison de cette incertitude, différentes idées de la méthode de riposte cohabitaient. Certains pays, particulièrement ceux de la région Asie-Pacifique qui possédaient une expérience récente du syndrome respiratoire aigu sévère, ont rapidement opté pour la suppression de la transmission, en fermant les frontières et en imposant des restrictions strictes sur les mouvements. Nous pouvons voir maintenant qu'il s'agissait du meilleur moyen de protéger la santé et l'économie, mais ce choix était à l'époque très contesté. D'autres, s'appuyant souvent sur les plans concernant la grippe pandémique, ont pensé que la propagation mondiale était inévitable et ont cherché à atténuer l'impact de la maladie en cherchant par leurs efforts à éviter que les systèmes de santé soient surchargés. Quelques-uns ont même pensé que la meilleure approche serait de permettre au virus de se propager dans la population pour atteindre l'immunité naturelle, tout en protégeant les personnes les plus à risque. Mais même lorsqu'un accord existait sur ce qu'il convenait de faire, les opinions différaient sur le calendrier. Attendre de voir est une réaction naturelle avant l'imposition de restrictions à l'échelle requise, mais avec une épidémie dont le nombre de cas doublait tous les quelques jours, le temps n'est pas du côté de ceux qui reportent à plus tard.



Impact de la pandémie

6. Les conséquences de la pandémie ont été énormes, laissant des personnes, des familles, des communautés et des économies des pays les plus affectés, face à la dévastation, à une échelle qu'il aurait été difficile d'imaginer lorsque les nouvelles du virus commençaient à se répandre. La COVID-19 a maintenant causé la mort prématurée de plusieurs millions de personnes dans le monde et laissé de nombreuses personnes vivre avec les séquelles de la maladie, ce qui a été nommé « COVID longue », c'est-à-dire un ensemble de troubles affectant plusieurs systèmes du corps humain, souvent handicapants.

7. Mais les effets directs de l'infection ne sont pas le seul motif d'inquiétude. De nombreuses personnes n'ont pas pu accéder à des soins de santé pendant la pandémie, car les établissements de soins avaient redirigé leurs efforts pour faire face aux besoins immédiats des personnes infectées par la COVID-19. Le traitement de maladies pour lesquelles le temps importe, tels que les cancers détectés précocement, a été retardé et les programmes de dépistage ont été mis en pause, laissant de nombreuses personnes sans diagnostic et donc incapables de recevoir un traitement précoce. À l'avenir, de nombreux systèmes de santé vont se trouver en difficulté, face à un retard de cas massif qui pourrait demander plusieurs années pour être rattrapé.

8. Il y a eu également d'autres conséquences indirectes : des personnes ont perdu leur emploi, leur revenu et le soutien social. Les femmes ont été gravement touchées, en particulier dans les endroits où une répartition traditionnelle des rôles les a amenées à endosser la responsabilité des enfants et de l'éducation, lorsque les écoles et les crèches ont fermé. Les enfants ont eux aussi subi les conséquences de la COVID-19. Un grand nombre d'entre eux sont devenus orphelins, ont manqué l'enseignement aussi bien que les relations sociales pendant une période vitale pour leur développement, et rencontré des difficultés économiques en raison de la perte de l'entreprise familiale. Pour de nombreux enfants, les conséquences, notamment l'enseignement perdu et un potentiel de rémunération réduit, pourraient durer toute leur vie.

9. L'une des caractéristiques définissant cette pandémie, est qu'elle a mis en lumière les inégalités existantes. Ceux qui étaient déjà désavantagés étaient plus susceptibles d'avoir été exposés à l'infection. Employés dans des métiers en contact avec le public, tels que les transports, ou dans

des environnements favorisant la propagation, tels que l'industrie alimentaire, ils avaient souvent davantage de risques de transmettre l'infection aux membres de leur famille, avec qui ils partageaient des habitations surchargées. Ils présentaient davantage de risques d'attraper une forme sévère de la maladie en raison de troubles de santé sous-jacents, et étaient donc plus à risque de décès prématuré. Ils ont également été davantage touchés par les ripostes politiques, car leurs emplois dépendent de l'économie informelle dans laquelle ils sont travailleurs autonomes, qui échappe souvent aux mesures de soutien gouvernemental. Les changements sociétaux des décennies passées ont laissé ces groupes de population dans la vulnérabilité ; un nombre croissant de personnes vivent des existences précaires dans lesquelles les mesures de protection sociale ont été sapées, et ne sont pas certains d'avoir un revenu, un emploi, un logement, voire de la nourriture, d'une semaine à une autre.

10. Dans de nombreux pays, l'ampleur de ces inégalités, et donc la nature de ces groupes de population à risque accrue, est invisible. Il n'existe pas de collecte systématique de données sur la situation socioéconomique, l'origine ethnique et d'autres caractéristiques liées à la santé. Lorsque des données sont collectées de façon à faire apparaître ces inégalités, elles révèlent souvent des groupes de population aux prises avec de nombreux préjudices. Un grand nombre de ces préjudices sont le produit des politiques gouvernementales (ou parfois, de l'absence de politiques), qui échouent à fournir des services de santé, d'éducation, d'emploi et autre. D'autres préjudices traduisent les divisions de la société, notamment du racisme.

11. Au-delà de l'impact sanitaire et social, la pandémie a eu également des conséquences économiques catastrophiques. D'après des estimations, la production mondiale aurait diminué de 3,3 % en 2020, un chiffre qui éclipse le 1 % de déclin qui avait été atteint pendant la crise financière mondiale de 2008. Simultanément, l'évaluation de certains marchés boursiers ont monté en flèche, notamment ceux qui sont dominés par des entreprises technologiques – ce qui a creusé les inégalités. Certains des pays les plus frappés étaient ceux qui dépendaient du tourisme ou de l'exportation de marchandises, ou qui n'avaient que des capacités limitées à mettre en œuvre les réponses politiques appropriées.

12. La situation aurait pourtant pu être pire. Heureusement, la plupart des banques centrales étaient bien préparées, suite aux réformes introduites après la crise financière mondiale, et sont intervenues massivement (1850 milliards EUR dans la seule zone euro). Ces interventions ont soutenu des mesures d'atténuation de l'impact sur l'emploi, notamment l'usage large de mesures de conservation de l'emploi et la subvention des salaires. Pourtant, de nombreux jeunes, les personnes peu qualifiées, les migrants, les femmes et les personnes employées dans de petites entreprises ont été très durement touchées.

13. Concernant l'avenir, il y a lieu de penser que de nombreuses économies vont se relever rapidement. Dans Perspectives de l'économie mondiale pour 2021, le Fonds monétaire international (FMI) prévoit une croissance de 6 % dans l'économie mondiale en 2021, se réduisant à 4,4 % seulement en 2022. Ces chiffres dissimulent pourtant des variations notables entre et au sein des pays, et le FMI avertit que l'incertitude économique mondiale est encore considérable. Celle-ci concerne la potentielle émergence de nouveaux variants du virus, la mesure avec laquelle les réponses politiques durant la pandémie permettent aux entreprises de se relever, et la propension des épargnants à dépenser leur épargne. Les autres incertitudes comprennent les sentiments des investisseurs, notamment pour ce qui a trait aux marchés obligataires, et le risque d'inflation. De nombreuses autres menaces, qui sont souvent liées entre elles, existent également : par exemple, la propagation continue de la résistance aux antimicrobiens, le réchauffement climatique, les migrations de masse, les conflits et les menaces pesant sur la démocratie ; toutes font peser des risques importants sur la santé, le bien-être et la performance sociétale et économique.

Leçons tirées de la pandémie

14. Nous savons à présent que de nombreuses erreurs ont été commises dans la riposte à la pandémie. Comme nous l'avons noté ci-dessus, les gouvernements ont été confrontés à une crise se développant rapidement, sans beaucoup de consensus sur la manière et le moment auquel riposter. Les pays se sont positionnés à des rythmes différents. Ils ont adopté des ripostes différentes. Ils se sont lancés dans une course mondiale frénétique à l'obtention des fournitures nécessaires, se trouvant dans certains cas victimes d'opérateurs peu scrupuleux ou criminels, une situation parfois aggravée par la corruption.

15. Les conséquences dévastatrices de la COVID-19 ont révélé à quel point de nombreux pays de la Région européenne de l'OMS¹ étaient mal préparés, même si les détails de l'impréparation ne seront connus que lorsque les enquêtes auront été conclues, ce qui est essentiel si nous voulons tirer des leçons. Nous en savons pourtant déjà assez long. La planification était un point faible évident. Même lorsque les pays avaient préparé des plans, ils n'avaient pas toujours été actualisés ou simulés, et les arrangements nécessaires n'avaient pas toujours été mis en place. Les capacités techniques étaient souvent faibles ; les systèmes de surveillance et de riposte ont été incapables de voir les signes d'alerte, de concevoir des réponses appropriées ou de les exécuter. Quant au leadership politique, même en tenant compte des circonstances difficiles, il a souvent été faible ou absent, et dans certains cas, a aggravé les choses.

16. Ces échecs ne souffrent pas d'excuse. Nous avons été alertés à de nombreuses reprises, récemment au moment des flambées de maladies à virus Ebola et Zika, du syndrome respiratoire aigu sévère et de la grippe porcine. Tous ces événements ont souligné l'importance de la préparation en termes de surveillance, de capacité de riposte et de prise en compte des vulnérabilités dans la société, qui laissent tant de personnes à risque, face à l'infection aussi bien qu'à la riposte à l'infection. Nous voyons grâce à d'autres régions du monde, en particulier la région Asie-Pacifique, qu'il était possible de réduire le fardeau sur la santé et l'économie grâce à l'action précoce et résolue de pays qui étaient préparés, avaient investi dans des systèmes de santé publique et possédaient un leadership déterminé.

1 La Région européenne de l'OMS comprend 53 pays couvrant une vaste zone géographique, de l'Océan Atlantique à l'Océan Pacifique. Nous l'appelons la région paneuropéenne.

17. Nous ne pouvons pas nous permettre de répéter les mêmes erreurs la prochaine fois ; et nous pouvons être sûrs d'une chose : il y aura une prochaine fois. Les recommandations détaillées de la Commission ont pour but de réduire le risque d'émergence de nouvelles infections grâce à des mesures dans le domaine « Une seule santé », pour renforcer notre capacité à répondre rapidement et effectivement du fait d'une meilleure préparation, et pour reconstruire plus solidement nos sociétés. Pour les formuler, la Commission s'est bien sûr appuyée sur les travaux complets d'autres groupes ayant posé les mêmes questions, bien que dans notre cas, nous ayons accordé une attention particulière aux questions spécifiques concernant la Région européenne de l'OMS, ses 53 États membres aussi bien que le contexte mondial dans lequel elle évolue.^{2,3,4} La ferme conviction qui sous-tend les recommandations de la Commission est que nous ne pouvons pas accepter davantage une situation dans laquelle nous ne reconnaissons pas une valeur suffisante à la santé, pour au moins cinq raisons importantes :

- Un impératif éthique : la santé est un droit humain fondamental ;
- Honorer ses engagements : les gouvernements se sont engagés depuis de nombreuses décennies à améliorer la santé, le plus récent de ces engagements étant les objectifs de développement durable, qui comprennent une cible de réalisation de la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 ;
- Une raison économique : la santé, comme l'éducation, le savoir et les infrastructures, contribue à la croissance économique de plusieurs façons, notamment une participation accrue à la population active et une meilleure productivité ;
- Un motif de sécurité : comme la pandémie l'a très clairement montré, une mauvaise santé et l'incapacité à riposter aux graves menaces sanitaires mettent en péril la sécurité nationale et mondiale ;
- La confiance dans la démocratie et l'État de droit : lorsque les gouvernements échouent à investir dans la santé de leur population, ceux qui sont laissés de côté peuvent perdre confiance dans les institutions politiques, ce qui affaiblit la démocratie et l'État de droit.

Les travaux de la Commission

18. Groupe de leaders indépendant et interdisciplinaire, la Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable – repenser les priorités politiques à la lumière des pandémies, a été constituée fin 2020 par le directeur régional de l'OMS pour l'Europe, avec l'approbation du directeur général de l'OMS. Parmi les nombreuses commissions et groupes mis sur pied pour traiter de la COVID-19 et de ses conséquences, notre Commission se distingue par sa singularité de diverses manières, comme l'indiquent son titre complet et sa mission : a) nous intéresser à la santé dans sa totalité, et pas seulement aux pandémies ; b) révéler les interactions existant entre la santé et le développement durable ; et c) réexaminer la position de la politique de santé en lien avec les autres priorités et politiques. Par ailleurs, notre portée géographique s'étend aux 53 États membres de la Région européenne de l'OMS et au contexte mondial d'ensemble dans lequel l'OMS opère.

19. Au cours de l'année passée, nous avons examiné ce qui a fonctionné et plus souvent, ce qui n'a pas fonctionné dans la riposte à la COVID-19 et pendant les crises précédentes. Nous nous sommes demandé comment nous pouvions mieux répondre aux défis actuels et nous préparer aux inévitables menaces futures pour la santé. Nous avons émis une série de recommandations qui réduiront selon nous, si elles sont mises en œuvre, les risques qu'une catastrophe de la même ampleur se produise de nouveau. Nous devons agir davantage en amont. La prévention et la préparation ne peuvent consister en une intensification des mesures existantes. Alors que nous passons du monde pré-COVID-19 au monde post-COVID-19, nous devons admettre qu'il nous faut de nouvelles manières de penser.

20. Nos recommandations sont adressées aux gouvernements des pays de la Région européenne de l'OMS. Nous leur demandons d'agir à deux niveaux : à l'intérieur de leurs propres frontières, pour s'assurer qu'ils sont mieux préparés, car comme nous l'avons clairement vu, nous n'avons que la force du maillon le plus faible ; et au niveau international, en œuvrant ensemble pour faire de l'Europe et du monde un endroit plus sûr.

21. Lors de la formulation de nos recommandations, nous avons passé beaucoup de temps à discuter

2 COVID-19: Make it the Last Pandemic. Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response; 2021 (https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf).

3 Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response. Geneva: World Health Organization; 2021 (A74/9; <https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies>).

4 Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme. Geneva: World Health Organization; 2021 (A74/16; <https://www.who.int/publications/m/item/a74-16-independent-oversight-and-advisory-committee-for-the-who-health-emergencies-programme>).

de la diversité de la région. La Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable couvre les 53 États membres de la Région européenne de l'OMS, ce qui est source de points forts comme de difficultés. Vingt-sept pays sont membres de l'Union européenne, cinq sont membres de l'Union économique eurasiatique, et trois (l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège) ont rejoint les pays membres de l'Union européenne au sein de l'Espace économique européen. Le reste des pays forme un groupe divers, entretenant des liens variés avec l'Union européenne et d'autres associations régionales. Les 53 États membres sont également divers sur le plan économique et couvrent tout le spectre des niveaux de revenu : un pays à revenu faible, quatre pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, 14 pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et 34 pays à revenu élevé. Les pays ont également de nombreuses manières d'œuvrer ensemble qui sont capitales pour la santé et la capacité à riposter aux menaces sanitaires, notamment au sein du G20 et du G7. Si nous nous intéressons donc aux modalités de collaboration entre les 53 pays, nous devons reconnaître le rôle pouvant être joué par ces différents forums. Cela est particulièrement ardu pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, car il doit réfléchir aux moyens fonctionnant le mieux dans les pays membres de l'Union européenne, dans les pays non-membres de l'Union européenne et au niveau mondial. Cette réalité inévitable est prise en compte autant que possible dans notre analyse et nos recommandations.

22. Nous avons également réfléchi aux nombreux et divers facteurs qui influencent la santé dans son acception la plus large : « Une seule santé ». C'est un sujet qui occupe les spécialistes depuis des décennies, et qui puise des éclairages dans diverses disciplines. Nous ne prétendons pas qu'il est facile de résumer les relations complexes que cela implique et inévitablement, notre cadre simplifie la réalité. Mais nous avons trouvé utile d'avoir recours à ce concept d'« Une seule santé » comme base de notre approche, les éléments qui la menacent et ceux qui la promeuvent, car nous cherchons à comprendre les mécanismes aussi bien que les conséquences de la pandémie, directement et indirectement.

23. Le cœur de l'approche « Une seule santé » est constituée de l'ensemble de relations individuelles et collectives qui unissent les êtres humains, les animaux et l'environnement naturel, qui tous interagissent avec les micro-organismes qui coexistent avec chacun d'entre eux dans ce que nous appelons la biosphère, qui est le milieu de vie de la planète (cf. Figure 1). Un grand nombre des principales menaces

pour notre survie apparaissent à cette interface. Elles incluent les agents infectieux qui sautent d'une espèce à l'autre ou évoluent pour occuper de nouvelles niches écologiques, notamment celles que nous créons pour eux, par exemple par un usage inapproprié des antibiotiques ou des changements dans notre comportement ; et également les choses dont nous avons besoin pour survivre, telles que la nourriture, l'eau et la protection contre les événements climatiques extrêmes. Ces relations ont lieu sur une planète dont la situation est affectée par de nombreux événements. Nous ne contrôlons pas certains d'entre eux, mais un grand nombre de situations reposent dans nos mains. Depuis quelques décennies et plus encore récemment, nous autres, êtres humains, avons eu un impact sans précédent sur les ressources naturelles de la planète ; nous avons pollué la terre, l'air et l'eau ; et nous avons déplacé les nombreuses espèces avec lesquelles nous partageons cette planète. Mais nous avons également fait beaucoup pour promouvoir la santé : nous avons découvert des médicaments, construit des systèmes de santé, et bien plus encore.

24. Notre modèle inclut un grand nombre des choses que nous faisons, individuellement et collectivement, pour influencer la santé vue comme « Une seule santé », de façon positive mais aussi négative. Les influences positives comprennent les conditions nécessaires traditionnelles de la santé, telles que la nourriture et le logement, et les conditions plus récentes, telles que les systèmes de santé, l'accès numérique et les dispositifs de suivi des écosystèmes et de la santé humaine et animale. Les influences négatives englobent, elles, les conflits, l'insécurité et le commerce de biens nocifs. Toutes ont joué un rôle, pour le meilleur ou pour le pire, pendant la pandémie ; quant à la destruction des écosystèmes, la pression accrue sur les sols et l'augmentation de la mobilité humaine, toutes contribuent à la propagation d'agents pathogènes.

25. Depuis bientôt vingt ans, les gouvernements de la Région européenne de l'OMS se sont engagés vis-à-vis du principe de faire figurer la santé dans toutes les politiques. Un grand nombre des décisions les plus importantes pour la santé et le bien-être sont prises en dehors des ministères de la Santé, par les responsables des politiques économiques, agricoles, éducatives, environnementales et industrielles et des politiques de l'emploi. Si nous voulons nous assurer que les progrès accomplis pour améliorer la santé de nos populations sont durables, nous devons encourager les politiques qui promeuvent l'approche « Une seule santé » en tant qu'approche intégrée aux différents ministères, et décourager celles qui la mettent en danger.

FIG. 1 LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ AU XXI^e SIÈCLE



Source : McKee M, ed (2021). Drawing light from the pandemic: a new strategy for health and sustainable development—a review of the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

* AMR : antimicrobiens

OBJECTIF 1

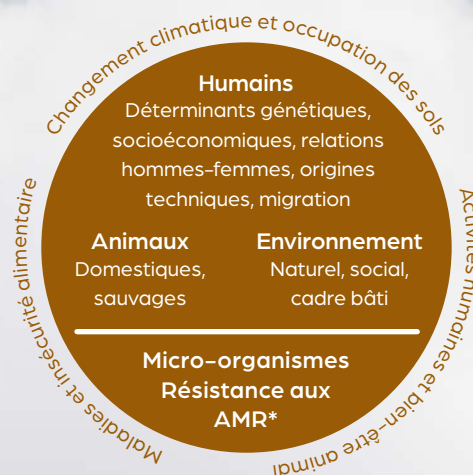
METTRE EN APPLICATION LE CONCEPT « UNE SEULE SANTÉ » (*ONE HEALTH*) À TOUS LES NIVEAUX

RECOMMANDATIONS

- 1.1. **Obligations au niveau national** : les gouvernements devraient mettre en place des structures, des mesures incitatives et un environnement de soutien, de façon à élaborer des stratégies intergouvernementales cohérentes en faveur d'« Une seule santé », en s'appuyant sur le concept de la santé dans toutes les politiques et les objectifs de développement durable.
- 1.2. **Une meilleure coopération au niveau international** : les dispositifs de coordination et de collaboration entre les institutions internationales concernées – l'OMS, la FAO, l'OIE et le PNUE – devraient être renforcés, pour soutenir les efforts vers une connaissance partagée, des technologies communes et une architecture internationale appropriée permettant d'établir des priorités, de convenir de domaines de responsabilités et de définir le champ des travaux communs sur la promotion de la santé humaine, animale et environnementale.
- 1.3. **Action coordonnée à tous les niveaux pour réduire les risques environnementaux pesant sur la santé**, notamment les risques liés à la biodiversité et au climat, et pour améliorer les systèmes de notification d'« Une seule santé ».

26. La pandémie de COVID-19 a exposé la fragilité de la santé humaine et souligné ses liens croisés avec la santé des animaux et l'environnement naturel en général, qui tous ensemble forment la biosphère (cf. Figure 2). La COVID-19 est une infection zoonotique causée par un virus qui a traversé la barrière des espèces. Mais ce sont les activités humaines, telles que la déforestation, le commerce et la consommation de la faune, et les déplacements internationaux, qui pense-t-on, ont mené à la multiplication du virus SARS-CoV-2, et facilité sa propagation mondiale. Les conséquences sont considérables pour nous tous. Nous et nos descendants nous trouvons à présent devant un avenir incertain, sauf si des remèdes urgents sont adoptés.

FIG. 2 LA BIOSPHERE, AU CŒUR DE L'APPROCHE « UNE SEULE SANTÉ » (*ONE HEALTH*)



Source : McKee M, ed (2021). Drawing light from the pandemic: a new strategy for health and sustainable development—a review of the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

* AMR : antimicrobiens

27. L'approche « Une seule santé » est « une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire – déclinable aux niveaux local, régional, national et mondial –, qui a pour but d'atteindre les meilleurs résultats possibles au niveau de la santé, en ayant conscience de l'interconnexion entre les personnes, les animaux, les plantes et leur environnement commun ». ⁵ « Une seule santé » est à la fois une approche et un résultat – une santé optimale pour les personnes, les animaux, les plantes et leur environnement commun –, qui est un bien public.

Un bien public possède des caractéristiques particulières. Il bénéficie à tout le monde ; si une personne l'utilise, cela ne réduit pas sa disponibilité pour les autres ; et personne ne peut être exclu de ses avantages. L'éclairage des rues est un exemple classique de bien public. Dans le contexte de la pandémie, les systèmes de surveillance et les connaissances qu'ils génèrent sont d'autres exemples. En raison de leurs caractéristiques, les biens publics seront insuffisamment produits s'ils sont laissés au fonctionnement des marchés.

28. L'approche « Une seule santé » n'est pas un nouveau concept, mais son adoption a été entravée par des politiques et des financements fragmentés et par des structures organisationnelles cloisonnées. Du niveau individuel au niveau mondial, la mise en œuvre de l'approche « Une seule santé » n'a jamais été plus urgente, pour riposter aux menaces pour la santé humaine et pour progresser vers le développement durable. Comme la COVID-19 l'a montré de façon absolument évidente, lorsque dans « Une seule santé », un aspect est menacé, les autres aspects sont également en danger. Les questions propres à « Une seule santé » – telles que la résistance aux antimicrobiens, la sécurité alimentaire et le réchauffement mondial –, transcendent les frontières nationales, ministérielles, organisationnelles et professionnelles ; notre méthode doit faire de même. L'approche « Une seule santé » requiert de supprimer les cloisons traditionnelles séparant la santé environnementale, végétale, animale et humaine, pour rassembler l'expertise pertinente et les autorités concernées. La réussite de la mise en œuvre d'« Une seule santé » dépend de décisions et de processus à tous les niveaux. Cela nécessitera des synergies entre les stratégies, les structures et les systèmes, pour lier la

politique, la législation et les finances. **La Commission demande instamment à tous ceux qui sont impliqués dans le développement durable de développer une connaissance commune de l'interdépendance de la santé humaine, animale et environnementale.**

Protéger la biodiversité et le climat – une police d'assurance à tous les niveaux

29. La biodiversité est un aspect capital de l'approche « Une seule santé », qui agit comme une police d'assurance contre les menaces pour la survie humaine. Par exemple, grâce à la diversité de la végétation dans les forêts tropicales humides, lorsque les conditions climatiques désavantagent un type de plante, un autre type peut pousser dans le vide laissé. Ainsi, l'absorption du dioxyde de carbone atmosphérique peut se poursuivre. C'est en revanche beaucoup plus difficile lorsque les forêts originales ont été remplacées par une monoculture de plantes nourricières, ou lorsque les derniers îlots de jungle sont fragmentés et isolés les uns des autres. De même, l'élevage sélectif qui sous-tend la production intensive de viande a créé des troupeaux génétiquement homogènes, ce qui les rend vulnérables à l'émergence de nouveaux pathogènes. Cette perte de diversité génétique met en péril la résilience des écosystèmes agricoles face à de futurs dangers tels que les nuisibles, les agents pathogènes et le changement climatique ; elle représente donc une menace significative pour la sécurité alimentaire mondiale. De nombreux travaux ont été effectués pour développer la mesure de la biodiversité ^{6,7}, mais beaucoup reste à faire pour inclure des indicateurs pertinents dans les systèmes de notification relatifs à « Une seule santé », aux côtés d'autres indicateurs relatifs à la santé environnementale, tels que les effets sur la santé du changement climatique. ⁸

30. Chacun a un rôle à jouer dans la promotion de l'approche « Une seule santé » : en tant que citoyens dans l'urne de vote, en tant que consommateurs dans les allées des magasins et pour certains, en tant que décideurs à différents niveaux du gouvernement ou du secteur privé. La position occupée influe sur la capacité à faire des choix qui comptent. Un homme politique confirmé peut changer la loi sur des questions telles que la production alimentaire. Une famille d'une classe moyenne peut avoir la

5 Centers for Disease Prevention and Control [Centres pour le contrôle et la prévention des maladies] One Health Basics [website] (<https://www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html>, consulté le 29 juillet 2021).

6 NatureServe. Biodiversity Indicators Dashboard [website] (<https://www.natureserve.org/conservation-tools/biodiversity-indicators-dashboard>, accessed 29 July 2021).

7 Dasgupta P. The Economics of Biodiversity: The Dasgupta Review. London, HM Treasury, 2021 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/962785/The_Economics_of_Biodiversity_The_Dasgupta_Review_Full_Report.pdf, accessed 29 July 2021).

8 The 2020 report of the Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. Lancet. 2021;397:129–70 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32290-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32290-X)).

possibilité de choisir des aliments produits par des méthodes nuisant moins à l'environnement. Mais d'autres auront moins de choix à leur disposition, en particulier lorsque l'alimentation la moins chère des rayons est produite dans les pires conditions sanitaires, ou lorsque les seuls emplois disponibles localement proviennent d'employeurs qui mettent en danger l'approche « Une seule santé ». Mais même lorsque les choix sont limités, comprendre mieux les problèmes ne peut qu'être utile, pour favoriser la tenue d'un débat public informé. Cela exige des mesures susceptibles **de créer une large compréhension des principes et des pratiques de l'approche « Une seule santé » dès le plus jeune âge, de manière à encourager un soutien continu par les générations à venir, et de les lier au niveau local, à une vaste gamme de mesures de sensibilisation, d'éducation et de changement comportemental, dans le cadre de plans d'action municipaux en faveur de l'approche « Une seule santé ».**

Obligations au niveau national

31. Ceux qui œuvrent à l'amélioration de la santé des humains, des animaux et de l'environnement ont beaucoup à apprendre les uns des autres. Les vétérinaires, les agents de santé, les spécialistes de l'environnement et les chercheurs comportementalistes peuvent mettre en place des communautés de pratiques et des réseaux d'échange de savoir, qui tiendraient compte des signaux d'alerte, tels qu'une mortalité accrue des oiseaux ou des flambées de syndromes de type grippal, afin de les partager rapidement et d'engager des enquêtes, grâce à l'établissement de liens avec des réseaux existants tels que le *Program for Monitoring Emerging Diseases* [Programme de suivi des maladies émergentes] et le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Mais ceux qui contribuent à ces efforts ont besoin d'une structure de soutien, qui fait souvent défaut. C'est pourquoi **la Commission exhorte les gouvernements à créer des structures, des mesures d'incitation et l'environnement nécessaire à l'élaboration de stratégies nationales cohérentes en faveur de l'approche « Une seule santé », en s'inspirant du concept de la santé dans toutes les politiques. Chaque gouvernement doit décider comment il réalise cela, en agissant à l'intérieur de ses frontières tout en bénéficiant de la collaboration internationale.** Ce qui importe est que les détenteurs de l'autorité, en particulier les ministres des Finances, de la Santé, de l'Agriculture et de l'Environnement, sortent de leurs citadelles pour trouver des solutions partagées à des problèmes communs.

Une meilleure coopération au niveau international

32. Les changements dont nous avons besoin seront mus par des politiques et des initiatives au sein des pays individuellement, mais ils devront être soutenus par une architecture globale. Pourtant, à l'instar du niveau national, les paysages aux niveaux mondial et régional sont fragmentés. **La Commission préconise l'adoption de mesures susceptibles de traiter les lacunes et les chevauchements existant dans les structures de gouvernance internationale, en particulier dans les diverses institutions spécialisées des Nations Unies.**

33. Pour de nombreuses raisons, en particulier la nécessité d'éviter une perturbation organisationnelle massive au moment où le monde se relève d'une crise, les changements seront très probablement progressifs. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'urgence. **Nous avons besoin de raisonnements imaginatifs pour savoir comment nous pourrions développer des synergies entre l'OMS, la FAO, l'OIE, le PNUE et d'autres organes liés.** Cela se fera logiquement sous l'égide des Nations Unies. Une organisation ou un réseau (existant ou créé à cet effet) pourrait être chargé de mettre au point des normes fondées sur une compréhension commune des futurs défis attendant « Une seule santé », de soutenir les gouvernements lors de leur mise en œuvre des stratégies nationales pour « Une seule santé », et de tenir lieu de forum conviant les groupes concernés à apprendre mutuellement, diffuser des bonnes pratiques et élaborer des indicateurs appropriés d'évaluation de la performance. Dans la Région européenne de l'OMS, nous recommandons que le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe soit la principale institution initiatrice.

34. Pour atteindre des buts politiques et des cibles, il est nécessaire de posséder des outils communs et des cadres réglementaires. **La Commission invite à élaborer des terminologies communes et une architecture internationale appropriée pour établir des priorités, convenir de domaines de responsabilités et identifier des espaces de collaboration, faisant ainsi la promotion de la santé des humains, des animaux et de l'environnement naturel.** L'existence de résultats mesurables faciliterait l'intégration d'« Une seule santé » dans les outils actuels, tels que les indicateurs environnementaux, sociaux et de gouvernance (ESG), qui sont de plus en plus largement utilisés, et dans d'autres cadres réglementaires, ce qui à son tour encouragerait le secteur privé à réfléchir aux questions associées à « Une seule santé », en les incorporant dans leurs rapports et leurs évaluations des risques.

OBJECTIF 2

ENTREPRENDRE DES ACTIONS À TOUS LES NIVEAUX DE LA SOCIÉTÉ POUR GUÉRIR LES DIVISIONS EXACERBÉES PAR LA PANDÉMIE

RECOMMANDATIONS

- 2.1 **S'assurer que les systèmes d'information internationalement comparables rendent compte des nombreuses inégalités de santé et d'accès aux soins au sein des populations, de manière à inspirer des politiques et des interventions qui s'attaquent aux causes profondes de ces inégalités.**
- 2.2 **Identifier les personnes qui dans la société, mènent des vies marquées par l'appauvrissement et la précarité, et élaborer et mettre en œuvre des politiques qui leur apportent la sécurité, fondement d'un bon état de santé.**
- 2.3 **Adopter des quotas explicites en vue de la représentation des femmes dans les organes publics impliqués dans la formulation et la mise en œuvre de la politique de santé**

Rendre visibles les personnes invisibles

35. **L'un des effets les plus préoccupants de la pandémie de COVID-19 est qu'elle n'a pas seulement fait ressortir crûment les inégalités et les iniquités qui brisent nos sociétés : elle les a également exploitées.** Elle a jeté une lumière tragique sur les fractures existant entre les personnes, les groupes et les communautés, révélant notre échec continu à prendre soin des plus vulnérables.

36. Même si chacun a été affecté d'une quelconque façon par la pandémie et la riposte engagée contre elle, certains groupes ont souffert plus que les autres. Dans la plupart des cas, ce sont ceux qui étaient déjà désavantagés ou négligés. Ils comprennent les enfants qui à la maison, manquent de place pour étudier ou n'ont pas d'accès Internet pour l'enseignement en ligne ; les personnes qui ont un emploi précaire et doivent choisir entre se rendre sur leur lieu de travail où ils sont exposés à l'infection et rapporter de la nourriture sur la table familiale ; les personnes atteintes de maladies chroniques, tels que le cancer, le VIH, les maladies cardiovasculaires et le diabète ; et les personnes vivant dans des centres de soins de longue durée, dont beaucoup sont décédées sans le soutien de leur famille, souvent dans de terribles circonstances.

37. **Cette situation est une conséquence des politiques qui depuis de nombreuses années, ont engendré de hauts niveaux de richesse et d'inégalités de revenu,** le sous-investissement dans la protection sociale et en ce qui concerne notamment les soins sanitaires et sociaux, l'inégalité des opportunités pour certains groupes. Ces politiques ont également mené à une précarité croissante des emplois, des salaires, du logement et même de l'approvisionnement en nourriture, au racisme et à d'autres formes de discrimination, et à l'octroi de la priorité aux préférences des individus sur les besoins de la société. À leur manière, elles ont contribué aux difficultés auxquelles les gouvernements dans le monde, ont été confrontés dans leur riposte à la COVID-19.

38. Depuis le début de la pandémie, la plupart des gouvernements ont reconnu, même tardivement, que quelque chose devait être fait pour protéger les personnes les plus à risque. Les gouvernements ont adopté un vaste ensemble de mesures, notamment le gel des loyers et l'interdiction des expulsions, des plans de soutien des entreprises et de l'emploi, des transferts directs et une série de mesures de stimulation économique. Mais au moment où les plans de relèvement de la COVID-19 apparaissent, **il est temps de transformer le mantra « reconstruire**

en mieux » en une réalité. Le besoin de s'attaquer aux causes de ces inégalités anciennes et profondes est pressant.

39. Cela ne pourra se faire que si les gouvernements ont une image précise de l'ampleur et de la nature de ces inégalités. À l'heure actuelle, beaucoup ne l'ont pas. En effet, les personnes les plus désavantagées sont souvent invisibles dans les statistiques officielles. À moins que les caractéristiques associées aux situations de désavantage soient enregistrées, de même que la protection appropriée, il sera impossible de savoir si des personnes sont systématiquement désavantagées.

40. Cela s'appuiera sur les travaux existants de l'OMS et d'autres organisations internationales engagées de longue date auprès des gouvernements pour les aider à améliorer leurs systèmes d'information sanitaire. Pour être utiles, les données doivent aller au-delà de la ventilation habituelle par âge et par sexe pour inclure, autant que possible, les données socioéconomiques portant sur l'éducation, l'origine ethnique et la situation migratoire, en prévoyant cependant de fortes garanties contre les abus, de la part par exemple, des services de police et d'immigration. **Des enquêtes régulières devraient être menées pour suivre les conditions de vie, les besoins sanitaires et l'utilisation des soins de santé** en employant des moyens qui permettent les comparaisons internationales, avec des tailles d'échantillon suffisantes et des questions harmonisées. Les enquêtes de ce type existent déjà, comme par exemple l'Enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie et l'enquête intitulée *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* [Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe], mais elles ne couvrent pas la totalité de la région paneuropéenne.

41. Ces données sont tout le temps importantes mais plus encore en temps de pandémie, lorsque la riposte de santé publique, efficace et appropriée, aux plans national et international, dépend du partage d'informations épidémiologiques correctes entre les pays, pour comprendre la transmission et la propagation. Ces systèmes font cruellement défaut au sein des pays de la région paneuropéenne (au plan mondial également et dans une bien moindre mesure, entre les pays de la région paneuropéenne). Il est inquiétant de constater que la COVID-19 a révélé des défauts plus marqués en termes de capacité des pays à œuvrer ensemble pour élaborer des solutions à l'environnement de données fragmenté et incomplet de la Région européenne de l'OMS. C'est pourquoi **la Commission exhorte les gouvernements,**

avec le soutien du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, à mettre au point des mesures couvrant la totalité de la région paneuropéenne pour assurer la compatibilité des données sanitaires et fournir une information en temps voulu sur la distribution de l'état de santé au sein des populations, par sexe, origine ethnique (lorsque c'est légalement possible), situation économique et autres caractéristiques pertinentes.

Réduire les inégalités

42. Disposer de stratégies complètes de réduction des inégalités n'est pas seulement une affaire de justice. Les intérêts personnels dictent également de sérieux motifs d'agir. Un grand nombre des conditions qui ont désavantagé les personnes et les familles ont donné l'occasion au virus de persister et de se propager. Mais il existe encore une autre raison. Dans certains pays, la pandémie a entraîné une polarisation accrue, qui a divisé les groupes de population entre « eux » et « nous » et sapé la confiance dans les organes publics. Le passé récent et lointain nous prouve et nous rappelle que les situations dans lesquelles certains groupes sont systématiquement laissés de côté peuvent affaiblir la confiance dans le système politique, ce qui a des conséquences pour toute la société.

43. Eu égard à ces raisons, **la Commission engage les gouvernements à identifier les personnes qui dans leur société, mènent des vies marquées par l'appauvrissement et la précarité, en admettant la menace que cela constitue non seulement pour la santé mais aussi pour la confiance dans les institutions et pour la démocratie,** et à soutenir des politiques pour s'attaquer à ces inégalités et les réduire. **Les appels à « reconstruire en mieux » et « ne laisser personne de côté » ne doivent pas être des slogans vides.**

Renforcer la confiance

44. Une partie importante des discours publics (et privés) sont à présent caractérisés par une partialité sociale et politique aiguë, ce qui conduit à une dilution des faits et à des inquiétudes quant à l'émergence d'une ère « postfactuelle ». Lorsque les conjectures et les opinions se voient accorder le même poids que les faits scientifiques, nous assistons à un affaiblissement des experts, et de façon inquiétante, à la conception et à la mise en œuvre de politiques sur la base de ce qui est espéré plutôt que ce qui est connu.

45. Le manque croissant de confiance dans les faits et l'expertise se reflète dans le scepticisme grandissant envers les responsables politiques et les systèmes de

gouvernance. Cela a souvent fait obstacle à la riposte contre la pandémie, particulièrement dans les pays où les membres de la classe politique sont décrits comme une élite au service d'elle-même. Inévitablement, cela porte préjudice à l'apparition du nécessaire soutien public aux mesures de lutte contre la COVID-19. Le manque de confiance crée une fracture sociétale, qui demande une nouvelle forme de leadership et de meilleures méthodes de prise de décision.

46. La demande des patients de « ne pas prendre de décision à mon sujet sans moi » et le mouvement vers des soins centrés sur les patients sont pertinents pour la prise de mesures concernant la population aussi bien que les personnes elles-mêmes. Les politiques adoptées en réponse à la pandémie ont dans de trop nombreux cas, accordé une attention insuffisante aux problèmes pratiques que les personnes ordinaires affrontent lorsqu'elles sont mises en œuvre. Une expérience croissante existe en matière de « cocréation de solutions », qui consiste à œuvrer avec les groupes de population pour élaborer des politiques pouvant susciter une large acceptation afin de fonctionner. Il est particulièrement important d'y œuvrer en partenariat avec les groupes de population dont les voix sont souvent peu entendues. Par conséquent, **la Commission préconise de nouvelles méthodes de prise de décision qui tout en étant fondées sur les meilleures connaissances scientifiques disponibles, sont inclusives, incarnent les valeurs partagées d'équité et de justice et attirent un vaste soutien public.**

Assurer la participation des femmes à des fonctions de direction et plus encore

47. Qu'elles résultent de phénomènes naturels ou d'actions humaines, les crises ont presque toujours un impact différent selon le sexe, affectant les femmes et les hommes différemment. Pendant la pandémie actuelle, les femmes ont été exposées à une probabilité de perdre leur emploi bien plus élevée que les hommes, et parmi le nombre disproportionné de femmes travaillant dans l'économie informelle, beaucoup ont souffert de larges pertes de revenus. Elles ont connu des taux d'épuisement professionnel plus élevés que les hommes et certaines se sont privées de nourriture pour protéger leurs enfants. De nombreuses filles ont quitté l'école et lorsque les établissements scolaires ont rouvert, elles semblaient montrer une probabilité moindre que les garçons d'y retourner.

48. Cela reflète en partie la nature différenciée selon le sexe, de l'emploi. Bien que des progrès aient été faits pour réduire l'écart entre les hommes et les femmes en matière d'emploi depuis la Déclaration et le programme d'action de Beijing de 1995, de

nombreuses femmes, même maintenant, supportent des responsabilités traditionnelles de soins et perdent des opportunités d'éducation, de revenu et sur le marché du travail. Cela entraîne une ségrégation professionnelle, les femmes étant sous-représentées dans les postes les mieux payés et les secteurs à profil élevé. Les femmes ont plus souvent un emploi précaire, une stabilité moindre, un salaire et des avantages plus faibles ; en 2019, l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes en Europe était estimé à plus de 14 %. Les femmes étant surreprésentées dans des secteurs tels que l'accueil, le tourisme et l'éducation, souvent à des postes inférieurs et disposant de moins de flexibilité pour le travail à domicile (en particulier dans les pays à revenu élevé), elles ont été particulièrement vulnérables aux restrictions imposées pour lutter contre la COVID-19. Ces pressions ont contribué à aggraver leur santé physique et mentale, alors que par ailleurs, un grand nombre de femmes ont subi de la violence fondée sur le sexe. Nous nous réjouissons d'un grand nombre de mesures prises par les gouvernements pour fournir un soutien, parfois spécifiquement tourné vers les femmes, mais nous devons à présent renouveler notre engagement envers l'égalité hommes-femmes dans la conception de politiques et la prise de décisions. Les demandes d'inclusion explicite des relations hommes-femmes dans les plans de relèvement de la COVID-19 abondent – le G7 promettant d'investir dans l'éducation des filles et l'emploi des femmes –, mais cela ne donnera lieu aux nécessaires changements structurels que si les femmes participent activement à l'élaboration des programmes d'action.

49. C'est pourquoi la Commission exhorte les gouvernements à augmenter la participation des femmes dans les organes de prise de décision et à veiller à ce que leurs droits et leurs besoins soient reflétés dans toutes les politiques gouvernementales.

Cela devrait inclure l'adoption de quotas explicites de représentation des femmes dans les organes publics engagés dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, en particulier la préparation, la gestion et la riposte à la crise. Nous savons que l'égalité hommes-femmes dans la prise de décision a des conséquences économiques positives et apporte quantité d'avantages, **les femmes occupant des postes de direction ayant montré qu'elles accordaient la priorité à des problèmes d'importance sociale (la santé, l'éducation, la protection sociale, les droits, la cohésion sociale), davantage que leurs homologues masculins.** C'est précisément sur ces domaines que la planification post-COVID-19 doit se concentrer.

OBJECTIF 3

SOUTENIR L'INNOVATION POUR MIEUX RÉALISER « UNE SEULE SANTÉ » (ONE HEALTH)

RECOMMANDATIONS

- 3.1 Conduire un examen stratégique des domaines dans lesquels il existe des besoins non satisfaits en innovations nécessaires pour améliorer « Une seule santé »**
- 3.2 Établir des dispositifs pour harmoniser la recherche, le développement et la mise en œuvre des politiques et des interventions nécessaires pour parvenir à « Une seule santé », sur la base d'un véritable partenariat entre les secteurs public et privé, dans lequel les risques comme les gains sont partagés.**
- 3.3 Avec le soutien du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, poursuivre les efforts visant à développer un dispositif de génération constante de savoir, d'apprentissage et d'amélioration, fondé sur l'innovation.**

Conduire un examen stratégique des domaines dans lesquels il existe des besoins non satisfaits

50. La pandémie a confirmé l'importance de l'innovation pour parvenir à un meilleur état de santé. Cela a conduit par excellence, à de nouveaux traitements (dans certains cas, de nouveaux usages d'anciens traitements) tels que des vaccins et des médicaments, certains fondés sur une nouvelle technologie, et à de nouveaux modèles de soins, tels que les consultations en ligne et les approches innovantes de la surveillance de la propagation des maladies, de même que des réponses et des conséquences des contre-mesures. Pourtant, les gigantesques investissements dans l'innovation biomédicale ne vont pas toujours là où ils sont le plus nécessaires. Le modèle d'innovation actuelle est largement reconnu comme étant défectueux. D'abord, l'essentiel du risque est supporté par le secteur public, qui finance une large part de la recherche fondamentale sous-tendant les nouveaux médicaments et les nouvelles technologies ; pourtant, les profits vont en majorité aux entreprises qui s'emparent de ce savoir et en font des produits qu'elles mettent sur le marché. Ensuite, les priorités de ces entreprises sont fortement influencées par le modèle actuel de mesures incitatives. Les produits pour lesquels il existe seulement un petit marché, tels que les produits destinés aux maladies rares – où le prix nécessaire pour atteindre la rentabilité de l'investissement est élevé – sont produits seulement lorsque d'autres mesures incitatives existent, telles que les extensions de la protection par le brevet ou des subventions publiques à la recherche et au

développement. La situation des antimicrobiens est encore plus délicate, car les prestataires de soins de santé sont fortement incités à les utiliser aussi rarement que possible, pour réduire l'émergence de la résistance. Le mauvais positionnement des mesures d'incitation peut également être observé dans d'autres domaines d'innovation. Par exemple, la technologie médicale partage dans certains cas son modèle économique avec les imprimantes et les rasoirs, pour lesquels le coût initial peut être maintenu à un bas niveau, et où les profits sont réalisés sur les consommables nécessaires ; il existe donc une forte incitation à minimiser les possibilités de compatibilité. Les interventions organisationnelles, telles que les nouveaux modèles de soins, donnent lieu à des problèmes similaires, car il est difficile de créer un modèle économique permettant la rentabilité des investissements. De nombreux exemples de dysfonctionnement du marché, à des degrés divers, ont été reconnus pendant la pandémie. Ainsi, le développement des vaccins contre la COVID-19 a bénéficié de larges montants de financement public pour la recherche et le développement, et d'accords d'achat à terme, les investissements stratégiques de la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies jouant un rôle capital. Un grand nombre de données scientifiques sur les nouveaux traitements de la COVID-19 sont venus d'essais financés publiquement, tels que l'essai Recovery du Royaume-Uni, ou de l'usage imaginatif de grandes bases de données, telles que les informations issues de l'initiative OpenSafely.

51. À cet égard (et à d'autres égards), l'ampleur de la pandémie a mis en lumière l'importance de la recherche entreprise dans un but donné. Une question a été déterminée ; les chercheurs et les concepteurs des secteurs public et privé ont été invités à y répondre. Il existe de nombreuses autres questions nécessitant des réponses. Il a été fait allusion à certaines d'entre elles précédemment. Ce sont notamment les suivantes : quels nouveaux antimicrobiens pourraient exister, nous permettant de demeurer en tête de la course contre la résistance ; s'il existe des tests diagnostiques rapides, tels que les tests à flux latéral qui ont contribué à lutter contre la COVID-19, pouvant être utilisés pour réduire l'usage des agents antimicrobiens ; et s'il existe des médicaments qui peuvent prévenir la progression de la démence. Un vaste ensemble de questions porte également sur les moyens de s'assurer que les innovations sont adoptées dans la pratique et que les modèles de soins sont optimisés. Et comment pouvons-nous être sûrs que les patients et les agents de santé de première ligne sont impliqués dans la coproduction de ces réponses ? Pourtant alors que nous nous efforçons de répondre à ces questions, nous devons travailler au sein d'un système qui trop souvent, développe des produits ayant peu de bénéfices thérapeutiques, en particulier les produits appelés « succédanés » qui offrent au mieux, des avantages marginaux par rapport à ce qui existe déjà.

52. Bien que notre système actuel puisse générer des innovations essentielles, il échoue trop souvent à y parvenir. De nombreux exemples d'alternatives existent, tels que la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies ou l'Initiative sur les médicaments pour les maladies négligées. Elles montrent le champ des possibles. **La Commission se prononce en faveur d'un processus continu d'évaluation des besoins sanitaires non satisfaits en Europe, en examinant les maladies négligées, les groupes de population et les interventions entreprises pour élaborer une réponse stratégique qui couvre toutes les étapes du processus d'innovation, depuis la recherche fondamentale jusqu'aux essais cliniques de stade tardif et à la surveillance postcommercialisation.**

Nouer des partenariats en faveur de l'innovation

53. L'évaluation des besoins sanitaires non satisfaits devrait inspirer de meilleurs systèmes de gouvernance de l'innovation en Europe, certains d'entre eux émergeant déjà, tels que l'initiative de l'Union européenne nommée Autorité européenne de

préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire (HERA). **Les solutions d'avenir nécessiteront inévitablement des partenariats public/privé mais à la différence du passé, ils devront être fondés sur la transparence et sur le partage des risques et des bénéfices de l'innovation.** Il y a aussi place pour un usage plus judicieux des modèles d'achat qui facilitent le dialogue entre ceux qui achètent les biens et les services nécessaires pour fournir des soins de santé innovants d'une part, et ceux qui les produisent d'autre part. Les gouvernements, les prestataires de soins de santé, les organismes professionnels et autres doivent créer des mécanismes assurant que les besoins de ceux qui fournissent des soins de santé sont entendus dans la formulation des programmes d'action et le développement des solutions.

Soutenir l'apprentissage des systèmes de santé

54. Les systèmes de santé sont à la fois utilisateurs et créateurs de recherche. Pourtant, trop souvent, cette seconde fonction est insuffisamment valorisée. Au début de la pandémie, alors qu'il existait encore une importante incertitude sur les traitements qui allaient fonctionner, de nombreux patients dans les hôpitaux européens se sont vu refuser la possibilité de participer à des essais cliniques et à la place, se sont vu donner des traitements qui n'avaient pas été évalués en vue de la COVID-19. Finalement, grâce à des initiatives telles que l'essai Recovery, plusieurs traitements, notamment la dexaméthasone générique à bas coût, ont vu leur efficacité prouvée, mais avant cela, de nombreuses personnes sont mortes inutilement. Dans certains pays, l'organisation de tels essais aurait été si complexe qu'elle aurait été prohibitive, en raison d'une incapacité à mettre en œuvre avant la pandémie des systèmes simples d'éthique, d'approbation et autre, et des flux de financement. De même, la compréhension de la nature multisystémique et complexe de la COVID-19 a pris trop de temps, en raison notamment de la faiblesse des structures de dialogue entre les différentes spécialités, dont les membres lisent des revues scientifiques différentes, vont à des conférences différentes et souvent, ne savent pas communiquer entre eux. Cette situation ne doit pas se reproduire. **La Commission prie les gouvernements, les financeurs de la recherche, les prestataires de soins de santé et les organismes professionnels de réviser leur mode de soutien aux systèmes de santé qui apprennent, génèrent régulièrement de nouvelles connaissances scientifiques, les synthétisent et les diffusent, et mettent en œuvre des changements dans les médicaments, la technologie et les modèles de soins.**

RECOMMANDATIONS

- 4.1 Augmenter tous les investissements dans les systèmes de santé, en particulier les composantes des systèmes ayant traditionnellement attiré moins de ressources, tels que les soins de santé primaires et la santé mentale, en s'assurant que cet investissement est dirigé de façon à accroître au maximum la capacité des systèmes à procurer la meilleure santé possible à ceux qui les utilisent.**
- 4.2 Investir dans le personnel de santé et le renforcer, à la lumière des expériences de la pandémie, en mettant l'accent sur les moyens d'attirer, de conserver et de soutenir les agents de santé et de soin tout au long de leur carrière, et en examinant comment les fonctions des agents de santé peuvent évoluer, eu égard à la nature rapidement changeante de la médecine et de la technologie.**
- 4.3 Réévaluer et consolider les liens entre soins de santé et soins sociaux, à la lumière des expériences de la pandémie, dans le but d'augmenter leur intégration réciproque.**
- 4.4 Accorder la priorité à la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles et revoir à la hausse l'investissement dans les capacités en santé publique.**

55. La pandémie a causé un choc sans précédent aux systèmes de santé. Dans les régions les plus affectées, le nombre de patients ayant besoin de soins intensifs a monté en flèche, excédant de loin les capacités disponibles. En Italie, dont les régions du Nord ont été les premières à être affectées, la couverture télévisée a montré des patients gravement malades soignés dans des couloirs par des agents de santé se battant contre l'impossible. Il y avait des pénuries de presque tout. Les lits dans lesquels les patients auraient pu être admis étaient trop peu nombreux, de même que les agents de santé, l'équipement, en particulier les respirateurs et dans certains cas, l'oxygène, dont la fourniture continue a posé problème. Dans ces circonstances, la priorité a été de sauver la vie de ceux qui avaient attrapé ce nouveau virus, trop souvent mortel pour de nombreux malades.

56. Ces pressions ont fait ressortir nettement l'échec de nombreux pays à investir dans des hôpitaux dotés d'une flexibilité suffisante pour répondre à la crise contre laquelle tant de personnes avaient tiré la sonnette d'alarme depuis des décennies. La situation dans certains pays d'Asie a été assez différente : les hôpitaux ont été repensés en gardant à l'esprit la menace d'une pandémie, avec notamment la capacité de séparer les malades affectés par la maladie pandémique et les malades ayant besoin de soins de routine.

57. Simultanément, une autre tragédie se déroulait dans les établissements prodiguant des soins de longue durée, essentiellement à des personnes fragiles et âgées. Dans certains pays, l'impératif de vider des lits d'hôpitaux en faisant sortir ceux qui s'y trouvaient déjà a introduit les infections dans ces établissements. Une combinaison de facteurs, notamment la faible priorité donnée à la fourniture d'équipements de protection individuelle, l'emploi informel de nombreux membres du personnel, entraînant la possibilité que certains travaillent dans plusieurs établissements, et l'absence de tests, a permis à l'infection de se propager rapidement, causant des décès évitables en grand nombre parmi les résidents vulnérables et dans certains cas, parmi ceux qui les soignaient.

58. On ne peut pas permettre à telle situation de se reproduire. Les enquêtes qui sont menées dans certains pays débouchent sur de nombreuses leçons, dont il faut tenir compte. La fourniture d'un modèle détaillé pour l'organisation future des systèmes de santé n'entre pas dans les prérogatives de la Commission. Cependant, nous pouvons souligner un certain nombre de principes qui devraient être inclus dans les politiques pour augmenter la résilience future des systèmes de santé. Ces principes ont trait en particulier, à l'infrastructure des systèmes de santé, notamment la conception des établissements de soins ; au personnel de santé, qui a joué un rôle si important dans la riposte à la crise ; et aux relations entre soins de santé et soins sociaux.

Renforcer l'infrastructure des systèmes de santé

59. Il est admis depuis longtemps que d'importantes variations existent dans le niveau d'investissement dans les systèmes de santé à travers la région paneuropéenne. Une étude récente ayant rassemblé des données sur certains pays d'Europe de l'Ouest a montré que les capacités en lits de soins intensifs variaient d'un à cinq. Sans surprise, **les pays ayant les plus faibles niveaux ont dû déployer des efforts considérables, et l'attention des responsables politiques a été détournée vers la nécessité de protéger le système de santé. Finalement, de nombreux prestataires de soins ont fait face, mais seulement grâce aux efforts héroïques de leur personnel et à des approches imaginatives pour reconfigurer les services et redéployer les agents de santé.** Les services généraux ont été convertis en unités de soins intensifs, et le personnel soumis à une formation rapide leur permettant de suivre sous supervision, les patients les plus gravement malades.

60. Mais cela a eu un coût. Le personnel qui a été redéployé n'a pas pu s'occuper des patients dont ils ont habituellement la charge. Dans de nombreux pays, de nombreuses activités de routine, en particulier dans des domaines tels que les soins de santé primaires et les services de santé mentale, se sont effectivement arrêtées. Même maintenant, les conséquences de cela ne sont pas pleinement connues. En tous cas, la suspension de certaines activités, telles que le dépistage du cancer, va probablement avoir de lourdes conséquences à l'avenir.

61. La leçon la plus importante à tirer de cette expérience est que la pratique qui consiste dans certains pays, à faire fonctionner des établissements de santé à un taux d'occupation supérieur à 95 %, sans dispositif permettant de faire face à un afflux, est une vision à courte vue. Bien que cela puisse sembler efficace à court terme, cela entraîne un coût substantiel à long terme. Ce n'est pas seulement un problème de capacité physique. Plusieurs pays ont démontré qu'ils pouvaient augmenter rapidement le nombre de lits d'hôpitaux, par exemple en occupant d'autres espaces tels que des salles de conférence inutilisées. Mais dans la plupart de cas, ces espaces ont été de peu d'utilité, car il n'a pas été possible d'obtenir le personnel nécessaire pour s'occuper des patients.

62. Le traitement de ce problème ne sera pas facile. Il est clair que les gouvernements, en particulier ceux qui supportent des pressions financières, seront réticents à investir dans les capacités supplémentaires nécessaires à faire face à la crise. Le besoin d'augmenter le financement des systèmes de santé dans de nombreux pays de la région paneuropéenne est pourtant devenu apparent. Séparer les différentes parties du système de santé est inapproprié et source d'inutile discorde (car toutes sont nécessaires pour prodiguer des soins), mais enlever des ressources à un ensemble d'activités pour en soutenir d'autres n'aide pas non plus. Certains domaines sont historiquement sous-dotés : les soins de santé primaires en particulier, ont souvent souffert d'un ensemble d'incitations financières qui les ont rendus moins attractifs que les soins spécialisés des hôpitaux. Les services de santé mentale ont également connu des pressions supplémentaires dans de nombreux pays à cause des effets de l'austérité et de politiques d'emploi qui augmentent l'insécurité. En conséquence, dans de nombreux pays, certaines personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont inopportunément prises en charge par le système pénal.

63. C'est pourquoi **la Commission lance un appel aux gouvernements pour qu'ils augmentent les investissements dans les systèmes de santé de manière générale, mais en particulier dans ces parties du système qui traditionnellement drainent moins de ressources, en veillant en même temps à ce que ces investissements soient dirigés de façon à porter à son maximum la capacité des systèmes de santé à procurer la meilleure santé possible à ceux qui les utilisent.**

Attirer, former et retenir le personnel de santé

64. Les agents de santé ont été les héros de la pandémie. Ils ont fait bien plus que leur devoir, travaillant de longues heures dans des conditions souvent épouvantables. Ils ont affronté l'inconfort physique, enfermés dans leur équipement de protection individuelle, et la tension mentale, notamment des niveaux élevés d'épuisement professionnel et ce qu'on appelle un traumatisme moral, un sentiment de culpabilité de ne pas pouvoir apporter la qualité de soins souhaitée à cause des circonstances qui avaient cours alors. Dans de trop nombreux cas, les agents de santé ont donné leur vie au service des autres.



65. Leur combat a été reconnu, les responsables politiques exprimant des remerciements publics et se livrant à d'autres gestes d'appréciation. Mais ce n'est pas suffisant. Dans de nombreux pays, les agents de santé sont médiocrement récompensés. Leur salaire est inférieur aux autres salaires accordés pour des niveaux d'instruction similaires, et dans certains pays, il est tacitement admis qu'ils compléteront leur revenu par des sources informelles. Leur perspective de carrière est limitée, et les hiérarchies sont rigides. En conséquence, un grand nombre d'entre eux quittent le système de santé de leur pays pour de meilleures perspectives à l'étranger, des opportunités dans d'autres secteurs ou simplement quittent totalement la population active. Le problème ne réside pas seulement dans le gaspillage de qualifications et d'expertise rares. Il existe aussi des preuves irréfutables que les établissements de santé qui attirent et retiennent le personnel, tels que ceux qui disposent d'une accréditation Magnet, dispensent des soins de meilleure qualité, notamment – et c'est un point crucial – présentent moins d'infections nosocomiales. C'est pourquoi **la Commission enjoint les gouvernements d'entreprendre la révision de leurs stratégies pour renforcer le personnel de santé, à la lumière de l'expérience tirée de la pandémie, en mettant l'accent sur les moyens de soutenir ces travailleurs essentiels tout au long de leur carrière.**

66. Simultanément, **il est nécessaire de reconnaître que les fonctions des agents de santé sont en train de changer.** C'est également un processus qui s'est accéléré pendant la pandémie. Un nombre croissant de données scientifiques concernent ce que l'on appelle la « délégation de tâches » dans le secteur de la santé. Le but est de s'assurer que ceux qui sont le mieux placés pour remplir une fonction se la voient affecter. Le fait que quelque chose a toujours été fait par un groupe d'agents depuis des décennies n'est pas une justification suffisante pour continuer de cette façon. En conséquence, de nombreux agents de santé ont endossé des responsabilités supplémentaires, en particulier pour soutenir les besoins de patients plus gravement malades que ceux dont ils ont habituellement la charge. La délégation de tâches implique des relations entre trois éléments : la santé et les agents de santé, les patients et les aidants, et la technologie. Dans de nombreux pays, le paternalisme médical historique cède le pas à l'idée que les patients, assistés dans certains cas par leur aidant, devraient agir en partenariat avec leur agent de santé, établir des buts en commun et décider du meilleur moyen de les atteindre. Les avancées de la connaissance scientifique et de la technologie, telles que les modes d'accès changeants aux organes internes du corps humain, ont créé un grand nombre de fonctions nouvelles pour différents groupes d'agents de santé. Il est important que les progrès ne soient pas obstrués par des frontières historiques fermement tracées. Mais il importe également de souligner que le changement doit consister à améliorer les résultats au niveau de la santé et non seulement réduire les coûts. Par conséquent, **la Commission invite les gouvernements, œuvrant avec les organisations professionnelles, à explorer les modes d'évolution des fonctions des agents de santé, eu égard à la nature rapidement changeante de la médecine.**

Intégrer les soins de santé et les soins sociaux

67. Les décès évitables d'un si grand nombre de personnes logées en établissements résidentiels resteront pour de nombreuses familles comme l'une des caractéristiques distinctives de la pandémie. Les soins sociaux ont été pendant trop longtemps les parents pauvres du système de santé. Peu de gouvernements ont mis en place des systèmes permettant de les financer correctement, en dépit des avertissements clairs des démographes sur le vieillissement des populations. Les décisions nécessaires ne peuvent pas être reportées plus longtemps, en raison notamment des données factuelles indiquant dans plusieurs pays la poursuite de la baisse du taux de natalité pendant la pandémie.

68. Cela requerra une approche complète des populations vieillissantes. Il existe déjà de nombreuses données sur ce qu'il serait possible de faire pour promouvoir un vieillissement en bonne santé, au moyen notamment de politiques assurant que les personnes d'âge mûr sont en aussi bonne santé que possible et que les personnes âgées ont l'occasion de demeurer socialement actives, par exemple grâce à des équipements collectifs, des programmes de gratuité des transports publics et d'autres dispositifs. En ce qui concerne l'avenir proche, la pandémie a fait adopter les plateformes en ligne par les personnes âgées, ce qui pourrait offrir de nouvelles possibilités d'engagement, bien que cela ne doive pas être considéré comme acquis.

69. Certaines de ces politiques ont déjà porté leurs fruits. La prévalence de la démence à différents âges est en baisse dans plusieurs pays ; cela est en partie considéré comme une conséquence de la meilleure prise en charge des facteurs de risque traditionnels tels que l'hypertension. Malgré ces avancées, de nombreuses personnes continueront d'avoir besoin de soins de longue durée. Au-delà, d'autres personnes vivent dans la société avec le soutien de services sociaux ; parmi eux, un grand nombre de personnes ont beaucoup souffert des nécessaires restrictions dues à la pandémie. Dans ces deux groupes, de nombreuses personnes ont besoin d'un soutien accru par des services de santé. Trop souvent cependant, la fragmentation des soins de santé et des soins sociaux fait qu'elles échappent au système, passant inaperçues. Le système a manqué à la fois les résidents des maisons de soins exposés à la COVID-19 et les personnes vivant dans la société, dont les besoins complexes ont rendu difficile l'observance des mesures mises en place pour réduire la propagation de l'infection. C'est pourquoi **la Commission recommande que les gouvernements et les institutions impliquées dans le financement et la prestation des soins de santé et des soins sociaux, entreprennent une réévaluation des liens existant entre les différents éléments des soins, à la lumière des expériences vécues pendant la pandémie, dans le but de surmonter les échecs systémiques que la pandémie a amplifiés.**



OBJECTIF 5

CRÉER UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE POUR PROMOUVOIR L'INVESTISSEMENT DANS LA SANTÉ

RECOMMANDATIONS

- 5.1. **Changer le mode de collecte des données sur les dépenses de santé de manière à faire une distinction plus claire entre les dépenses de consommation et les investissements transformateurs.**
- 5.2. **Accroître les investissements dans les mesures de réduction des menaces, fournir des systèmes d'alerte précoce et améliorer la riposte aux crises**
- 5.3. **Renforcer les pouvoirs de surveillance des systèmes de santé à l'OMS, incluant des évaluations périodiques de la préparation qui enrichissent le suivi effectué par le Fonds monétaire international, les banques de développement et d'autres institutions techniques et financières.**
- 5.4. **Augmenter la part des fonds pour le développement dépensée pour les biens publics mondiaux, les externalités transfrontalières traditionnelles et la santé, plus généralement.**

70. Des facteurs tels que la soumission aux impératifs de la gestion à court terme dans la prise de décision, ne tenant pas compte des larges avantages externes de l'action menée contre les menaces sanitaires mondiales, et le fait que le système de santé mondial ne possède que la solidité du plus faible de ses maillons, ont conduit à ne pas investir dans la préparation et la résilience des systèmes de santé, ce qui a contribué à l'impact regrettable de la pandémie de COVID-19. Pour y remédier, des changements sont nécessaires dans l'information, les mesures incitatives et les normes gouvernant l'allocation des ressources, par les gouvernements nationaux aussi bien que par le secteur privé. Par ailleurs, les retombées transfrontalières et les interdépendances mondiales à l'égard de menaces sanitaires telles que les pandémies et la résistance aux antimicrobiens justifient un financement mondial accru pour les combattre.



Faire la différence entre dépenses de santé consommées et investissements transformateurs

71. Les cadres de la comptabilité nationale ont d'importantes implications pour les politiques et la planification. Au cours du siècle passé, de nombreux efforts ont été accomplis pour institutionnaliser la mesure systématique de l'activité économique au niveau national. Leurs buts étaient principalement le suivi et l'évaluation, le soutien à la prise de décision fondée sur des données factuelles et la facilitation des comparaisons internationales. Depuis 2000, le secteur de la santé a son propre cadre de suivi des dépenses de santé – le système de comptes de la santé –, qui sert de base mondiale pour l'établissement de rapports sur les dépenses totales en soins de santé prenant en compte un vaste ensemble de dimensions. Ce système a été révisé pour intégrer les expériences apprises en termes de comptabilité de la santé et pour rendre les comptes de santé plus utiles et plus pertinents pour les politiques. La façon dont les dépenses sont présentées dans ces cadres, notamment les variables collectées et le niveau de ventilation, rend nécessaire la réflexion sur l'éventualité d'améliorer l'enregistrement des données sur les dépenses de santé.

72. Les systèmes actuels peuvent être améliorés par la distinction entre les dépenses de santé ordinaires et les dépenses transformatrices. Le système de comptes de la santé actuel classe les dépenses de santé par fonction, afin de distinguer entre les différents objectifs de ces dépenses (par exemple, soins curatifs, soins de réadaptation, soins préventifs). Néanmoins, ce n'est pas adapté, car cela ne distingue pas entre les dépenses de santé ordinaires (ayant un effet contemporain et direct sur la santé) et les dépenses de santé transformatrices, c'est-à-dire celles qui retardent ou empêchent l'apparition d'une maladie (par la prévention) ou qui améliorent l'efficacité d'une prestation de soins (par les progrès technologiques). C'est pourquoi la Commission plaide en faveur de changements dans le mode de collecte des données sur les dépenses de santé, de manière à établir une distinction plus claire entre les dépenses de santé consommées et les investissements. **Cela incitera les pays à investir davantage dans les services de prévention et soutiendra probablement l'indispensable innovation qui augmente l'efficacité des soins.**

Augmenter les investissements publics dans la prévention, la préparation et la riposte

73. Les futures pandémies peuvent être prévenues si nous investissons dans la prévention, la préparation et la riposte. Comme le souligne en effet le rapport du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, la crise de la COVID-19 pouvait être prévenue. **Pour stopper de futures crises sanitaires, nous devons agir maintenant pour remédier aux multiples faiblesses ayant été identifiées dans nos systèmes internationaux de préparation et de riposte.** Nous savons à présent que le coût des activités visant à prévenir les pandémies s'élève à une petite fraction du coût qui peut d'ores et déjà être attribué à la pandémie de COVID-19. Nous ne pouvons pas nous permettre de retarder encore davantage l'investissement dans l'approche « Une seule santé » de la prévention.

74. La prévention et la gestion de la pandémie ne peuvent pas être laissées aux marchés privés ou à des pays particuliers, car l'une comme l'autre constituent des biens publics mondiaux. Les actions visant à améliorer la prévention, la préparation et la riposte à la pandémie, ou à lutter contre la résistance aux antimicrobiens et aux défis environnementaux posés à la santé, bénéficient à tous de manière égale, même s'ils ne paient pas pour en bénéficier. La fourniture et le financement de tout bien public souffrent du problème du « bénéficiaire opportuniste » ; les marchés privés n'en financeront pas un montant

suffisant, car les bénéfices reviennent à tout le monde. Le même raisonnement s'applique à un bien public mondial ; les pays individuellement vont sous-investir, puisqu'au moins une partie des bénéfices d'une prévention et d'une gestion réussies profiteront à tous. Enfin, la préparation à la pandémie, de même que sa gestion, souffrent du problème du maillon faible. Le maillon le plus faible d'une chaîne détermine la solidité du système tout entier. Dans la lutte contre la pandémie, le maillon le plus faible est le pays qui ne peut limiter la propagation du virus et devient source d'une nouvelle infection et de variants. Collectivement, ces répercussions et ces interdépendances indiquent que le financement et la gouvernance de la prévention aussi bien que de la gestion de la pandémie doivent être une préoccupation commune de la communauté mondiale.

75. La Commission exhorte les gouvernements, les autorités publiques, les banques de développement et d'autres à accroître les investissements dans les mesures de réduction des menaces, à fournir des systèmes d'alerte précoce et à améliorer la riposte aux crises. Nous devons être capables d'anticiper où, quand et comment les menaces de maladies infectieuses sont le plus susceptibles de (ré-)émerger pendant les prochaines décennies, et tirer profit des méthodes innovantes, telles que l'épidémiologie génétique des micro-organismes, pour transformer l'élaboration des futures contre-mesures biomédicales, et permettre de déceler rapidement les futures flambées et d'y répondre.

76. La politique budgétaire doit être harmonisée avec les stratégies d'« Une seule santé » et tenir compte des bénéfices communs de l'investissement dans la santé et l'environnement. Comme exposé plus haut, les gouvernements doivent mettre au point des stratégies intergouvernementales cohérentes en vue d'« Une seule santé », en harmonisant la politique budgétaire avec ces stratégies. Il est essentiel d'adopter une perspective large. Le réchauffement mondial va augmenter les risques d'événements de chaleur extrême qui menaceront la santé humaine et entraîneront la hausse du niveau de la mer et l'inondation des zones de faible altitude, rendant certains endroits inhabitables. Les politiques réduisant les incitations à pratiquer la déforestation ou l'agriculture intensive peuvent être bénéfiques pour les buts en rapport avec l'environnement et la biodiversité, et vont également diminuer le risque de répercussions zoonotiques et de résistance aux antimicrobiens. Des outils tels que les transferts

budgétaires écologiques, qui transfèrent du revenu public entre des autorités publiques au sein d'un pays sur la base d'indicateurs écologiques, ou le mécanisme REDD+, qui propose à des pays à revenu faible des mesures incitatives, fondées sur les résultats, pour prévenir la déforestation et la dégradation des forêts, ont été utilisées dans le cadre de buts de préservation, mais ils peuvent également être adaptés pour atteindre des buts sanitaires. Ces mécanismes pourraient attribuer des primes financières liées à la réduction des facteurs de risque d'émergence de nouvelles maladies infectieuses. Des programmes de ce type procureraient des avantages communs dans les divers domaines d'« Une seule santé », bénéficiant à la santé humaine, animale et végétale, de même qu'à la santé de l'environnement. La politique budgétaire devrait chercher à augmenter au maximum ces avantages communs..

Améliorer la surveillance des systèmes de santé

77. La surveillance multilatérale des systèmes de santé et des politiques budgétaires est une composante reconnue de l'ordre international. Les organisations multilatérales – notamment l'OMS, la Commission européenne, le FMI et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) – jouent un rôle normatif important pour l'élaboration des politiques nationales au moyen des exercices de surveillance systématique des pays. La Commission européenne, par exemple, pratique un cycle annuel de surveillance budgétaire et macroéconomique des États membres au moyen du « semestre européen » ; le FMI évalue régulièrement les politiques économiques et financières de ses 190 États membres au moyen des consultations prévues au titre de l'article IV de ses statuts, et tient des discussions avec les gouvernements, les responsables des banques centrales et d'autres acteurs essentiels sur ses conclusions et les leçons tirées de l'expérience internationale ; l'OCDE conduit également des examens de pays à la demande.

78. La pandémie a révélé le coût du sous-investissement dans la santé ; et les liens entre la surveillance des systèmes de santé et la politique budgétaire devraient être consolidés. Bien que certains systèmes de santé soient évalués au moyen du semestre européen et par l'OCDE, la santé ne figure généralement pas dans les consultations menées par le FMI au titre de l'article IV, en dehors des considérations de pressions budgétaires attribuées aux dépenses de santé et à des appels à augmenter l'efficacité des systèmes de santé. Il s'agit d'une opportunité manquée pour l'institution

financière internationale, car la pandémie a révélé que l'insuffisance de l'investissement dans la santé, en particulier dans les systèmes de santé publics, peut elle-même devenir une source de risque critique au plan macroéconomique, pas seulement pour le pays en question, mais aussi pour le monde.

79. La Commission préconise d'accorder à l'OMS le pouvoir de réaliser des évaluations périodiques des systèmes de santé nationaux, axées sur les fonctions de santé publique et la capacité à se préparer et à réagir aux pandémies, et d'introduire ses évaluations dans la surveillance du FMI et la programmation des banques de développement et autres institutions techniques. Ces évaluations pourraient tirer parti de l'expérience des examens périodiques universels pratiqués par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, pour évaluer la préparation aux situations d'urgence, la capacité de riposte et la conformité avec les obligations juridiques découlant du Règlement sanitaire international (2005). Sinon, un modèle similaire aux consultations menées par le FMI au titre de l'article IV pourrait être utilisé ; dans ce modèle, le personnel de l'institution rend visite aux gouvernements, analyse et discute les risques posés à la stabilité budgétaire et financière, et les résultats des consultations sont rassemblés dans un rapport final. Ces examens pourraient à leur tour enrichir la surveillance du FMI, lui permettant d'émettre un avis sur le niveau des dépenses de santé en rapport avec les fonctions de santé publique, en particulier si elles sont trop basses pour rendre critique au plan macroéconomique le niveau global ou l'efficacité de ces dépenses.

80. La meilleure surveillance des systèmes de santé et des dépenses devrait également guider l'établissement des priorités nationales et de celles des donateurs. Elle sera utile non seulement aux pays à revenu élevé et intermédiaire de la tranche supérieure, qui financeront probablement la santé à partir de revenus intérieurs et pourraient bénéficier d'une évaluation externe, mais aussi pour vérifier si les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure reçoivent un soutien suffisant de la part des banques multilatérales de développement et d'autres sources de financement extérieur de la santé publique. Les examens pourraient enrichir les travaux de renforcement des capacités de l'OMS et la programmation de la Banque mondiale, les décisions des banques régionales de développement et le soutien d'autres institutions engagées dans « Une seule santé », telles que la FAO et l'OIE. De nombreux États membres européens de l'OMS sont d'importants actionnaires

des banques multilatérales de développement et financeurs de guichets concessionnels ; ils pourraient donc pousser à des changements politiques pour augmenter la priorité accordée à la santé au sein de leurs portefeuilles..

81. Simultanément à un investissement public accru dans la santé, les institutions de financement du développement devraient augmenter leur soutien à l'investissement du secteur privé dans la santé.

Les institutions de financement du développement qui investissent dans le secteur privé, telles que les banques multilatérales de développement – la Société financière internationale (IFC) et la Banque européenne pour la reconstruction et le développement (BERD) –, investissent peu dans le secteur de la santé à l'heure actuelle. Entre 2013 et 2018, moins de 3 % de l'investissement des institutions de financement du développement ont concerné le secteur de la santé, et moins de 1 % de ces 3 % a bénéficié à des pays à revenu faible. Il est clairement nécessaire que ces institutions accordent leur priorité, et augmentent leurs investissements, dans le soutien à la recherche en santé et à l'innovation et dans le renforcement des chaînes d'approvisionnement, plutôt que d'investir uniquement dans la fourniture directe de services de santé. Ce besoin n'est pas seulement mondial, mais concerne également les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure de la Région européenne de l'OMS, où la BERD et l'IFC ont un rôle particulièrement important à jouer.

82. La Commission invite à augmenter la part des fonds pour le développement dépensés pour fournir des biens publics mondiaux et gérer les externalités transfrontalières traditionnelles, et appelle les gouvernements, qui sont des actionnaires majeurs des organes multilatéraux, à s'assurer que le volume de prêts par les banques multilatérales de développement est accru, et que les questions sanitaires reçoivent une priorité élevée, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure.

Incorporer les considérations sanitaires dans les prévisions économiques

83. Une tradition bien établie consiste à prendre en compte les facteurs environnementaux, sociaux et de gouvernance (ESG) dans les évaluations du risque financier, à côté de la perspective d'obtenir une bonne rentabilité financière, avant de procéder à des investissements. Ces facteurs sont de plus en plus utilisés pour influencer les décisions d'investissement à tous les niveaux, depuis les entreprises

jusqu'aux emprunts d'État et aux obligations supranationales. Le principal objectif des indicateurs environnementaux, sociaux et de gouvernance est d'inciter et de récompenser les réalisations dans des domaines socialement responsables, en évaluant la performance d'un emprunteur dans les domaines concernés. Bien que leurs détracteurs soient sceptiques sur le sérieux accordé par les créanciers aussi bien que les emprunteurs à ces mesures, un nombre croissant d'exemples démontrent leur réussite à détourner des capitaux d'activités nocives.

84. Le cadre d'« Une seule santé » peut être utilisé pour repérer les indicateurs environnementaux, sociaux et de gouvernance qui encouragent l'investissement éthique et durable. Ce concept d'indicateurs devrait être affiné pour inclure les considérations relatives à « Une seule santé », pour réduire les risques au minimum et augmenter les opportunités au maximum, et progresser plus efficacement vers les objectifs de développement durable. L'impact de l'investissement sur la santé peut en effet être considéré comme faisant partie de la dimension sociale, et l'analyse de l'impact sur la dimension environnementale peut être adaptée pour rendre compte des effets sur « Une seule santé » dans son ensemble. Cela pourrait aider à accroître la transparence et la connaissance de l'impact de chaque partie prenante sur la santé et l'exposition aux risques sanitaires, et à modifier les priorités et les activités des emprunteurs potentiels.

85. Les autorités de contrôle nationales, européennes et mondiales devraient définir des normes de divulgation d'information et d'établissement de rapports pouvant sensibiliser et assurer la transparence de l'impact des investissements sur la santé et de l'exposition à des risques sanitaires. Très peu d'informations existent actuellement sur les effets positifs ou négatifs que certaines activités ont sur la santé et sur les risques pouvant être encourus en raison d'un mauvais état de santé. Les autorités publiques aussi bien que les initiatives privées ont déployé des efforts croissants pour assurer la transparence à l'égard des facteurs environnementaux, à travers les labels (tels que la norme européenne pour les obligations vertes et l'Écolabel européen), la classification des activités économiques (taxonomie de l'Union européenne) et les normes d'établissement de rapports (les directives de l'Union européenne sur la publication d'informations ; les recommandations de l'Équipe spéciale des informations financières ayant trait au climat, du Conseil de stabilité financière). L'extension aux informations sanitaires de l'obligation de

divulgaration par les entreprises et les institutions financières aiderait à accroître la transparence et les connaissances. Comme dans le cas du climat, ces actions bénéficieraient des efforts d'harmonisation des normes conduits au niveau régional (en particulier par l'Union européenne) et au-delà (par les organisations mondiales d'élaboration de normes et par la Plateforme internationale sur la finance durable), sur la base des connaissances communes au niveau mondial.

86. Pour s'assurer que le système financier tient compte des risques sanitaires, ces derniers devraient être incorporés dans les stratégies et les cadres de gestion du risque. Le Réseau pour le verdissement du système financier a montré comment le changement climatique peut être traduit en risques financiers et a élaboré des scénarios permettant l'évaluation de ces risques.

Cela contribue à une meilleure tarification du risque et à l'harmonisation des flux de financement avec les cibles climatiques, ainsi que le requiert l'Accord de Paris. Tout comme les décisions financières devraient tenir compte des risques de changement climatique et des externalités négatives dues à l'investissement dans des activités menant à des émissions de carbone, elles devraient également prendre en compte les risques sanitaires et les externalités sanitaires négatives. Les activités qui sont préjudiciables ou bénéfiques pour la santé (les externalités négatives ou positives, respectivement) ont un prix qui n'est pas correctement évalué et tendent à être trop, ou trop peu, produites. Elles comprennent les activités qui augmentent les risques de la résistance aux antimicrobiens, telles que l'agriculture intensive et la déforestation, et l'évolution de l'utilisation des sols, qui augmente les risques de retombées zoonotiques. La première étape consisterait à développer une connaissance commune et des informations normalisées sur les risques sanitaires, ce qui permettrait aux entreprises et aux institutions financières d'évaluer les risques et les opportunités associés à la santé. L'exemple des risques environnementaux montre que la connaissance et l'appropriation par le secteur financier requièrent du temps et des données factuelles. Les institutions financières, les autorités de contrôle et les organismes de réglementation commencent juste à explorer ce domaine, par exemple dans le secteur de l'assurance, où la question de l'assurance contre les pertes d'exploitation liées à la pandémie est posée, ou bien pour factoriser les aspects sanitaires dans les scénarios financiers relatifs au climat.

87. La Commission appelle de ses vœux l'intégration des considérations sanitaires dans les prévisions économiques, les stratégies commerciales et les cadres de gestion des risques à tous les niveaux. L'existence de résultats mesurables facilitera l'intégration d'« Une seule santé » dans les outils et les cadres réglementaires existants, ce qui à son tour encouragera les entreprises et le secteur financier à s'intéresser aux approches prenant en compte les effets sur « Une seule santé » et les risques qui lui sont associés. Par ailleurs, la Commission invite les gouvernements et les banques centrales à étudier ces aspects dans le cadre de leurs prévisions macro-économiques et de leur réglementation financière, en s'appuyant sur les progrès significatifs réalisés dans la modélisation des liens entre maladies infectieuses et économie au cours de l'année passée.



RECOMMANDATIONS

- 6.1. Établir un Conseil mondial de la santé sous les auspices du G20⁹**
- 6.2. Mettre au point un Traité sur les pandémies, qui doit être véritablement mondial, permette l'observance, possède une flexibilité suffisante et comprenne des mécanismes incitatifs encourageant les gouvernements à mettre en commun certaines des prises de décision souveraines dans des domaines d'élaboration politique**
- 6.3. Élaborer une politique mondiale de vaccin antipandémique, qui expose les droits et les responsabilités de tous ceux qui sont concernés, pour assurer la disponibilité et la distribution des vaccins**

88. Les biens publics de la santé comprennent traditionnellement le savoir généré par la recherche et le développement, et la lutte contre les maladies transmissibles. Mais la Commission du Lancet sur l'investissement en faveur de la santé¹⁰, a élargi la définition des biens publics mondiaux de la santé pour y inclure la gestion des externalités transfrontalières négatives (telles que la lutte contre les épidémies et les pandémies, le suivi de la résistance aux antimicrobiens et la réduction de l'expansion des facteurs de risque de maladies non transmissibles) et la promotion du leadership ou de l'administration mondiale (la mobilisation intersectorielle, le rassemblement mondial pour développer le consensus et les politiques mondiales).

89. L'OMS est un fournisseur de premier plan de biens publics mondiaux de santé, en publiant par exemple des normes, des directives et des évaluations de produits thérapeutiques, en élaborant des plans d'action, en organisant des structures de coordination et en établissant une législation internationale telle que la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Mais l'OMS ne peut pas assumer seule la responsabilité de la création de biens publics mondiaux de santé.

90. Au vu des caractéristiques d'un bien public, la question se pose : qui va payer, et que se passera-t-il si les payeurs font défaut ? Même si les avantages de la collaboration internationale dans la création

de biens publics mondiaux sont reconnus, les pays individuellement rechignent souvent à en supporter les coûts, de peur que d'autres pays en bénéficient sans contrepartie, sans contribuer à aucun financement. Par conséquent, à moins que des actions délibérées soient prises pour les produire, on constatera un sous-investissement dans les biens publics mondiaux. Un mécanisme est donc nécessaire, assurant que le financement requis pour produire les biens publics mondiaux est mis à disposition et maintenu, à partir de ressources intérieures ou internationales.

91. Bien que la plupart des nations aient adhéré au principe de l'action conjointe pour lutter contre les menaces sanitaires en devenant État partie au Règlement sanitaire international (2005), la pandémie de COVID-19 a clairement montré que ce n'est pas suffisant. Aucun système de taxation mondiale n'existe, pas plus que de système sanctionnant les pays qui ne contribuent pas aux biens publics mondiaux. **Il est donc nécessaire de mettre en place des mécanismes de levée de fonds en faveur des biens publics mondiaux et de tenir les pays pour responsables de leur contribution à ces biens.** Ces mécanismes peuvent prendre des formes différentes, avoir différents niveaux de bases juridiques, différentes limitations de la souveraineté étatique et différents modes d'entrée en vigueur.

⁹ Cf. également l'annexe : Prise de contact de la Commission paneuropéenne avec le G20 sur l'établissement d'un Conseil mondial de la santé

¹⁰ Jamison D, Summers L, Alleyne G, Arrow K, Berkley S, Binagwaho A et al. (2013). Global health 2035: A world converging within a generation. Lancet. 2013;382:1898–955. doi: 10.1016/S0140–6736(13)62105–4

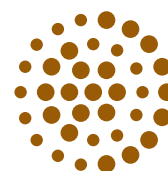
Établir un Conseil mondial de la santé (Global Health Board) placé sous les auspices du G20

92. La Commission se prononce en faveur de l'établissement d'un Conseil mondial de la santé, placé sous les auspices du G20, pour assurer une coordination effective des politiques sanitaires, économiques et financières au sein des gouvernements et dans le domaine international.

Cette recommandation a été inspirée par le succès du Conseil de stabilité financière, créé après la crise financière mondiale, également par le G20. Le Conseil mondial de la santé doit avoir une mission claire disposant d'un soutien politique ; il doit fonctionner sur la base du consensus, c'est pourquoi nous n'avons pas proposé d'esquisse de composition ou de fonctionnement, ces points devant être convenus par les gouvernements impliqués. De manière générale, nous l'imaginons composé de représentants des ministères des Finances et de la Santé. Nous envisageons également qu'il soit chargé de repérer les absences de fourniture de biens publics mondiaux, d'obtenir le soutien de la communauté internationale pour y remédier, d'évaluer les risques et d'assurer la préparation et la réactivité aux crises sanitaires, au moyen notamment du déblocage des ressources nécessaires. Mais au-delà de ces idées, nous pouvons déterminer une série de questions auxquelles les gouvernements devront répondre. Par exemple, devra-t-il s'occuper seulement des pandémies ou des menaces sanitaires mondiales en général ? Eu égard à l'importance croissante des liens entre la santé et le développement durable, il peut être inefficace de créer un forum opérationnel pour des politiques sanitaires et économiques cohérentes mais de ne s'en servir que pour les pandémies. Comment ses activités devraient-elles être reliées aux activités existantes sur la scène internationale en matière de réponses au réchauffement mondial ? Si l'on considère le succès des banques centrales et d'autres acteurs engagés dans la prise en compte de l'écologie dans le système financier (à travers notamment le Réseau pour le verdissement du système financier) et la tendance probable à élargir ces actions pour prendre en considération la biodiversité et la santé, ces institutions devraient-elles jouer un rôle, injectant éventuellement des fonds privés dans le financement de la santé aux niveaux national et international ?

93. Lors de la mise en place du Conseil mondial de la santé, le G20 devrait déployer des efforts particuliers pour réaliser l'inclusivité, davantage qu'elle ne l'est actuellement. **Nous nous figurons qu'à l'instar du Conseil de stabilité financière, le Conseil mondial de la santé pourrait comprendre des pays au-delà du G20 et nouer de solides liens institutionnels avec les institutions concernées par « Une seule santé »,** telles que la FAO, le PNUE, l'OMS et l'OIE.

94. Il importera de distinguer les fonctions du Conseil mondial de la santé de celles de ces autres organisations. **L'OMS, réformée et renforcée, doit rester le pilier essentiel de la gouvernance mondiale de la santé. En effet, elle gagnera en influence et en efficacité si le Conseil mondial de la santé est mis sur pied dans le contexte du G20,** le directeur général de l'OMS (et peut-être certains directeurs régionaux, sur une base tournante éventuellement) y jouant un rôle fort. **L'OMS doit également garder la capacité à déclarer une urgence de santé publique de portée internationale, mais le Conseil mondial de la santé pourrait alors soutenir l'élaboration d'outils d'évaluation des risques et la mobilisation de ressources financières.** Il importe de souligner que les Nations Unies ne seraient en aucun cas affaiblies par la constitution d'un Conseil mondial de la santé dans le cadre du G20, qui serait bien entendu compatible avec le Conseil des menaces sanitaires mondiales que l'Assemblée générale des Nations Unies mettrait sur pied, comme le recommande le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie. Au contraire, les Nations Unies bénéficieraient probablement de l'efficacité accrue de la gouvernance de la santé mondiale apportée par le Conseil mondial de la santé. Enfin, le Conseil mondial de la santé devrait collaborer avec les institutions financières internationales, particulièrement le FMI, pour lequel il pourrait faciliter le déblocage des droits de tirage spéciaux des Pays membres.



Convenir d'un Traité sur les pandémies

95. **Nous nous déclarons d'accord avec ceux qui réclament un nouveau traité sur les pandémies, en accord avec la décision A74(16) de l'Assemblée mondiale de la santé.** Cette proposition a déjà recueilli un soutien large, sinon universel. Le rapport du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie et une déclaration des dirigeants mondiaux en mars 2021 contenaient tous deux un appel à l'adoption d'**un traité sur les pandémies, qui clarifie les responsabilités des États et des organisations internationales, et crée des obligations légales et des normes applicables aux contextes de pandémies.** Ils envisageaient également que le traité établisse et appuie des accords qui pourraient créer des biens publics mondiaux. Au-delà de cela, la Commission pense que plusieurs autres questions pourraient être incluses lors de la prise en charge de ce processus, et que le traité devrait être véritablement mondial, permettre l'observance, présenter une flexibilité suffisante et comprendre des mécanismes inventifs qui encouragent les gouvernements à mettre en commun des prises de décision souveraines dans certains domaines politiques. Un tel traité devrait :

- **être véritablement mondial** – pour que le traité réussisse, il doit inclure le plus grand nombre de pays possible. Ni la Chine ni les États-Unis n'ont signé la déclaration des dirigeants mondiaux de mars 2021, et en tant qu'acteurs économiques majeurs de la planète, leur participation à un accord futur de ce type est vitale ;
- **impliquer des acteurs non étatiques** – les chercheurs et d'autres organisations non gouvernementales devraient être impliqués dans l'élaboration de ce traité pour favoriser sa large acceptation ;
- **tirer des leçons des expériences précédentes** – le traité ne doit pas réinventer la roue. Il doit plutôt être inspiré par une analyse détaillée des problèmes ayant limité l'efficacité des accords existants, tels que le mécanisme COVAX et le Règlement sanitaire international (2005).
- **promouvoir l'observance** – puisque le traité devra être convenu par tous les gouvernements, il est improbable que des sanctions soient utilisées comme outils d'observance ; en lieu et place, des mesures fortes incitant à l'observance devraient être créées ;
- **avoir un champ d'action pertinent** – les gouvernements devront réfléchir de manière stratégique à ce qui doit être inclus dans le traité et à ce qui pourrait trouver une meilleure place

dans d'autres mesures (telles que celles discutées au fil de ce rapport). Il est crucial de trouver le bon équilibre entre ce qui est souhaitable et ce qui est faisable. Bien que le traité doive posséder une flexibilité suffisante pour répondre à un large ensemble de scénarios à différents niveaux de compétence, il doit éviter d'inclure un nombre de choses tel que son observance devienne problématique.

- **Mutualiser la souveraineté** – pour que le traité soit une réussite, les gouvernements doivent mettre en commun au niveau de l'organe mondial responsable, un certain degré de prise de décisions souveraines dans des domaines politiques, et permettre à des normes mondiales de prévaloir sur une fixation domestique des priorités. Des dispositifs incitatifs appropriés doivent être en place pour encourager cela.

Formuler une politique mondiale de vaccins antipandémiques

96. Les politiques relatives aux vaccins nécessaires dans un contexte de pandémie devraient tenir compte des biens publics impliqués. Ces derniers sont de deux types : 1) le savoir généré par la recherche et le développement sur les vaccins ; et 2) le potentiel d'immunité de la population ou d'éradication de la maladie au moyen des vaccins. Le savoir issu de la recherche et du développement peut être intégré à des plateformes technologiques pour la production de vaccins, et si ce savoir peut être adopté par d'autres – en fonction du transfert des connaissances et de l'assouplissement des droits de propriété intellectuelle –, d'autres avancées technologiques peuvent s'ensuivre, créant ainsi des externalités positives. Si les vaccins mènent à l'immunité de la population ou à l'éradication de la maladie, ils produisent également des externalités positives. En revanche, un double problème ou une externalité négative existe ; les producteurs peuvent empêcher les retombées, en termes de savoir, de leurs efforts et de leur investissement dans la recherche et le développement ; et les personnes peuvent ne pas recevoir de bénéfices larges, tels que l'immunité de population, du fait de leur choix de ne pas être vacciné.

97. **Les premiers vaccins contre la COVID-19 ont été mis au point, distribués et administrés à une portion de la population mondiale en moins d'un an – ce qui représente un exploit scientifique incroyable et sans précédent.** Certains pays sont en bonne voie pour réaliser la couverture vaccinale de toute leur population adulte (et commencent même à vacciner les enfants), mais simultanément,

le taux de vaccination dans d'autres pays demeure à un niveau bas préoccupant et de nouveaux variants de la COVID-19 se propagent rapidement.

Cette expérience a démontré ce que la science peut réaliser grâce à une collaboration mondiale, mais a également illustré les immenses inégalités mondiales existantes.

98. L'augmentation de la disponibilité des vaccins contre la COVID-19 est une nécessité urgente, non seulement maintenant mais pour plusieurs années à venir. Cela garantirait que l'essentiel de la population mondiale soit vaccinée, ce qui à son tour permettrait aux économies de rouvrir et préviendrait l'émergence de souches du virus nouvelles et plus dangereuses. À cet égard, plusieurs questions majeures apparaissent. Elles portent notamment sur l'éventualité de renoncer aux droits de propriété intellectuelle de façon à ce que les fabricants du monde entier puissent produire des vaccins eux-mêmes ; les modes de soutien aux dispositifs d'élévation de la production et de garantie d'un accès mondial aux vaccins ; et la détermination des politiques de partage de vaccins appropriées en situation d'urgence.

99. **La Commission se prononce pour une politique mondiale de vaccins antipandémiques – en conformité avec le Plan d'action mondial pour les vaccins 2030 –, qui fixe les droits et les responsabilités de tous ceux qui sont concernés, notamment ceux qui financent et conduisent les recherches nécessaires pour développer et évaluer les vaccins, ceux qui approuvent les produits, ceux qui sont concernés par la propriété intellectuelle et ceux qui doivent s'assurer que les vaccins sont distribués à ceux qui en ont besoin et administrés par les agents de santé de première ligne.** Cette nouvelle politique doit trouver un moyen pour atteindre un niveau élevé de protection contre la maladie en question, qui est un but immédiat de santé publique, tout en ne dissuadant pas les fabricants d'investir dans la recherche et le développement.



RECOMMANDATIONS

- 7.1** Constituer un Réseau paneuropéen de lutte contre les maladies, mis sur pied par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, pour fournir une riposte rapide et effective aux menaces émergentes en renforçant les systèmes d'alerte précoce, notamment les capacités épidémiologiques et de laboratoire ; en soutenant le développement d'un réseau des données sanitaires capable d'échanger des informations, sur la base des normes communes élaborées par l'OMS ; et en admettant que les gouvernements vont évoluer à des rythmes différents.
- 7.2.** Fonder un Conseil des menaces sanitaires paneuropéennes, organisé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, pour accroître et maintenir l'engagement politique ; assurer une complémentarité et une coopération maximales dans le système multilatéral, l'obligation de rendre des comptes et la promotion de la coopération entre les organes législatifs et les agences d'exécution dans la région paneuropéenne.
- 7.3.** Accorder la priorité au développement du partage de données et aux plateformes d'interopérabilité des données.
- 7.4.** Obtenir le financement nécessaire pour que l'OMS puisse exécuter son mandat dans la Région européenne de l'OMS.

100. L'interconnectivité, qui est le fondement de l'échange des biens, des services, des personnes et des idées, comporte de nombreux bénéfices, mais a toujours comporté un risque de transmission des maladies. La Région européenne de l'OMS comprend un grand nombre de pays interconnectés. D'après l'Indice DHL de connectivité mondiale 2020, 19 des 25 pays les plus connectés au monde sont situés en Europe (et les six autres, en Asie). Cinq de ses aéroports (Amsterdam, Londres, Paris, Francfort et Istanbul) faisaient partie des 20 aéroports les plus fréquentés du monde en 2017 ; et dans chacun d'entre eux, une proportion plus élevée de voyageurs effectuaient des déplacements internationaux que dans les aéroports aussi fréquentés des États-Unis ou de Chine. Cela signifie d'une part que l'Europe est particulièrement exposée à toute menace contre la santé, et que le monde est particulièrement exposé à toute menace émergeant en Europe ; et d'autre part, cela signifie que les conséquences pour l'Europe et le monde d'une réduction de la connectivité pourraient être dramatiques.

101. La région paneuropéenne est également très diverse, aussi bien sur le plan des richesses, que de la taille des populations, des régimes politiques, de l'interconnectivité, de la démographie et de la

santé de la population. Cela entraîne une variété de problèmes de coordination et de politiques.

102. Les efforts qui ont dû être déployés pour coordonner la riposte dans la région pendant la pandémie et pour produire des données comparables et utiles au sein de l'Union européenne ou de l'OMS montrent la nature de la difficulté. Ces problèmes apparaissent dans le contexte d'un espace de gouvernance mondial fragmenté et conflictuel, dans lequel de multiples forums et institutions ayant des programmes d'action différents influencent la politique de santé. Ils prennent également place dans le contexte des inquiétudes maintes fois répétées au sujet de l'adéquation du financement de l'OMS et des rivalités complexes avec d'autres organisations internationales qui affectent la santé. La gouvernance mondiale de la santé est encore plus fragmentée et changeante, et dépend fréquemment des changements dans la politique intérieure et les stratégies diplomatiques. Ce n'est pas une configuration adaptée à la résilience. Davantage peut encore être fait pour renforcer la gouvernance de la santé et le rôle du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe dans la région paneuropéenne.

Constituer un réseau paneuropéen de lutte contre les maladies

103. Nous préconisons une action combinée à travers la région paneuropéenne pour éviter la répétition inutile des efforts. L'Union européenne possède un appareil de lutte contre les maladies transmissibles, fondé sur le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, et elle va se doter d'une Autorité de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire. L'Union européenne investit également de nouvelles et importantes sommes d'argent dans l'innovation pharmaceutique, la protection civile (via le programme rescEU), les systèmes de santé (via le programme EU4Health) et dans d'autres stratégies de l'Union, telles que *From Farm to Fork* [De la ferme à la fourchette]. Ce sont des atouts précieux qui bénéficient à toute la région paneuropéenne et même au monde, dans des proportions variables. Mais des précédents bien établis existent également en matière d'action commune des pays au-delà des frontières de l'Union européenne, par exemple dans l'élimination de la rage. Nous préconisons l'expansion de ces activités paneuropéenne, codirigées par l'Union européenne et l'OMS.

104. **Nous engageons les gouvernements, œuvrant avec les organes infrarégionaux tels que l'Union européenne et l'Union économique eurasiatique, à constituer un réseau paneuropéen de lutte contre les maladies, mis sur pied par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.** Ce groupement, qui compléterait des structures existantes telles que le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, représenterait un moyen de renforcer les systèmes d'alerte précoce, les capacités épidémiologiques et de laboratoire et les systèmes de données compatibles entre elles. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (par l'intermédiaire de ses pôles pour les situations d'urgence sanitaire, et du bureau pour la préparation aux situations d'urgence d'Istanbul) pourrait en assurer le secrétariat et rassembler ses homologues techniques des agences de surveillance et de préparation aux situations d'urgence au niveau des États membres et au niveau supranational, notamment le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, le réseau sur les zoonoses de l'Autorité européenne de sécurité des aliments, le Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est et les institutions de la Communauté des États indépendants et du Partenariat pour la santé publique et le bien-être social de la Dimension septentrionale. La coopération régionale pourrait également s'étendre au-delà de la région paneuropéenne et inclure les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, le cas échéant.

Fonder un Conseil des menaces sanitaires paneuropéennes

105. La politique de santé doit être prospective, mais pour le moment, nos systèmes et nos structures demeurent majoritairement réactives dès qu'il s'agit de situations d'urgence sanitaire et de pandémies. Les systèmes d'alerte précoce sont essentiels pour détecter les menaces émergentes et intervenir. Les menaces spécifiques contre « Une seule santé » dans une zone géographique donnée peuvent être connues, inconnues ou non surveillées. Il est essentiel de posséder des capacités adaptées de suivi et d'intervention en cas de changements des agents pathogènes et des symptômes de maladies, de même qu'en cas d'évolutions influençant la nature des éléments croisés du système d'« Une seule santé ».

106. **La Commission préconise la création d'un Conseil des menaces sanitaires paneuropéennes, constitué par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe** pour encourager la coopération et la collaboration, intensifier la solidarité régionale et promouvoir le multilatéralisme et le principe de responsabilité. Ce Conseil se réunirait en temps ordinaire au niveau des ministres de la Santé, mais prévoirait la possibilité d'une participation extraordinaire au niveau des chefs d'État en temps de crise.

107. Cet organe, représentatif au plan régional, poursuivrait les buts suivants :

- affermir et maintenir l'engagement politique dans la préparation aux pandémies et aux menaces sanitaires (concrétisant l'approche « Une seule santé »), ainsi que dans la riposte ;
- assurer une complémentarité, une coopération et une action collective maximales dans la région paneuropéenne à tous les niveaux, notamment en :
 - assurant la compatibilité et si possible, en harmonisant les mesures de santé publique et les mesures sociales, de même que les politiques de préparation et d'intervention ;
 - partageant des ressources pour les interventions en situation d'urgence, notamment du personnel de santé et des ressources financières et matérielles (des équipements) ;
 - tenant les acteurs pour responsables, au moyen de l'appréciation et de l'examen minutieux ;
 - faisant la promotion de la coopération entre les organes législatifs et les agences d'exécution dans la région paneuropéenne.

Accorder la priorité à des investissements dans le partage des données et les plateformes d'interopérabilité des données

108. Plus de 18 mois après le début de la pandémie, l'obtention de données comparables et ponctuelles sur l'épidémiologie de la COVID-19 dans la région paneuropéenne est toujours source de difficultés majeures. Les points faibles concernent même les mesures de base telles que le décompte hebdomadaire de la mortalité ; ils sont très graves lorsqu'ils concernent des informations cruciales telles que le séquençage du virus.

109. Souvent, les données disponibles sur les déterminants de la santé sont encore moins nombreuses. Les accords existant au sujet de l'échange de données relatives au commerce agroalimentaire pourraient être étendus pour couvrir la totalité de la chaîne alimentaire et les nombreux aspects d'« Une seule santé » exposés plus haut, complétant le Codex Alimentarius. Les données sur les mouvements d'animaux sont une priorité particulière ; et puisque le commerce légal comme illégal ont tous deux été liés à l'émergence des maladies infectieuses, de nouvelles directives sur le commerce de toutes les espèces sauvages devraient être élaborées, parallèlement aux directives élaborées au titre de la Convention sur le commerce international des espèces de faune et de flore sauvages menacées d'extinction.

110. **La Commission préconise que des efforts soient déployés pour créer un réseau de données sanitaires compatibles, fondé sur les normes communes élaborées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en ayant conscience que les gouvernements vont évoluer à des rythmes différents. La Commission demande également aux banques multilatérales de développement et aux institutions de financement du développement d'accorder la priorité aux investissements dans ces domaines.**

Obtenir le financement nécessaire pour que l'OMS puisse exécuter son mandat

Eu égard à son rôle vital dans la gestion et la coordination de la sécurité sanitaire et de la préparation dans la Région européenne, l'OMS doit être financée de manière durable aux trois niveaux de l'Organisation (le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays). Cela a également été rappelé au Groupe de travail mondial sur le financement durable par le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie. Étant donné

que le financement durable représente un peu moins d'un tiers du financement disponible au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, la dépendance croissante à l'égard des contributions volontaires à objet désigné, qui sont réservées à des priorités techniques spécifiques ou à des sous-régions géographiques, a créé des poches de pauvreté dans des domaines programmatiques essentiels, tels que les maladies non transmissibles. Bien que certains États membres montrent le chemin en lui allouant des contributions volontaires flexibles, un Bureau régional doté de ressources plus adaptées (fondées sur ces contributions volontaires flexibles, une analyse détaillée du financement et un argumentaire d'investissement paneuropéen) est nécessaire pour la réalisation de son mandat augmenté et des attentes accrues.

112. La COVID-19 ne sera pas la dernière pandémie ; nous devons réfléchir aux moyens de financer la recherche et le développement et de soutenir la production et les mécanismes d'approvisionnement maintenant, pour pouvoir assurer l'équité et l'accessibilité, notamment économique, des vaccins pendant la prochaine crise. **La Commission préconise des efforts accrus pour accroître la capacité de production et le financement de la recherche et du développement dans la région paneuropéenne, sous la coordination du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, dans le but d'accélérer encore le calendrier de développement des vaccins de bout en bout, pour atteindre 3 à 5 mois dans un contexte de pandémie.**



113. Ce rapport appelle à agir – pour concrétiser le concept « Une seule santé » ; réparer les fractures des sociétés ; innover et investir dans les systèmes de santé ; en faveur des biens publics mondiaux ; et pour une meilleure gouvernance paneuropéenne et mondiale de la santé. Nous avons émis une série de recommandations spécifiques relatives à ces objectifs généraux, qui reflètent les priorités de la Commission. Certaines impliquent des changements de gouvernance, au sein et entre les pays, et dans les organes internationaux. Celles-ci entraînent à leur tour des défis considérables, en termes politiques, économiques et de gouvernance. Appeler à agir et mettre en application ces appels sont deux choses très différentes. La Commission a une conscience aiguë de cette différence et de la nécessité de réfléchir aux moyens de mettre en œuvre ses recommandations.

114. La COVID-19 a causé un choc massif aux systèmes de santé, mais un grand nombre des échecs ayant caractérisé les ripostes aux pandémies seront familiers aux analystes politiques et aux décideurs qui ont observé les crises précédentes. La pandémie a rappelé à la région paneuropéenne les problèmes structurels profonds de nos systèmes de santé et de nos sociétés. Les décideurs connaissaient déjà les problèmes depuis la crise financière mondiale ou plus récemment, depuis la crise des réfugiés dans la région européenne. Ils ont souvent une connaissance claire des causes et des effets, de même que des politiques nécessaires pour s'y attaquer. Pourtant, la réalisation des transformations nécessaires s'est avérée bien plus complexe.

115. La principale difficulté a moins consisté en la détermination des stratégies nécessaires à la réussite que dans une incapacité collective à les mettre en œuvre effectivement. Cela traduit non seulement la complexité de la transformation, mais la connaissance limitée de la manière de mettre en œuvre les réformes au niveau du système – une situation exacerbée par le nombre limité de personnes capables de s'y atteler. Les gouvernements dépendent trop souvent de consultants externes qui ont une faible connaissance du contexte national.

116. Le degré avec lequel les pays ont été capables de prendre en considération un ensemble commun de leçons tirées du passé explique leur réussite (ou leur échec) à parvenir au changement. Les éléments majeurs comprennent l'efficacité de la gouvernance institutionnelle ; la solidarité sociétale telle qu'elle est manifestée dans les systèmes de santé et les systèmes sociaux ; et la transparence et

la participation à la prise de décision. Ces éléments permettent (ou bloquent) la mise en œuvre et sont le fondement du degré d'équité caractérisant l'accès que les pays sont capables de fournir à des systèmes de santé correctement financés, établis sur de solides soins de santé primaires et un personnel bien formé, équipé et motivé. Cela peut faire la différence entre la résistance aux chocs et la capitulation devant eux. Si la région paneuropéenne entend agir sur la crise et construire des systèmes de santé et des sociétés résilientes, elle doit mettre clairement l'accent sur la réforme et la transformation et surtout, sur une mise en œuvre effective.

117. La mise en œuvre est une affaire nationale, mais ce serait une erreur de voir les défis en termes purement nationaux. Toutes les réformes doivent être adaptées au contexte local, mais il est très possible d'apprendre à partir de ce qui a et n'a pas fonctionné dans d'autres pays. Un grand nombre de difficultés posées aux sociétés et à leurs systèmes de santé ont également une dimension fortement internationale.

118. Encore une fois, la COVID-19 illustre ce point. Réagissant à la pandémie, le premier réflexe de nombreux pays a été de fermer les frontières géographiques et économiques, de proposer des réponses nationales isolées et d'ignorer la dimension interpayes. Pourtant, les crises financières, la propagation des maladies transmissibles et les difficultés associées au mouvement de réfugiés hors des zones de conflit se sont toutes produites dans un contexte mondialisé et ont amplement démontré que les solutions nationales individuelles ne suffisent pas. Ces questions traversent les frontières nationales et ne peuvent être affrontées efficacement que dans le cadre d'une action internationale conjointe.

119. L'un des obstacles significatifs à la mise en œuvre a été la réticence de la part de gouvernements de partager le pouvoir de réglementation et de prise de décision avec des organisations internationales ou de consentir à des accords de gouvernance partagée. Leur justification, fondée sur des motifs de souveraineté nationale et de subsidiarité, est souvent compréhensible, mais l'action solitaire peut être préjudiciable dans les domaines politiques caractérisés par des externalités qui traversent les frontières nationales et pour lesquels des biens publics sont nécessaires. Les préoccupations légitimes des gouvernements à propos de la souveraineté peuvent (et doivent) trouver leur place dans des contextes de

gouvernance internationale, mais elles ne devraient pas supplanter l'impératif de parvenir à des solutions partagées qui bénéficient à tous.

120. La résistance aux antimicrobiens est un autre exemple typique. Les insuffisants progrès de la mise en œuvre de règlements solides en matière de gouvernance internationale pour s'attaquer à cette menace défient les preuves scientifiques montrant les effets sanitaires et économiques dangereux des infections pharmacorésistantes et leurs conséquences potentiellement dévastatrices. Les institutions multilatérales telles que l'OMS et l'Union européenne ont soumis des plans d'action détaillés contre la résistance aux antimicrobiens, comportant des dispositifs ayant fait leurs preuves, tels qu'une surveillance mondiale renforcée ; la régulation de l'utilisation inutile des antibiotiques ; et la comparaison de la performance entre les pays. Certaines réussites ont été constatées – notamment avec l'adoption de plans d'action nationaux en faveur d'« Une seule santé » –, mais dans l'ensemble, l'adoption des stratégies de gouvernance internationale n'a pas été suffisante. La résistance aux antimicrobiens souligne l'absolue nécessité d'une action mondiale coordonnée aussi bien que la réticence des pays à rejoindre une riposte européenne et mondiale véritablement commune.

121. L'approche « Une seule santé » explorée dans ce rapport offre une piste d'avenir, mais elle requiert une action collaborative, multisectorielle et interdisciplinaire complexe. Elle demande également des initiatives multinationales impliquant des gouvernements et des institutions internationales, de même que la mise en place et/ou la réforme des structures de gouvernance internationale. Les échecs de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens au plan mondial doivent servir d'avertissement et nous rappeler avec force la nécessité de se concentrer sur la dimension internationale des problèmes de mise en œuvre.

122. Il est capital d'accepter une dose de gouvernance et de réglementation internationales. Cela nécessite une volonté politique forte et l'engagement à dépasser une vision nationale étroite pour reconnaître l'importance d'une collaboration internationale. La volonté politique peut surmonter les obstacles, soutenir l'investissement dans les biens publics nationaux et renforcer les accords de gouvernance internationale. Sans elle, il est extrêmement difficile de trouver un chemin et impossible de traiter avec efficacité – ou même correctement – les chocs qui entravent nos systèmes.

123. Ce rapport appelle à agir – en faveur de progrès concrets de mise en œuvre. Ses recommandations fournissent des orientations en faveur du changement, mais soulèvent également une série de questions pratiques. Qui agit, et précisément quelle est l'organisation appropriée et quel le bon niveau de mise en œuvre ? Comment les entités doivent-elles procéder pour instituer des changements et réaliser des transformations ? Quand l'action a-t-elle lieu – et comment les engagements de moyen et long termes peuvent-ils rester d'actualité ?

124. Nous, membres de la Commission, reconnaissons la diversité des pays de la région paneuropéenne et l'autonomie des gouvernements nationaux. Nous sommes pleinement conscients de la diversité des contextes sociaux, économiques et politiques, des différences caractérisant les systèmes de santé, les habitudes de travail et les parcours historiques, et nous comprenons les subtilités de l'obtention du changement. C'est pour ces motifs que nous n'avons pas proposé un schéma unique de mise en œuvre. Nous pouvons néanmoins suggérer – avec prudence – des principes et des actions dans ce domaine (cf. Tableau 1 ci-dessous).

125. Il est crucial pour les efforts de mise en œuvre que la question du « qui » fasse l'objet d'un accord clair. La détermination du niveau pertinent de mise en œuvre (local, national, paneuropéen, mondial), puis de l'organisation appropriée, est capitale. Ce choix recoupe la question du « comment », mais doit prendre en considération les mandats, les capacités (humaines et financières) et l'expérience pertinente. La cartographie des acteurs peut aider à assurer non seulement que celui qui aura été choisi comme réponse à la question du « qui » se verra attribuer l'obligation redditionnelle appropriée, mais aussi que le « champ de force » des institutions et des réseaux environnants peut être mobilisé pour soutenir la mise en œuvre. C'est également une opportunité pour agir sur les engagements de participation et d'inclusion sélectionnés dans le cadre des objectifs de cohésion sociale et de participation des femmes.

126. Une liste similaire pour la question du « comment » ne chercherait pas à prescrire ce qui devrait être fait à tous les niveaux et dans divers environnements, mais suggérerait que toute planification de la mise en œuvre comprenne la mention détaillée des besoins organisationnels, notamment les considérations relatives à la gestion et au financement. Cette liste devrait comporter une réflexion approfondie sur la manière d'introduire le changement dans les organisations de santé, en

ayant conscience qu'elles sont très ancrées dans les cultures politiques et professionnelles ; sur la façon de prendre en compte les autres parties prenantes et les intérêts particuliers, qui ne soutiennent pas tous la santé. La question du « comment » devrait donc comporter une exploration de la volonté politique de réaliser la gamme et l'ampleur des changements requis (cf. ci-dessus). Dans tous les cas, le succès dépendra de la formation d'une coalition réaliste permettant d'accomplir des progrès, employant des outils tels que la consultation ; l'implication d'un ensemble complet (et non traditionnel) de parties prenantes ; l'analyse et la présentation claires de questions complexes dans le but de surmonter les incompréhensions ; et la création de l'acceptation à l'égard de la nature interconnectée des problèmes.

127. La question du « quand » est à bien des égards plus simple, mais tout aussi fondamentale. Même une étape aussi ordinaire que la définition d'un calendrier de mise en place des réformes peut révéler des confusions et des incompatibilités pratiques entre les éléments du système, qui peuvent mettre en péril la mise en œuvre. Convenir d'un calendrier peut également représenter une étape vers la construction d'une alliance favorable aux progrès. Il existe un risque que lorsque les actions immédiates et de court terme sont entreprises, les actions à moyen et long termes soient oubliées. La planification et la transparence, le suivi et l'établissement de rapports peuvent éviter cela.

128. La partie suivante et finale de ce rapport contient un tableau structuré autour des principaux objectifs et des recommandations. Le tableau présente des exemples d'actions et les points essentiels à considérer lors de la mise en œuvre du changement. Il aborde la question du « qui » devrait entreprendre ces actions et comment, mais ne rentre pas dans les détails au-delà des indications générales d'obligation redditionnelle et de calendrier. Il ne propose pas non plus de directives détaillées, car ignorer la spécificité des expériences nationales serait inapproprié. Le tableau souligne en revanche l'importance cruciale des considérations sur la mise en œuvre, et à travers ses exemples illustrés, fait ressortir à quel point une approche cohérente de la mise en œuvre est liée aux valeurs qui sous-tendent le présent rapport.

129. Notre rapport reconnaît que la mise en œuvre du changement dans des contextes sociaux, économiques et politiques divers nécessite une adaptation aux besoins nationaux, mais il résiste à la tendance consistant à permettre aux spécificités nationales et infranationales de masquer le contexte paneuropéen et les dimensions mondiales.

130. Un vrai travail doit être fait pour assurer que les leçons apprises par la région paneuropéenne sur les systèmes et les sociétés pendant la pandémie sont traduites en actions. Des plans de mise en œuvre détaillés ne sont pas possibles, ni souhaitables, mais la prise d'engagements concertés par les gouvernements à changer, et à changer ensemble, est essentielle si la région veut devenir vraiment résiliente et s'attaquer aux inégalités et aux échecs qui sous-tendent et perpétuent les crises.

131. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe doit jouer un rôle de direction et de soutien dans la traduction de ces engagements en efforts réels. Il est bien placé pour œuvrer avec les gouvernements individuellement, au sein de leur contexte national, pour élaborer des plans de mise en œuvre et assurer qu'ils soient sensibles aux externalités et à la valeur de l'action internationale. L'OMS est également bien placée pour organiser des discussions abordant les dimensions internationales et assurer la transformation collective et collaborative susceptible de briser le cycle des chocs, des crises et des inégalités.



TABLEAU

UN APERÇU DE LA MISE EN ŒUVRE : CE QUI DOIT ÊTRE FAIT, COMMENT, PAR QUI ET QUAND

Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
1. Mettre en application le concept « Une seule santé » (<i>One Health</i>) à tous les niveaux	1.1 Accepter des obligations au niveau national d'établir des structures, des mesures incitatives et l'environnement favorable à la formulation de stratégies nationales cohérentes en faveur d'« Une seule santé », fondées sur le concept de la santé dans toutes les politiques et les objectifs de développement durable	Formuler et mettre en œuvre des stratégies nationales en faveur d'« Une seule santé » Réunir un Collectif national en faveur d'« Une seule santé » Monter des programmes éducatifs sur « Une seule santé » pour obtenir une large compréhension de ses principes et de ses pratiques Mobiliser des organisations professionnelles pour engager les professionnels de santé dans « Une seule santé » Constituer des groupes de travail interdépartementaux pouvant faciliter la coordination des approches « Une seule santé » Institutionnaliser des programmes nationaux de prévention et d'intervention en situation d'urgence zoonotique, en utilisant l'approche « Une seule santé » Créer des tableaux de bord et utiliser de manière systématique des indicateurs pour soutenir à tous les niveaux les actions de réduction des risques environnementaux pour la santé, notamment ceux qui concernent la biodiversité et le climat, et améliorer les systèmes de notification d'« Une seule santé »	Au niveau national : les ministères de la Santé, de la Recherche, de l'Environnement, de l'Agriculture, des Finances et de l'Éducation, selon le cas Les organisations de professionnels de la santé Les autorités de la santé publique vétérinaire et humaine au niveau national	Immédiatement, avec une mise en œuvre commençant avant mi-2022 au plus tard

Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
	1.2 Accords de gouvernance internationale dans le cadre d'« Une seule santé »	L'OMS, la FAO, l'OIE et le PNUE devraient renforcer de façon substantielle les mécanismes de collaboration existants, tels que la « collaboration tripartite », et en faire des mécanismes de coopération et de coordination forts et efficaces Exploiter les instruments existants, tels que le Codex Alimentarius, pour la totalité de la chaîne alimentaire Étendre la Convention sur le commerce international des espèces de faune et de flore sauvages menacées d'extinction. pour couvrir tout le commerce de la faune sauvage	Les institutions internationales, supervisées par les États membres	Immédiatement
2. Entreprendre des actions à tous les niveaux de la société pour guérir les divisions exacerbées par la pandémie	2.1 Identifier dans la société les personnes qui connaissent l'appauvrissement et la précarité dans leur vie et soutenir des politiques pour s'attaquer aux inégalités et les réduire	Actualiser les politiques nationales de santé pour s'assurer que les droits humains sont garantis par la loi, et développer des synergies intersectorielles de même que des plans de mise en œuvre dont le champ s'étend au-delà des limites du système de santé et inclut le logement, l'éducation, les soins sociaux, la justice criminelle et les politiques d'emploi. Consolider les données qui inspirent les décisions politiques en ventilant les informations par situation socioéconomique, origine ethnique et d'autres caractéristiques liées à la santé, pour comprendre ce qui crée des divisions dans la société et concevoir des politiques pour y remédier.	Au niveau national : les ministères de la Santé, des Soins sociaux, de la Protection sociale, du Travail et des Finances, selon le cas	À moyen terme

Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
	2.2 Lutter contre la méfiance sociétale et renforcer la cohésion grâce à un leadership effectif et pangouvernemental	Créer des forums soutenant les processus de prise de décision consultatifs et inclusifs, en accordant une attention particulière aux besoins et à l'expression des personnes Renforcer les capacités nationales et mondiales en matière de leadership effectif et pangouvernemental S'occuper des préoccupations du public à l'égard de la protection des données	De multiples parties prenantes, notamment des représentants de la société civile et des organes gouvernementaux/ministères	À moyen terme
	2.3 Assurer la disponibilité des données sanitaires fournissant des informations sur la distribution de la santé au sein des populations, en utilisant divers indicateurs, et mettre au point des mesures de suivi ponctuel de l'inégalité en santé et des inégalités d'accès aux soins sanitaires et sociaux	Créer et suivre des indicateurs au sein des systèmes de gestion de l'information sanitaire pour classer et catégoriser de manière systématique la distribution de la santé dans les populations, en déterminant des groupes cibles. Produire et valider un outil paneuropéen pour mesurer et suivre les inégalités au sein des pays de la Région	Au niveau national : les bureaux statistiques nationaux ou l'autorité nationale en charge des données, en coordination avec le ministère de la Santé Au niveau international : le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe	À court terme
	2.4 Adopter des quotas explicites pour la représentation des femmes dans les organes publics impliqués dans la formulation et la mise en œuvre de la politique de santé, en particulier dans la préparation, la gestion de crise et la riposte	Préparer et adopter une législation qui rend les quotas de femmes obligatoires dans les conseils de direction, les comités directeurs, les comités d'experts, etc., des institutions publiques Établir un organe gouvernemental tel qu'un ministère des Femmes pour conseiller le gouvernement sur les politiques et les questions concernant les femmes	Au niveau national : mise en œuvre avec supervision des organisations internationales	Immédiatement

Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
3. Soutenir l'innovation pour mieux réaliser « Une seule santé » (One Health)	3.1 Réaliser un examen stratégique des besoins de santé non satisfaits dans la région paneuropéenne, identifiant les missions centrales de l'innovation pour la santé pouvant constituer la base de l'harmonisation entre financement et action	Réaliser une évaluation/enquête paneuropéenne sur les besoins sanitaires pour repérer les besoins non satisfaits Nommer un responsable/expert national de l'innovation en santé pour conseiller le gouvernement sur les moyens d'harmoniser le financement et les actions soutenant l'innovation dans les systèmes de santé	Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe Au niveau national (le bureau national des statistiques, avec le soutien du ministère de la Santé)	À court terme
	3.2 Créer des mécanismes pour travailler sur les processus de recherche et de développement avec les acteurs concernés, explorant les perspectives de vrais partenariats, sous-tendus par une transparence complète sur le coût impliqué	Adopter une législation et des mécanismes nationaux et régionaux (notamment réglementaires) de soutien à l'innovation dans les systèmes de santé, notamment des incitations fiscales, des subventions et une collaboration internationale renforcée	Au niveau national (ministères de la Santé et des Finances)	À moyen terme
	3.3 Poursuivre les efforts visant à mettre au point, avec le soutien du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, un dispositif dédié à la génération constante de savoir, à l'apprentissage et à l'amélioration, pour mettre en œuvre l'innovation dans les systèmes de la région paneuropéenne	Mobiliser des ressources pour permettre au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de développer les infrastructures d'information/le plan d'action requis pour soutenir les pays dans la mise en œuvre de l'innovation dans les systèmes de la région paneuropéenne Accroître les budgets des pays pour soutenir l'innovation organisationnelle dans les systèmes de santé, au même niveau que ceux de l'innovation biomédicale	le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe les gouvernements nationaux	À court terme

Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
4. Investir dans des systèmes de santé solides, résilients et inclusifs	4.1 Augmenter l'investissement dans les systèmes de santé pour combler les lacunes du financement des soins de santé primaires, des soins sociaux, de la santé mentale et de la santé publique, tout en assurant la transparence et la responsabilisation financière, dans un but d'optimisation des ressources	Allouer des ressources supplémentaires au financement des systèmes de santé (jusqu'à un pourcentage convenu du budget national), pour tenir compte des lacunes de financement, et les combler, dans les soins de santé primaires, les soins sociaux, la santé mentale et la santé publique Renforcer les capacités nationales en matière de processus de fixation des priorités et d'initiatives telles que l'évaluation des technologies de la santé, la médecine factuelle et les évaluations de la performance des systèmes de santé, pour assurer la transparence et la responsabilisation financière, dans un but d'optimisation des ressources	Au niveau national	À court/ moyen terme

Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
	4.2 Élaborer des stratégies complètes visant à développer, investir dans le personnel de santé et le protéger, en tenant compte en particulier des tendances démographiques et de la capacité des systèmes de gratification actuels de garantir des effectifs durables à l'avenir	Évaluation critique par tous les gouvernements nationaux de la composition de leurs effectifs, de leurs profils et des politiques Engagement de tous les gouvernements nationaux envers une politique d'autosuffisance à des fins de développement du personnel, au moyen de cinq stratégies : • améliorer les conditions de travail du personnel de santé ; • encourager l'introduction d'innovations dans l'éventail des qualifications ; • soutenir le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ; • établir des systèmes internationaux de collaboration pour la formation du personnel de santé ; et • mettre sur pied des dispositifs paneuropéens de prévision et de planification. Engagement, mobilisation de ressources et soutien par les gouvernements nationaux et régionaux à la formation d'un système international de collaboration à propos de la formation du personnel de santé, établi et mené par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, l'Union européenne, l'Union économique eurasiatique et la Communauté des États indépendants, pour apprendre et partager des expériences à partir des bonnes pratiques Constituer un collectif supranational d'institutions de formation et d'organisations partenaires pour concevoir et organiser des formations de réorientation et de requalification à l'échelle de la Région en vue de l'adaptation accélérée du personnel actuel aux défis de la période post-COVID	Au niveau national (ministère de la Santé)	À moyen terme

Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
	4.3 Accorder la priorité à la protection financière en mettant en place des stratégies pour réduire les paiements directs par l'utilisateur (à moins de 15 % des dépenses actuelles de santé) pour éviter les dépenses catastrophiques	Allouer des ressources pour renforcer la protection financière et renforcer l'engagement national à l'égard de l'objectif de développement durable sur la réalisation de la couverture sanitaire universelle par la législation		
	4.4 Investir dans des politiques et des services de santé mentale pour placer la santé mentale et le bien-être au cœur du relèvement	Fournir des services de santé mentale dans le secteur de la santé et le secteur social dans le cadre des efforts de relèvement de la pandémie Fournir un accès à des services de santé mentale de qualité (gratuits) aux groupes de population les plus vulnérables de la société Financer des établissements scolaires pour la fourniture d'agents spécialisés dans la santé mentale	Au niveau national	Immédiatement
	4.5 Accorder la priorité à l'intégration des services de soins sanitaires et sociaux, en assurant des soins centrés sur le patient et en concevant des soins de santé primaires solides	Mener des réformes budgétaires pour combiner les budgets des soins de santé et des soins sociaux et les réformes des paiements pour encourager la coordination à tous les niveaux de soins sanitaires et sociaux	Au niveau national (ministère des Finances en étroite collaboration avec le ministère de la Santé et celui des Affaires sociales)	À moyen terme
	4.6 Accorder la priorité à la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles	Accroître l'investissement dans les mesures susceptibles de réduire les menaces, fournir des systèmes d'alerte précoce et améliorer la riposte aux crises	Ministères des Finances, de l'Environnement et de l'Agriculture, en étroite collaboration avec le ministère de la Santé	Immédiatement

Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
5. Créer un environnement favorable à la promotion de l'investissement dans la santé	5.1 Changer les méthodes de collecte des données sur les dépenses de santé, pour permettre une distinction plus claire entre les dépenses de santé consommées et les investissements, de façon à inciter les pays à investir davantage dans les services de prévention et la préparation des situations d'urgence	Créer des indicateurs décrivant plus clairement la distinction entre dépenses de santé consommées et investissements	OCDE/OMS/Eurostat et niveau national	Immédiatement
	5.2 Renforcer la fonction de surveillance des institutions de financement multilatérales pour soutenir l'investissement dans la santé	Adopter des actions calquées sur les consultations du FMI au titre de son article IV, qui impliquent des visites du personnel du Fonds aux gouvernements pour analyser et discuter des risques pour la stabilité financière et budgétaire, et produire un rapport final	Au niveau international	À court terme
	5.3 Renforcer les pouvoirs de surveillance de l'OMS pour qu'elle entreprenne des évaluations périodiques des systèmes de santé nationaux, axées sur les fonctions de santé publique et la capacité à se préparer aux pandémies et à y répondre	Donner pouvoir à l'OMS pour qu'elle conduise des évaluations périodiques, sur la base des examens périodiques universels pratiqués par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, pour évaluer la préparation aux situations d'urgence, la capacité de riposte et la conformité avec les obligations juridiques découlant du Règlement sanitaire international (2005).	Au niveau international	À court terme

Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
	5.4 Utiliser l'évaluation des indicateurs de la santé pour déterminer les domaines nécessitant une meilleure performance, et qu'un soutien financier pourrait aider à améliorer 5.5 Augmenter la part du financement du développement consacrée à la fourniture de biens publics mondiaux et à la gestion des externalités transfrontalières traditionnelles 5.6 Intégrer les considérations sanitaires dans les stratégies commerciales et les cadres de gestion des risques	(quelques exemples d'actions possibles) Affiner le concept des indicateurs environnementaux, sociaux et de gouvernance pour y inclure les risques sanitaires et les risques relatifs à « Une seule santé » et adopter son utilisation pour encourager les investissements éthiques et durables Évaluation obligatoire de l'impact préalable des effets d'« Une seule santé » découlant de l'allocation de fonds de relance ne concernant pas la santé	Au niveau national (notamment les institutions financières et les personnes morales) et au niveau international (banques de développement) Au niveau international (banques/institutions de développement internationales) Au niveau national (notamment les institutions financières, les organismes de réglementation et les personnes morales) Au niveau international	À court terme À moyen terme À court terme

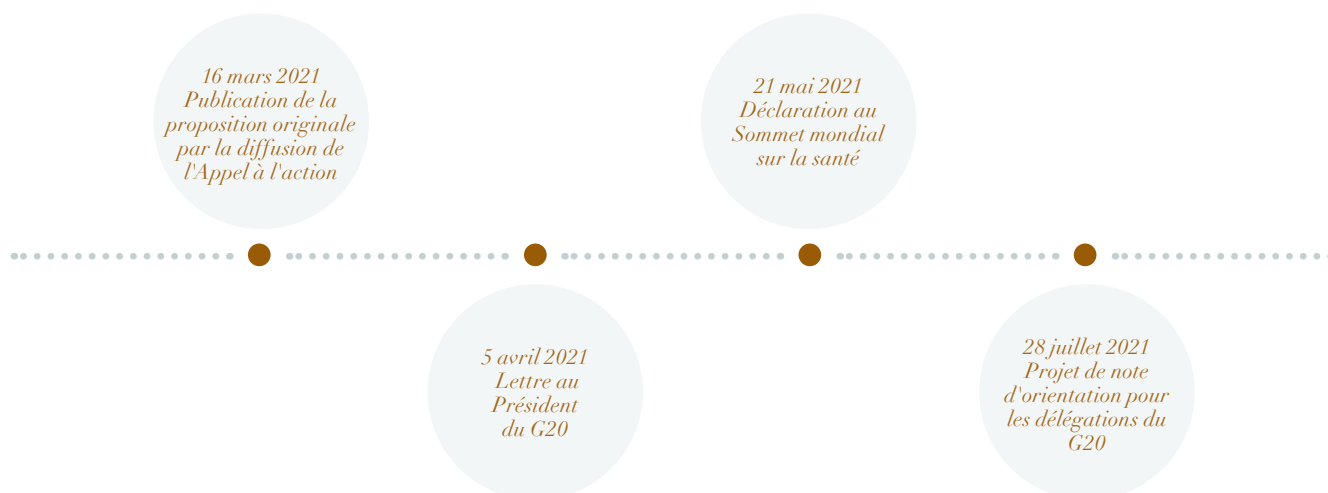
Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
	5.7 Prendre en compte les risques sanitaires dans les prévisions macroéconomiques, en exploitant les progrès significatifs accomplis l'an passé dans la modélisation de la relation entre maladies infectieuses et économie		Au niveau national – les gouvernements et les banques centrales	À court terme
6. Améliorer la gouvernance de la santé au niveau mondial	6.1 Constituer un Conseil mondial de la santé sous les auspices du G20	Comme indiqué dans la recommandation	Le G20	Immédiatement
	6.2 Mettre au point un Traité mondial sur les pandémies	Mettre au point un traité sur les pandémies, qui doit être véritablement mondial, permette l'observance, possède une flexibilité suffisante et comprenne des mécanismes incitatifs encourageant les gouvernements à mettre en commun certaines des prises de décision souveraines dans des domaines d'élaboration politique	Au niveau national	Immédiatement
	6.3 Formuler une politique mondiale de vaccins antipandémiques	Formuler une politique mondiale de vaccins antipandémiques qui fixe les droits et les responsabilités de toutes les parties concernées, pour assurer la disponibilité et la distribution des vaccins	Aux niveaux international et national	À court et moyen termes

Objectif	Recommandation	COMMENT (quelques exemples d'actions possibles)	QUI doit mettre en œuvre/superviser	QUAND (date limite de la mise en œuvre)
7. Améliorer la gouvernance de la santé dans la région paneuropéenne	7.1 Constituer un Réseau paneuropéen de lutte contre les maladies, pour fournir une riposte rapide et effective aux menaces émergentes	Constituer un Réseau paneuropéen de lutte contre les maladies, en renforçant les systèmes d'alerte précoce, notamment les capacités épidémiologiques et de laboratoire ; et en soutenant le développement d'un réseau de données sanitaires capable d'échanger des informations, sur la base des normes communes élaborées par l'OMS, en admettant que les gouvernements vont évoluer à des rythmes différents	le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe	À court/ moyen terme
	7.2 Fonder un Conseil des menaces sanitaires paneuropéennes, constitué par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe	Fonder un Conseil des menaces sanitaires paneuropéennes, pour accroître et maintenir l'engagement politique, assurer une complémentarité et une coopération maximales dans le système multilatéral, l'obligation de rendre des comptes et la promotion de la coopération entre les organes législatifs et les agences d'exécution dans la région paneuropéenne.	le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe	Immédiatement
	7.3 Accorder la priorité à des investissements dans le partage des données et les plateformes d'interopérabilité des données, par les banques de développement multilatérales et les institutions de financement du développement		les banques de développement multilatérales et les institutions de financement du développement	À court/ moyen terme

ANNEXE

PRISE DE CONTACT DE LA COMMISSION PANEUROPÉENNE AVEC LE G20 SUR L'ÉTABLISSEMENT D'UN CONSEIL MONDIAL DE LA SANTÉ (GLOBAL HEALTH BOARD)¹² (RECOMMANDATION 6.1 DU PRÉSENT RAPPORT)

Cette annexe présente les grandes étapes de la prise de contact de la Commission paneuropéenne avec la présidence italienne du G20 sur l'établissement d'un Conseil mondial de la santé.



A) Proposition d'origine (« un Appel à l'action », mars 2021)

Créer un Conseil mondial de la santé au niveau du G20, sur le modèle du Conseil de stabilité financière établi après la crise financière mondiale et pouvant évoluer en un Conseil mondial des biens publics, qui détectera les lacunes en biens publics mondiaux et organisera le soutien de la communauté internationale pour y remédier (page 5).

Nous invitons le G20 à réfléchir à une nouvelle instance rassemblant les autorités et les experts de la santé, l'économie, les finances et d'autres domaines, prenant la forme d'un Conseil mondial de la santé et détectant les points de vulnérabilité qui menacent la santé des êtres humains, des animaux et de l'environnement (« Une seule santé »). Il pourrait évoluer vers un Conseil mondial des biens publics, qui détecterait les lacunes en biens publics mondiaux et organiserait le soutien de la communauté internationale pour y remédier (page 26).



¹² Actuellement à l'étude du G20 en tant que Conseil mondial de la santé et des finances

B) Lettre à la présidence du G20 proposant un Conseil mondial de la santé (5 avril 2021)

Prof Mario Draghi
Premier ministre d'Italie
Président du G20

Copies :

Dr Daniele Franco
Ministre de l'Économie
et des Finances

Dr Roberto Speranza
Ministre de la Santé

Possibles contributions au G20 (groupes de travail sur les finances et la santé)

Monsieur le Premier ministre,

Je fais suite aux échanges préliminaires que j'ai eus avec le Professeur Francesco Giavazzi et suis heureux de vous confirmer, en votre qualité de Président du G20, que la Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable serait honorée de contribuer au processus du G20 par ses réflexions et ses recommandations politiques.

Mise sur pied en septembre 2020 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, avec le soutien du directeur général de l'OMS, la Commission paneuropéenne, dont je suis Président, a été chargée de « reconsidérer les priorités politiques à la lumière des pandémies ». Ce large mandat implique que nous devons soumettre des recommandations non seulement dans le domaine des politiques de santé, mais également sur la manière dont l'ensemble des politiques publiques, en particulier les politiques économiques et financières, doivent être repensées pour être cohérentes avec une nouvelle vision de la santé, que la pandémie actuelle nous invite à définir avec une clarté et une urgence sans précédent. Cela s'applique également à l'adéquation de l'architecture actuelle en matière de gouvernance internationale de la santé.

Première conséquence de ses travaux, la Commission a publié mi-mars un bref « appel à l'action ». Vous le trouverez ici (accompagné de la mission et de la liste des membres de la Commission) : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/498554/Pan-European-Commission-Call-to-action-fre.pdf

Le document recommande trois améliorations majeures de la gouvernance de la santé. Il nous faut :

- a) appliquer concrètement l'approche « Une seule santé » à la santé humaine, animale et environnementale, pour réduire le risque de nouvelles pandémies ;
- b) rendre le système financier mondial plus favorable aux objectifs environnementaux et sanitaires ; et
- c) améliorer foncièrement la gouvernance internationale de la santé.

Nous avons décidé d'émettre ces recommandations maintenant, sans attendre notre rapport final prévu pour septembre, afin qu'elles puissent être prises en compte par ces processus, d'abord et avant tout le G20, qui commence actuellement.

Dans ce contexte, Monsieur le Premier ministre, je demeure à votre disposition, de même que les ministres Daniele Franco et Roberto Speranza, pour tout éclaircissement dont vous pourriez avoir besoin. Si vous considérez que de la façon que vous jugerez appropriée, notre Commission puisse être amenée à apporter sa contribution, cela pourrait avoir lieu aux moments suivants :

- 1) Dès que vous le pourrez : un échange de vues autour de notre recommandation portant sur la création par le G20 d'un « Conseil mondial de la santé », de façon similaire à ce que le G20 avait fait après la crise financière mondiale de 2008 avec le « Conseil de stabilité financière ». Placé sous votre solide direction, Monsieur le Premier ministre, ce Conseil a très efficacement promu des changements dans les réglementations et la supervision financière. Sans lui, la grave crise financière aurait fort bien pu se répéter. Le « Conseil mondial de la santé » devrait être composé d'autorités et d'experts des domaines de la santé ainsi que de l'économie et des finances. Ce Conseil pourrait le moment venu, évoluer vers un « Conseil mondial des biens publics » (la stabilité financière est bien entendu un bien public essentiel, tout comme l'est la santé, mais il y en a de nombreux autres).
- 2) le Sommet mondial sur la santé (en mai), organisé par la présidence italienne du G20, avec la Commission européenne en tête : en prévision de cet événement, nous pourrions présenter nos propositions sur l'architecture de la gouvernance mondiale (et peut-être développer l'idée d'un « Conseil mondial de la santé » si vous exprimiez votre intérêt en ce sens) et sur la manière d'aborder la redéfinition des choix politiques à la lumière de la pandémie. La Présidente Ursula von der Leyen et la Commissaire de la santé Stella Kyriakides sont au courant de nos travaux.
- 3) La réunion conjointe des ministres des Finances et de la Santé (en octobre) : à cette date, notre rapport final aura été publié. En raison de sa particularité, qui consiste à porter un nouveau regard sur les politiques de santé, non à partir d'un angle assez isolé mais en les plaçant au centre de nouveaux arbitrages politiques, certains éléments du rapport pourraient contribuer à la préparation de la réunion conjointe. Nous pourrions bien entendu les fournir avant la publication.

J'espère, Monsieur le Premier ministre, que vos ministres et vous-même trouverez d'utiles suggestions dans ce que j'ai présenté ci-dessus. N'hésitez pas à demander des éclaircissements sur les éléments présentés ci-dessus ou à suggérer des changements pour mieux correspondre à votre programme pour le G20. Avec mes collègues de la Commission paneuropéenne, je demeure à votre entière disposition et me réjouis de recevoir vos réponses.

En vous présentant mes meilleurs vœux de succès à la direction du G20, qui est si important pour le renouveau de la gouvernance multilatérale, je vous remercie vivement de votre attention.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier ministre, l'expression de ma très haute considération.

Mario Monti

Président

Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable

C) Déclaration au Sommet mondial sur la santé, promu par la présidence italienne du G20, avec la Commission européenne (21 mai 2021)

Madame la Présidente,
Monsieur le Premier ministre,

Je vous remercie de m'avoir invité à transmettre un message au nom de la Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable. Cette commission indépendante, constituée par l'OMS, présentera son rapport final en septembre. Celui-ci pourrait contenir d'utiles éléments, que la réunion conjointe des ministres de la Santé et des Finances du G20, en octobre, pourrait prendre en considération, car notre attention n'est pas limitée à la pandémie, mais porte plus largement sur la manière dont les politiques de santé et les politiques économiques et financières pourraient être davantage intégrées dans une approche holistique, aux niveaux national aussi bien que mondial, de manière à également éviter que l'insuffisante attention accordée aux politiques de santé ne se retourne contre nous et rende les politiques économiques et financières otages d'une crise sanitaire.

Dans un Appel à l'action que nous avons publié en mars, nous avons avancé quelques recommandations sur la manière d'améliorer la gouvernance internationale de la santé. Permettez-moi dans le contexte du G20, d'en citer seulement une. Nous sommes persuadés que sous la direction du Premier ministre Draghi et de la Présidente Von der Leyen, le Sommet mondial sur la santé, qui est sur le point de commencer, adoptera un certain nombre de principes importants. Cependant, la mise en œuvre de ces principes nécessitera l'engagement très ferme d'une OMS renforcée, au cœur d'un vaste réseau d'organisations et d'acteurs de la santé. La famille de la santé aura besoin en cette occasion particulière, et à l'avenir également, d'un engagement politique puissant et inédit, et d'investissements massifs. Au niveau mondial, il conviendra de déterminer l'instance susceptible de générer ce mouvement et de faciliter cette impulsion politique et financière. La Déclaration de Rome lancera probablement un appel en faveur d'une structure de direction politique de haut niveau : sans créer de nouvelles institutions, une telle instance pourrait être aisément activée dans le cadre du G20. Dans une configuration peut-être plus inclusive, le G20 devrait envisager de mettre sur pied un Conseil mondial de la santé, inspiré de l'expérience réussie du Conseil de stabilité financière. Je suis convaincu que de cette façon, le G20 pourrait apporter une contribution permanente et unique à la santé mondiale.

Mario Monti

Président

Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable

D) Proposition de Conseil mondial de la santé par la Commission paneuropéenne et prochain rapport final : repenser les interactions politiques entre la santé et l'économie/la finance (28 juillet 2021)

(note préparée par la Commission paneuropéenne et envoyée par le sherpa de la présidence du G20 aux délégations, en tant que projet de note d'orientation)

La proposition de Conseil mondial de la santé s'inscrit dans le cadre général de la santé et du développement durable, et non seulement dans celui des pandémies. En raison de la centralité accrue de la politique de santé et de la prise de conscience croissante de sa pertinence par nos dirigeants et membres de gouvernements, renforcée par la relation de travail plus étroite entre les ministres de la Santé et les ministres de l'Économie et des Finances, il est essentiel que les politiques de la santé et des finances soient formulées de façon à s'appliquer de manière cohérente aux plans national aussi bien qu'international. Ce constat a amené la Commission paneuropéenne à proposer que le lieu de cette convergence entre santé et finances soit un Conseil mondial de la santé, qui sera constitué par le G20, eu égard à l'expérience réussie du Conseil de stabilité financière et à l'environnement favorable qu'offre le G20 pour un dialogue santé-finances fondé sur la confiance.

Contribution en vue de la réunion des ministres des Finances et de la Santé du G20 en octobre

Le rapport final de la Commission paneuropéenne, qui sera publié en septembre, présente un ensemble de recommandations sur la meilleure façon d'établir une nouvelle relation entre la politique de santé et les autres politiques au niveau national. La Commission veut croire que le rapport peut apporter d'utiles éléments de contribution à la réunion des ministres des Finances et de la Santé du G20 le 30 octobre, éléments qui pourraient faciliter un accord sur la décision d'établir le Conseil mondial de la santé, si cette décision devait être mise à l'ordre du jour du sommet des dirigeants le 31 octobre.

Principes politiques

La Commission paneuropéenne pense que :

- a) une OMS réformée et renforcée devrait rester le principal pilier de la gouvernance mondiale de la santé et qu'elle gagnerait en effet en influence et en efficacité si un Conseil mondial de la santé était mis en place dans le cadre du G20, le directeur général de l'OMS (et peut-être certains de ses directeurs régionaux, éventuellement à tour de rôle) y exerçant un rôle de poids ;
- b) en créant le Conseil mondial de la santé, le G20 devrait faire un effort particulier d'inclusion, bien plus significatif que celui qu'il fait actuellement ;

c) les Nations Unies ne seraient en aucun cas affaiblies par la création d'un Conseil mondial de la santé auprès du G20, car il serait bien entendu compatible avec le Conseil des menaces sanitaires mondiales, qui sera mis en place par l'Assemblée générale des Nations Unies, comme le recommande le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie. Au contraire, les Nations Unies, en tant que fondement de la légitimité démocratique, bénéficieraient probablement du gain d'efficacité de la gouvernance d'ensemble de la santé qui résulterait du Conseil mondial de la santé ;

d) dans l'éventualité où des doutes subsisteraient sur l'assertion contenue dans le point c), qu'il suffise de rappeler que le FMI n'a pas souffert, mais plutôt bénéficié, de l'action réussie du Conseil de stabilité financière, prédécesseur du Conseil mondial de la santé qui est à présent proposé.

Compétences

- Elles devraient comprendre la promotion d'un développement plus durable, autrement dit la lutte contre les causes des pandémies plutôt que la simple prise en charge de leurs conséquences et la gestion de la crise.
- Elles devraient faire explicitement référence à l'approche « Une seule santé » et aux objectifs de développement durable des Nations Unies.

Mandat

- Gérer le Fonds mondial de la santé (s'il est créé) ;
- Promouvoir une meilleure évaluation des risques sanitaires pour l'économie et les finances ; coopérer avec le FMI et la Banque mondiale dans la conduite d'exercices d'alerte précoce (notamment sur les possibles défis posés par les crises sanitaires aux politiques monétaires) et d'examens de la stabilité financière ;
- Évaluer les vulnérabilités affectant la santé mondiale (dans la perspective d'« Une seule santé ») et identifier et examiner en temps voulu ;
- Promouvoir la coordination et l'échange d'informations entre les autorités responsables de la santé et de la résilience sanitaire, sur la prévention, l'organisation de systèmes de santé résilients et les situations de crise (planification d'urgence, alerte précoce, gestion de crise) ;
- Explorer les connexions et les similarités avec le Réseau pour le verdissement du système financier et les efforts du Conseil de stabilité financière en faveur du climat et récemment, de la biodiversité ;

- Accroître le financement privé de la santé et mieux évaluer les externalités négatives ; c'est pourquoi la résistance aux antimicrobiens ne devrait pas être séparée de l'analyse des pandémies ;
- Encourager le développement de dispositifs d'assurance de la santé privés ou publics économiquement accessibles ; repérer les possibilités d'affaires et les effets d'échelle ;
- Promouvoir la mise en œuvre des engagements convenus et des recommandations politiques par les autorités compétentes des États membres, au moyen du suivi de la mise en œuvre, de l'examen par des pairs et de la divulgation d'informations ;
- Développer des moyens par lesquels les organisations internationales intervenant dans la santé disposeraient de pouvoirs d'imposition suffisants.

Structure

- Réformée et renforcée, l'OMS devrait demeurer le principal pilier de la gouvernance mondiale de la santé (le directeur général de l'OMS et ses directeurs régionaux étant activement impliqués) ;
- Le Conseil mondial de la santé possédant les caractéristiques décrites ici serait bien entendu pleinement compatible avec le Conseil des menaces sanitaires mondiales devant être constitué par l'Assemblée générale des Nations Unies (comme le proposent d'autres groupes) ;
- Un secrétariat mixte et léger : le personnel de l'OMS et d'« Une seule santé », plus du personnel possédant des qualifications en finance (existant ou devant être mis en place ; situé à Genève, et peut-être accueilli par le Fonds mondial) ;
- Ferait rapport de façon flexible au G20 et aux chefs d'État et de gouvernement (plus des suivis spécifiques lors des réunions conjointes entre les finances et la santé).

Composition

- Le G20 (c'est-à-dire les pays du G20 pouvant apporter une capacité de mobilisation financière et politique, plus certains pays ou groupes de pays confrontés à des risques sanitaires spécifiques ; si nécessaire, par roulement ; sur trois ans plutôt qu'un an) ;
- Pour chaque pays, le ministre des Finances et le ministre de la Santé (ou leurs représentants de haut niveau respectifs) ; composition flexible à convenir sur la base des mêmes critères interdisciplinaires pour les autres comités et/ou réunions pouvant être envisagés ;
- Au centre, l'OMS réformée, plus ses partenaires d'« Une seule santé » à la FAO, l'OIE et le PNUE ; le FMI et la Banque mondiale, plus les banques régionales de développement, plus l'OMC ;
- Le Conseil de stabilité financière/le Réseau pour le verdissement du système financier pourraient être chargés par le Conseil mondial de la santé d'effectuer des travaux spécifiques (analyse des risques financiers en rapport avec la santé, lacunes de données, contrôle de vulnérabilité, etc.).

Aspects institutionnels et juridiques

Principes directeurs (sur de nombreux aspects, il est possible de se référer au précédent du Conseil de stabilité financière) :

- À l'instar du Conseil de stabilité financière, ce n'est pas une organisation fondée sur un traité ; il est décrit comme étant « une institution flexible, réactive, dirigée par ses membres, multi-institutionnelle et multidisciplinaire » ;
- Il pourrait également prendre la forme d'une association de droit suisse (située à Genève, près de l'OMS, ou à Bâle, près du Conseil de stabilité financière/de la Banque des règlements internationaux) ;
- Ses structures devront être définies plus précisément (assemblée plénière, secrétariat, comités permanents, groupes de travail, groupes consultatifs régionaux, cf. article 20 du Conseil de stabilité financière) et être inclusives ;
- La présidence (élue par l'Assemblée plénière pour un certain nombre d'années, elle conservera son poste d'origine, ou mieux, sera dotée d'un mandat dédié à plein temps) ;
- Le règlement : il devra refléter la nature consensuelle de cet organe, tout en gardant à l'esprit les nécessités de l'efficacité et de la mise en œuvre ;
- Il devra entretenir des relations avec la société civile (les ONG, les organisations caritatives, en particulier les médecins, les parties prenantes, portant toute l'attention requise à la transparence et aux conflits d'intérêt) ; des efforts spéciaux seront faits en faveur des femmes et des publics vulnérables ;
- Transparence, obligation de rendre des comptes, communication audacieuse (notamment pour lutter contre la désinformation et les mouvements antivaccins, etc.).

Budget

À définir

Processus

- Octobre 2021 – Sommet de Rome, placé sous la présidence italienne du G20 : parvenir à un large accord sur la création du Conseil mondial de la santé, ses principes et la désignation d'un comité d'orientation intérimaire réduit, composé d'un représentant personnel de chaque chef d'État ou gouvernement, et chargé de proposer les modalités précises de la constitution du Conseil mondial de la santé, sur des bases organisationnelles durables, en se fondant notamment sur le précédent de l'expérience du Conseil de stabilité financière.

Notes

- La « Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable : repenser les priorités politiques à la lumière des pandémies » a été établie par l'OMS (directeur régional de l'Europe, avec le soutien du directeur général).
- Bien que les membres de la Commission paneuropéenne soient européens (bien entendu, ils n'appartiennent pas seulement à des États membres de l'Union européenne, mais correspondent à la définition par l'OMS de la Région européenne), sa mission n'est pas restreinte géographiquement. En ce qui concerne en particulier les améliorations de la gouvernance mondiale, ses recommandations couvrent à la fois la région paneuropéenne et la gouvernance mondiale.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont aux personnes suivantes, qui ont contribué au rapport final de la Commission paneuropéenne au titre de fonctions techniques diverses :

.....

Gebbiena BRON

Jonathan CYLUS

Oxana DOMENTI

Tamas EVETOVITS

Nicholas FAHY

Nils FIETJE

Scott GREER

Nick GULDEMOND

Clayton HAMILTON

Tom HART

Victoria KIRKBY

Erlan LE CALVAR

Suszy LESSOF

Danilo LO FONG

Emine Alp MEŞE

Dimitra PANTELI

Govin PERMANAND

Alex PLEKHANOV

Francesca RACIOPPI

Selina RAJAN

Anna SAGAN

Oleg SALAGAY

Romain SVARTZMAN

Sarah THOMSON

Ewout VAN GINNEKEN

May VAN SCHALKWYK

Erin WEBB

Matthias WISMAR

Isabel YORDI



