

Mardi 8 mars 2011

67. estime que près de 800 000 000 000 EUR, soit 10 fois le montant de l'APD, sont perdus chaque année dans les pays en développement à cause de pratiques illicites telles que les circulations de capitaux illégaux et l'évasion fiscale, alors que la prévention et des réductions dans ce domaine pourraient s'avérer décisives dans la réalisation des OMD; invite instamment l'UE et ses États membres à inscrire la lutte contre les paradis fiscaux, la corruption et les structures fiscales dommageables comme une priorité absolue à l'ordre du jour de l'UE sur toutes les plateformes internationales, afin de permettre aux pays en développement d'augmenter leurs recettes nationales;

68. rappelle qu'il incombe collectivement au G20 d'atténuer l'impact de la crise dans les pays en développement, qui ont été durement touchés par les effets secondaires de la crise;

69. demande instamment que, dans le but de garantir la transparence de l'APD, l'obligation de rendre des comptes soit encouragée par le renforcement des mécanismes nationaux de contrôle et par un examen parlementaire de l'aide; demande à l'UE et au G20 de poursuivre leurs programmes et de prendre des mesures sévères à l'encontre des paradis fiscaux et du secret fiscal, en encourageant un système de déclaration pays par pays;

70. invite le Conseil et la Commission à promouvoir et à œuvrer en faveur des instruments innovants suivants pour le développement: une taxe sur les transactions financières internationales, des redevances sur les transports, des mesures de lutte contre les flux de capitaux illicites et la réduction ou l'allègement des coûts des envois de fonds;

71. observe que la crise économique et financière précipitera de nombreux pays en développement dans une nouvelle crise de la dette, et demande à la Commission européenne et aux États membres de redoubler d'efforts pour alléger le fardeau de la dette pesant sur ces pays;

72. rappelle que les pays en développement sont les moins bien préparés pour faire face au changement climatique et risquent d'être, en règle générale, les principales victimes de ce phénomène; demande à l'Union européenne de se conformer aux engagements financiers qu'elle a contractés dans le cadre de l'Accord de Copenhague et dans le contexte de l'Alliance mondiale pour la lutte contre le changement climatique; invite instamment l'UE à jouer un rôle de premier plan dans des initiatives communes des États industrialisés, destinées à contribuer davantage et plus concrètement à l'aide au développement dans les pays du tiers monde, envers lesquels ils assument une responsabilité historique;

*

* *

73. charge son Président de transmettre la présente résolution à la commission spéciale du Parlement européen sur les défis politiques, à la Commission, au Conseil européen, à la BEI, à la BCE, au FMI ainsi qu'à l'Assemblée parlementaire paritaire ACP-UE.

Réduction des inégalités dans le domaine de la santé

P7_TA(2011)0081

Résolution du Parlement européen du 8 mars 2011 sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne (2010/2089(INI))

(2012/C 199 E/04)

Le Parlement européen,

— vu les articles 168 et 184 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (traité FUE),

— vu l'article 2 du traité sur l'Union européenne,

— vu l'article 35 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne,

Mardi 8 mars 2011

- vu l'article 23 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, relatif à l'égalité des genres dans tous les domaines,
- vu la communication de la Commission européenne intitulée «Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne», COM(2009)0567,
- vu la décision n° 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007 établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) ⁽¹⁾,
- vu la décision 2010/48/CE du Conseil du 26 novembre 2009 concernant la conclusion, par la Communauté européenne, de la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées ⁽²⁾,
- vu l'avis du Comité de protection sociale intitulé «Solidarité en matière de santé: sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne»,
- vu les conclusions du Conseil du 8 juin 2010 sur le thème: "Équité et santé dans toutes les politiques: solidarité en matière de santé",
- vu le rapport sur la deuxième évaluation conjointe du Comité de la protection sociale et de la Commission européenne sur l'impact social de la crise économique et les réponses en matière de politique,
- vu les conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne ⁽³⁾,
- vu la résolution du Conseil du 20 novembre 2008 relative à la santé et au bien-être des jeunes,
- vu le rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008),
- vu l'avis du Comité des Régions intitulé "Solidarité en matière de santé: sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne" ⁽⁴⁾,
- vu sa résolution du 1^{er} février 2007 intitulée "Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique", une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques" ⁽⁵⁾, ainsi que sa résolution du 25 septembre 2008 sur le Livre blanc sur la nutrition, la surcharge pondérale et les problèmes de santé liés à l'obésité ⁽⁶⁾,
- vu sa résolution du 9 octobre 2008 sur le Livre blanc intitulé «Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008–2013» ⁽⁷⁾,

⁽¹⁾ JO L 301 du 20.11.2007, p. 3.

⁽²⁾ JO L 23 du 27.1.2010, p. 35.

⁽³⁾ JO C 146 du 22.6.2006, p. 1.

⁽⁴⁾ JO C 232 du 27.8.2010, p. 1.

⁽⁵⁾ JO C 250 E du 25.10.2007, p. 93.

⁽⁶⁾ JO C 8 E du 14.1.2010, p. 97.

⁽⁷⁾ JO C 9 E du 15.1.2010, p. 56.

Mardi 8 mars 2011

- vu l'article 48 de son règlement,

- vu le rapport de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire et les avis de la commission du marché intérieur et de la protection des consommateurs, de la commission de l'agriculture et du développement rural et de la commission des droits de la femme et de l'égalité des genres (A7-0032/2011),
 - A. considérant que l'universalité, l'accès à des soins de haute qualité, l'équité et la solidarité sont des valeurs et des principes communs sur lesquels reposent les systèmes de santé des États membres de l'Union européenne,
 - B. considérant que, alors que les citoyens vivent, en moyenne, plus longtemps et en meilleure santé que les générations précédentes, l'Union européenne est confrontée à un important problème, à savoir, dans le contexte du vieillissement de la population, l'existence de disparités considérables dans le domaine de la santé physique et mentale entre les États membres et à l'intérieur même de ceux-ci,
 - C. considérant que la différence d'espérance de vie à la naissance entre la catégorie socioéconomique la plus basse et la plus élevée atteint dix ans pour les hommes et six ans pour les femmes,
 - D. considérant que la dimension de genre en matière d'espérance de vie est aussi un enjeu majeur à relever dans le domaine des inégalités de santé,
 - E. considérant qu'en dehors des déterminants génétiques, la santé est essentiellement influencée par le mode de vie du citoyen, par son accès aux soins de santé, y compris à l'information et à l'éducation dans ce domaine, à la prévention des maladies ainsi que par son accès au traitement des maladies de courte ou de longue durée, considérant que les groupes socioéconomiques défavorisés sont davantage susceptibles de souffrir de malnutrition et de dépendance au tabac et à l'alcool, facteurs qui contribuent grandement à l'apparition de nombreuses maladies et de nombreux troubles, maladies cardiovasculaires et cancers notamment,
 - F. considérant que des inégalités de santé ont été constatées dans l'ensemble des États membres entre les personnes appartenant aux groupes les plus favorisés et aux groupes les moins favorisés en matière d'éducation, de profession et de revenu,
 - G. considérant qu'il est avéré qu'il existe une dimension hommes-femmes dans les taux de malnutrition, ce qui suggère que les femmes souffrent davantage de ce fléau, et que cette inégalité est plus importante en bas de l'échelle socioéconomique,
 - H. considérant que les inégalités en fonction du sexe et de l'âge dans la recherche biomédicale et la sous-représentation des femmes dans les essais cliniques sont préjudiciables à la qualité des soins de santé,
 - I. considérant que la mesure comparative des inégalités en matière de santé est un préalable indispensable à toute action qui se veut efficace,
 - J. considérant que les taux de morbidité sont habituellement plus élevés chez les personnes appartenant aux groupes moins favorisés en matière d'éducation, de profession et de revenu, et que des inégalités substantielles sont également constatées au niveau de la prévalence de formes plus spécifiques de handicaps et de maladies chroniques spécifiques, non transmissibles, les maladies buccales et certaines formes de handicap mental,
 - K. considérant que l'incidence du tabagisme augmente rapidement parmi les femmes, en particulier les jeunes femmes, avec les conséquences désastreuses qui en découlent pour leur santé future, et que, dans la population féminine, ce phénomène est exacerbé par de nombreux désavantages,

Mardi 8 mars 2011

- L. considérant que la Commission européenne établit l'existence d'un gradient social de l'état de santé dans l'ensemble des Etats membres de l'Union européenne (Communication de la Commission du 20 octobre 2010 «Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne»); que l'Organisation Mondiale de la Santé définit ce gradient social comme le lien entre les inégalités socio-économiques et les inégalités sanitaires et d'accès aux soins de santé,
- M. considérant qu'un grand nombre de projets et d'études ont confirmé que l'apparition du surpoids et de l'obésité, en particulier, est caractérisée très tôt par des disparités liées au milieu socioéconomique et que les taux d'incidence de surpoids et d'obésité les plus élevés sont constatés dans les groupes socioéconomiques défavorisés; considérant que cette situation pourrait engendrer des inégalités sanitaires et socioéconomiques encore plus importantes du fait du risque accru de maladies liées à l'obésité,
- N. considérant que malgré les progrès socioéconomiques et environnementaux qui ont conduit sur de longues périodes à une amélioration globale de l'état de santé des populations, divers facteurs tels que les conditions d'hygiène, de logement et de travail, la mal-nutrition, l'éducation, le revenu, la consommation d'alcool ou le tabagisme continuent à avoir un impact direct sur les inégalités de santé,
- O. considérant que le changement climatique pourrait avoir un certain nombre d'effets potentiels sur la santé du fait de la fréquence accrue d'événements météorologiques extrêmes, tels que les vagues de chaleur et les inondations, de la modification des schémas des maladies infectieuses et de l'augmentation de l'exposition aux rayons UV; considérant que les États membres de l'Union européenne ne sont pas tous préparés de la même façon pour relever ces défis,
- P. considérant que les inégalités de santé sont la conséquence non seulement de multiples facteurs économiques, environnementaux et de modes de vie mais aussi des difficultés d'accès aux soins de santé,
- Q. considérant que les inégalités de santé sont aussi liées à des difficultés d'accès aux soins de santé, à la fois pour des raisons économiques, non pas tant pour les soins lourds qui sont correctement pris en charge dans les Etats membres, mais pour les soins courants (comme les soins dentaires ou d'optique) ou pour la prévention, et à la fois pour des raisons de mauvaise répartition des ressources médicales dans certains territoires de l'Union,
- R. considérant qu'il existe un réel problème concernant la pénurie de professionnels médicaux dans certains territoires de l'Union ainsi que le fait qu'ils peuvent facilement se déplacer vers d'autres parties de l'Union, et que cette situation entraîne de profondes inégalités en terme d'accès aux soins et de sécurité pour les patients,
- S. considérant que les personnes qui habitent dans des régions reculées et insulaires continuent de bénéficier d'un accès limité à des soins de santé rapides et de qualité,
- T. considérant que les patients qui souffrent de maladies ou de troubles chroniques constituent un groupe spécifique qui pâtit d'inégalités en matière d'accès au diagnostic et aux soins, ainsi qu'aux services sociaux et à d'autres services de soutien, et présentent d'autres handicaps, notamment difficultés financières, médiocre accès à l'emploi et discrimination et stigmatisation sociales,
- U. considérant que la violence faite aux femmes constitue un phénomène répandu dans tous les pays et dans toutes les couches sociales et qu'elle a des répercussions dramatiques sur la santé physique et émotionnelle des femmes et des enfants,
- V. considérant que l'infertilité est une pathologie reconnue par l'Organisation mondiale de la santé comme ayant des répercussions particulières sur la santé de la femme et qu'une étude menée au Royaume-Uni (National Awareness Survey) a montré que 94 % des femmes souffrant d'infertilité présentent également l'une ou l'autre forme de dépression,
- W. considérant qu'il existe, entre les États membres, de grandes différences dans l'accès aux traitements de la stérilité,

Mardi 8 mars 2011

- X. considérant que, d'après l'office statistique de l'Union européenne Eurostat, le taux de chômage dans l'UE27 s'est élevé à 9,6 % en septembre 2010, et que le Comité de protection sociale du Conseil de l'Union européenne, dans son avis du 20 mai 2010, s'est inquiété du fait que la crise économique et financière actuelle pourrait avoir des incidences négatives sur l'accès des citoyens aux soins de santé et sur les budgets de la santé des États membres,
- Y. considérant que la crise économique et financière actuelle est susceptible d'avoir un impact grave sur le secteur des soins de santé dans plusieurs États membres de l'Union européenne, à la fois en termes d'offre et de demande,
- Z. considérant que les restrictions entraînées par la crise économique et financière actuelle, associées aux conséquences du défi démographique auquel l'Union européenne sera prochainement confrontée, pourraient nuire gravement à la viabilité financière et organisationnelle à long terme des systèmes de santé des États membres et, partant, entraver l'égalité d'accès aux soins sur leur territoire,
- AA. considérant que la combinaison de la pauvreté et d'autres facteurs de vulnérabilité (tels l'enfance ou la vieillesse, le handicap ou l'appartenance à une minorité) accroît encore les risques d'inégalités en matière de santé, et que, vice-versa, une santé médiocre peut mener à la pauvreté et/ou à l'exclusion sociale,
- AB. considérant que les premières années d'existence ont des effets durant toute la vie sur de nombreux aspects de la santé et du bien-être: obésité, maladies cardiaques et santé mentale, mais aussi éducation, réussite professionnelle, statut économique et qualité de vie,
- AC. considérant que les inégalités de santé ont des implications économiques significatives pour l'Union européenne et pour les États membres; que les pertes dues aux inégalités en matière de santé ont été évaluées à 1,4 % environ du PIB,
- AD. considérant que, dans plusieurs États membres de l'Union, l'accès équitable aux services de santé n'est pas garanti pour tous, en pratique ou dans la loi, pour les personnes sans autorisation de séjour,
- AE. considérant qu'il existe encore, dans les États membres, des cas où les représentants de différents groupes sociaux (par exemple, les personnes handicapées) sont confrontés à des obstacles qui limitent l'égalité d'accès de leurs groupes aux établissements de soins de santé et entravent ainsi leur accès aux services de santé,
- AF. considérant que dans le contexte de vieillissement de leur population, les États membres sont confrontés aux problèmes de dépendance et d'augmentation des besoins en matière de soins et de traitements dans le domaine de la gériatrie; qu'un changement d'approche pour l'organisation des soins de santé est donc nécessaire; et que l'on constate une augmentation des inégalités d'accès aux soins de santé pour les personnes âgées,
1. se félicite des recommandations clés formulées par la Commission dans sa communication intitulée «Solidarité en matière de santé: réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne», lesquelles consistent à: (1) faire de la répartition plus équitable de la santé l'un de nos objectifs globaux en matière de développement socio-économique; (2) améliorer les données et les connaissances disponibles (y compris les mécanismes de mesure, de suivi, d'évaluation et de notification); (3) associer tous les acteurs sociaux à l'effort visant à réduire les inégalités de santé; (4) répondre aux besoins des groupes vulnérables; et 5) améliorer la contribution que peuvent apporter les politiques de l'UE pour réduire les inégalités de santé;
 2. insiste sur le fait qu'il importe que les soins de santé soient dispensés d'une manière conforme aux droits fondamentaux; insiste sur la nécessité de maintenir et d'améliorer l'accès universel aux systèmes de santé et à des soins abordables;
 3. insiste sur l'importance dévolue à l'amélioration de l'accès à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, à des services de soins de santé de base et spécialisés et à la réduction des inégalités entre les différents groupes sociaux et les classes d'âge, et souligne que l'on pourrait atteindre ces objectifs en optimisant les dépenses publiques consacrées aux soins de santé préventifs et curatifs, ainsi que par des programmes ciblés sur les catégories les plus vulnérables;

Mardi 8 mars 2011

4. invite la Commission européenne et les États membres à poursuivre leurs efforts pour résoudre les inégalités socio-économiques, qui permettraient à terme de réduire une partie des inégalités en matière de soins de santé; invite également la Commission et les États membres, sur la base des valeurs universelles de la dignité humaine, de la liberté, de l'égalité et de la solidarité, à focaliser leur attention sur les besoins des groupes vulnérables, notamment les groupes défavorisés de migrants et les personnes appartenant à des minorités ethniques, les enfants et les adolescents, les personnes handicapées, en mettant l'accent sur les maladies mentales, les patients souffrant de maladies ou d'affections chroniques, les personnes âgées, les personnes vivant dans la pauvreté ainsi que les personnes frappées par l'alcoolisme et la dépendance à la drogue;

5. invite les États membres à veiller à ce que les groupes les plus vulnérables, notamment les migrants sans papiers, puissent bénéficier – et bénéficient réellement – d'un accès équitable aux soins de santé; appelle les États membres à avoir une réflexion sur la viabilité des financements publics en matière de soins apportés aux populations migrantes en situation irrégulière, en définissant par référence à des principes communs une offre de soins de base, comme le prévoit leur législation nationale;

6. invite les États membres à s'interroger sur les besoins spécifiques de protection de la santé des femmes migrantes, en mettant plus particulièrement l'accent sur la garantie de l'offre, par les structures sanitaires, des services de médiation linguistique nécessaires; estime que, dans ces structures, des initiatives doivent être entreprises en matière de formation, visant à inculquer aux médecins et aux autres intervenants une approche interculturelle, basée sur la reconnaissance et le respect de la diversité et de la sensibilité des personnes, et tenant compte de la zone géographique dont elles proviennent; estime en outre qu'il convient de donner la priorité aux mesures et aux campagnes d'information contre le recours à des pratiques de mutilation génitale féminine, prévoyant des mesures fortement répressives à l'égard de ceux qui les effectuent;

7. invite l'Union européenne et les États membres à trouver rapidement des solutions pour lutter contre les discriminations basées sur l'origine ethnique, en particulier dans certains États membres où la directive 2000/43/CE du Conseil, qui interdit ce type de discrimination, n'est pas mise en œuvre et où les femmes d'origine ethnique minoritaire n'ont pas ou ont peu de protection sociale et n'ont pas ou ont peu accès aux services de santé;

8. invite les États membres à promouvoir l'accès à des conseils et informations juridiques de bonne qualité en coordination avec les organisations de la société civile en vue d'aider les simples membres du public, y compris les migrants sans papiers, à s'informer sur leurs droits individuels;

9. souligne que la crise économique et financière et les mesures d'austérité adoptées par les États membres, notamment au niveau de l'offre, peuvent donner lieu à une réduction du niveau de financement accordé à la santé publique, à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux services de santé et de soins de longue durée du fait de coupes budgétaires et de recettes fiscales moindres, tandis que la demande de services de santé et de soins de longue durée est susceptible d'augmenter du fait d'une combinaison de facteurs contribuant à la dégradation de l'état de santé de l'ensemble de la population;

10. insiste sur le fait que les inégalités de santé dans l'Union européenne représentent une charge non négligeable pour les États membres et leurs systèmes de santé et que le bon fonctionnement du marché intérieur, ainsi que des politiques publiques volontaristes, et si possible coordonnées, en matière de prévention sont à même d'apporter des améliorations dans ce domaine;

11. souligne que la lutte contre les facteurs socio-économiques tels que l'obésité, le tabagisme, etc., l'accessibilité des soins (compromise par le non-remboursement des soins et des médicaments, l'insuffisance de la prévention et la fragmentation de la démographie médicale) et un diagnostic efficace devraient être considérés comme des éléments-clé des mesures contre les inégalités de santé et que, en outre, l'accessibilité et le prix des traitements pharmaceutiques devraient également être considérés comme des éléments déterminants de la santé publique; invite dès lors les États membres à veiller à ce que la directive sur la transparence (89/105/CEE) soit correctement mise en œuvre et que les conclusions de la communication de la Commission de 2008 sur l'enquête sur le secteur pharmaceutique soient prises en compte de manière appropriée;

12. fait observer que les prestations de santé ne sont pas des biens et services comme les autres qu'elles ne sauraient y être assimilées;

Mardi 8 mars 2011

13. invite le Conseil et les États membres à mettre en place et à évaluer de nouvelles mesures permettant d'optimiser l'efficacité des dépenses publiques accordées aux soins de santé, notamment en investissant dans les soins de santé préventifs pour réduire sur le long terme les coûts et les charges sociales, de restructurer les systèmes de soins de santé afin d'offrir un accès équitable à des soins de santé de haute qualité (notamment les soins courants), sans discrimination sur l'ensemble du territoire de l'UE, et encourage la Commission à envisager le recours aux fonds européens existants afin de soutenir les investissements en matière d'infrastructure, de recherche et de formation, et enfin de promouvoir et de renforcer la prévention des maladies;

14. invite la Commission et les États membres à garantir que l'égalité d'accès aux soins de santé et le choix de traitements pour les personnes âgées soient inclus dans leurs politiques et programmes en matière de santé; les invite à faire d'un accès adéquat aux soins de santé et aux traitements pour les personnes âgées une priorité de l'«Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle» célébrée en 2012; invite les États membres à promouvoir des initiatives afin de lutter contre l'isolement social des personnes âgées étant donné que cet aspect a une incidence importante sur le pronostic à plus long terme des patients; souligne la nécessité pour l'Union européenne et ses États membres d'anticiper, par le biais d'une stratégie appropriée à long terme, les conséquences sociales et économiques du vieillissement de la population européenne, afin de garantir la stabilité financière et organisationnelle des systèmes de soins de santé, ainsi que l'égalité et la continuité en matière de soins pour les patients;

15. demande aux États membres de renforcer leur capacité à surveiller de près, aux niveaux national, régional et local, les répercussions sociales et sanitaires de la crise;

16. invite la Commission à encourager la mise en commun des expériences en matière d'éducation sanitaire, de promotion d'un mode de vie sain, de prévention, de diagnostics précoces et de traitements appropriés, notamment dans les domaines de l'alcool, du tabac, de l'alimentation et de l'obésité, ainsi que des drogues; invite les États membres à promouvoir l'activité physique, une alimentation saine et des programmes «Écoles saines» pour les enfants, en particulier dans les régions les plus défavorisées et à relever les niveaux de l'éducation personnelle, sociale et sanitaire, afin de promouvoir les comportements sains et d'encourager les comportements positifs en matière de mode de vie;

17. encourage tous les États membres à investir dans les infrastructures de services sociaux, éducatifs, environnementaux et sanitaires conformément au principe «de la santé dans toutes les politiques», et à coordonner leurs actions en ce qui concerne la qualification, la formation et la mobilité des professionnels de la santé, en assurant ainsi la capacité et la durabilité des infrastructures et du personnel de santé, tant au niveau de l'UE qu'au niveau national;

18. souligne que les inégalités de santé dans l'Union ne seront pas surmontées sans une stratégie commune et globale pour le personnel de santé européen, comprenant des politiques coordonnées pour la gestion des ressources, l'éducation et la formation, des normes minimales de qualité et de sécurité, et l'enregistrement des professionnels;

19. demande aux États membres d'assurer la disponibilité des informations sur la santé, le mode de vie sain, les soins de santé, les possibilités de prévention, la détection précoce des maladies et les traitements adaptés, sous une forme et dans les langues compréhensibles par tous les citoyens, en utilisant les nouvelles technologies d'information et de communication, notamment en matière de services de santé en ligne;

20. demande aux États membres d'encourager la mise en place des technologies de télémédecine qui peuvent réduire d'une manière significative la disparité géographique d'accès à certains types de soins de santé, notamment des soins spécialisés, en particulier dans les régions frontalières;

21. invite les États membres à promouvoir des politiques publiques visant à garantir les conditions de vie saines pour tous les bébés, enfants et adolescents, y compris les actions de soutien prénatal et postnatal aux parents, aux femmes enceintes et allaitantes, de façon à garantir aux nouveaux-nés un bon départ dans la vie et éviter de nouvelles inégalités de santé, en reconnaissant ainsi l'importance des investissements en faveur du développement des jeunes enfants ainsi que des approches fondées sur la vie entière;

Mardi 8 mars 2011

22. invite les États membres à garantir que toutes les femmes enceintes et tous les enfants, indépendamment de leur statut, aient droit à la protection sociale et en bénéficient effectivement, tel que défini dans leur législation nationale;
23. rappelle l'obligation de l'UE, en vertu de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées, de garantir le droit des personnes handicapées au meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre sans discrimination fondée sur le handicap; insiste sur le fait que l'insertion du handicap dans tous les indicateurs pertinents de mesure de la santé est une étape clé pour remplir cette obligation;
24. invite l'Union européenne et les États membres à inclure l'état de santé des femmes et la question du vieillissement (femmes âgées) dans l'intégration de la dimension de l'égalité hommes-femmes et à utiliser cette dimension sexo-spécifique dans le budget de leurs politiques, de leurs programmes et de leurs recherches en matière de santé, dès le stade de leur élaboration et de leur conception jusqu'à celui de l'étude d'incidence; souhaite que les programmes-cadres de recherche financés par l'Union européenne et les organismes de financement publics prévoient une étude d'incidence sexo-spécifique dans leurs politiques ainsi que la compilation et l'analyse de données propres au sexe et à l'âge afin d'étudier des indicateurs de santé pour circonscrire les différences essentielles entre les hommes et les femmes en matière de santé, dans le but d'étayer l'adaptation de leurs politiques, et qu'ils mettent en place et collectent des outils épidémiologiques permettant d'analyser les causes de l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes;
25. estime que l'Union européenne et les États Membres doivent garantir aux femmes un accès aisé aux moyens de contraception ainsi que le droit à un avortement sûr;
26. invite la Commission à communiquer aux États membres des exemples de bonnes et de meilleures pratiques visant à encourager un accès plus uniforme aux traitements de la stérilité;
27. demande instamment à l'Union européenne et aux États membres de mettre l'accent sur les droits humains des femmes, notamment par des mesures de prévention et d'interdiction des pratiques de stérilisation forcée des femmes ainsi que des mutilations génitales féminines et en poursuivant les auteurs de ces pratiques en justice;
28. demande à l'Union européenne et aux États membres de reconnaître la violence masculine contre les femmes comme un enjeu de santé publique, quelle qu'en soit la forme;
29. demande à l'Union européenne et aux États membres de prendre les mesures qui s'imposent pour éliminer les discriminations à l'égard des femmes, pour ce qui est de l'accès aux technologies de procréation assistée, sur la base de leur situation matrimoniale, de leur orientation sexuelle, ainsi que de leur origine ethnique et culturelle;
30. invite les États membres à suivre l'Organisation mondiale de la santé et à reconnaître l'obésité comme une maladie chronique afin de permettre d'accéder aux programmes de prévention de l'obésité et de garantir l'accès aux traitements dont il a été prouvé qu'ils donnent des résultats médicaux positifs pour les personnes souffrant d'obésité et souhaitant un traitement médical, en vue de prévenir l'apparition d'autres maladies chez ces personnes;
31. demande à l'Union européenne et aux États membres d'intégrer la dimension hommes-femmes dans la lutte contre le tabagisme, comme le recommande la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et de lancer des campagnes dans ce sens à l'intention des jeunes filles et des femmes;
32. invite les États membres à promouvoir et à soutenir la recherche médicale et pharmaceutique menée dans le secteur des pathologies qui frappent en majeure partie les femmes à toutes les périodes de leur vie et pas seulement lorsqu'elles sont en âge de procréer;
33. invite les États membres à résoudre les problèmes d'inégalités en matière d'accès aux soins ayant des effets sur la vie quotidienne des citoyens, par exemple en dentisterie ou en ophtalmologie;

Mardi 8 mars 2011

34. suggère à l'Union européenne et aux États membres de mettre en place des politiques cohérentes et des actions de solidarité envers les femmes qui ne travaillent pas ou qui occupent des emplois dans des secteurs où elles ne sont pas couvertes par une assurance-santé personnelle et d'envisager des moyens de les assurer;
35. invite instamment la Commission, dans le cadre de sa collaboration avec les autorités compétentes des États membres, à encourager les meilleures pratiques en matière de tarification et de remboursement du coût des médicaments, notamment par des modèles réalistes de tarification différenciée des produits pharmaceutiques afin de réduire leur coût et les inégalités d'accès;
36. rappelle que l'adoption d'un brevet européen, assorti d'un régime linguistique approprié et d'un système unifié de règlement des litiges, est essentiel pour assurer la relance de l'économie européenne;
37. prend acte du fait que les travaux déjà réalisés au sein de la commission du marché intérieur et de la protection des consommateurs, eu égard, entre autres, à la sécurité des produits et à la publicité, ont contribué à lutter contre certains aspects des inégalités de santé dans l'Union européenne; souligne dans ce contexte l'importance d'assurer une surveillance étroite de l'information faite par les firmes pharmaceutiques à destination des patients, en particulier les groupes les plus vulnérables et les moins bien informés, ainsi que la nécessité d'un système de pharmacovigilance efficace et indépendant;
38. appelle les États membres à adapter leur système de santé aux besoins des plus défavorisés par le développement de modes de tarification et de rémunération des professionnels de santé qui garantissent l'accès aux soins à tous les patients;
39. invite instamment la Commission à faire le maximum pour encourager les États membres à offrir un remboursement aux patients et à faire le nécessaire pour réduire les inégalités dans l'accès aux médicaments pour le traitement de troubles ou de maladies comme l'ostéoporose postménopausique et la maladie d'Alzheimer, qui ne sont pas remboursés dans certains États membres, et ce dans les plus brefs délais;
40. souligne que, outre les pouvoirs publics nationaux, les autorités régionales de nombreux États ont des compétences importantes en matière de santé publique, de promotion de la santé, de prévention des maladies et de services de santé et doivent donc être activement associées aux actions menées dans ces domaines; fait observer que les autorités régionales et locales et les autres acteurs ont, eux aussi, un rôle essentiel à jouer, notamment sur les lieux de travail et les écoles, en particulier lorsqu'il s'agit d'informer le patient sur la santé et la maladie, le mode de vie sain, la prévention efficace des maladies, leur détection précoce et leur diagnostic;
41. invite les États membres à soutenir une «approche locale des soins» et à garantir une offre de soins de santé intégrés, accessibles au niveau local ou régional, pour permettre aux patients d'être mieux soutenus dans leur environnement local et social;
42. encourage tous les États membres à réévaluer leurs politiques dans les domaines qui ont des incidences importantes sur les inégalités en matière de santé, comme le tabac, l'alcool, l'alimentation, les médicaments, ainsi que sur la santé publique et l'offre de soins de santé;
43. encourage les États membres à développer les partenariats dans les régions frontalières afin de partager les coûts d'infrastructures et de personnel, tout en réduisant les inégalités en matière de santé, notamment pour l'accès à des équipements de pointe;
44. invite la Commission à étudier les effets des décisions basées sur des évaluations nationales et régionales de l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux sur le marché intérieur, y compris en termes d'accès des patients, ainsi que sur l'innovation en matière de produits et de pratiques médicales, qui comptent parmi les éléments principaux affectant l'égalité dans le domaine de la santé;

Mardi 8 mars 2011

45. estime que la mise en œuvre de la directive 2011/24/UE sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers devrait être suivie d'études d'impact permettant de mesurer le plus précisément son efficacité dans la lutte contre les inégalités de santé et d'assurer qu'elle préserve un niveau adéquat de protection de la population et protège la santé des patients, notamment en termes de répartition géographique des ressources médicales, tant humaines que matérielles;

46. relève que des soins de santé transfrontaliers de bonne qualité et efficaces nécessitent une plus grande transparence des informations que les citoyens, les patients, les autorités de contrôle et les prestataires de soins de santé reçoivent sur bon nombre de questions, y compris les droits des patients, l'accès aux moyens de recours et la législation relative aux professionnels de santé;

47. déplore que la directive sur les soins de santé transfrontaliers n'ait pas été accompagnée d'une proposition législative sur la mobilité des professionnels de santé prenant en compte les risques de «fuite des cerveaux» au sein de l'Union, qui accroîtrait dangereusement les inégalités géographiques dans certains États membres, et invite la Commission à remédier à cette lacune, éventuellement dans le cadre de la future révision de la directive sur les qualifications professionnelles (2005/36/CE);

48. invite instamment les États membres à mettre en œuvre pleinement la directive sur les qualifications professionnelles (2005/36/CE); compte tenu de la complexité des qualifications médicales, encourage la Commission, dans son évaluation et sa révision de la directive, à combler certaines des lacunes réglementaires susceptibles de laisser les patients démunis et de compromettre leur droit à un traitement sûr; invite la Commission à examiner de manière plus approfondie s'il convient de rendre obligatoire l'enregistrement des autorités compétentes dans le système IMI et à étendre leur possibilité d'échanger à titre préventif des informations d'ordre disciplinaire sur les professionnels de la santé en créant un mécanisme d'alerte approprié;

49. exhorte la Commission à s'orienter, dans le cadre de la prochaine proposition législative concernant les qualifications professionnelles, vers un mécanisme renforcé de reconnaissance automatique des qualifications entre les États membres;

50. fait observer que le renforcement de l'innovation permet souvent de rendre les traitements plus accessibles, ce qui est particulièrement important pour les communautés isolées ou rurales;

51. invite la Commission à encourager, en collaboration avec les États membres, le développement des services de la télémédecine en tant qu'instrument permettant de réduire les disparités géographiques des services sanitaires, tant au niveau régional que local;

52. invite le Conseil et la Commission à mieux tenir compte, dans la stratégie Europe 2020, du fait que la santé physique et psychique et le bien-être sont essentiels dans la lutte contre l'exclusion, et à inclure des indicateurs comparatifs classés en fonction du statut socioéconomique et de l'état de la santé publique dans les procédures de suivi de la stratégie Europe 2020 et à prendre en considération la discrimination liée à l'âge notamment dans les essais cliniques pour des traitements mieux adaptés aux personnes âgées;

53. est d'avis que l'Union européenne et les États membres doivent soutenir les organisations de la société civile et les organisations féminines qui militent pour les droits des femmes, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'en faveur d'un mode de vie sain et du droit au travail, afin de garantir que les femmes puissent s'exprimer sur les enjeux des politiques sanitaires européenne et nationales;

54. encourage tous les États membres à favoriser et à développer les capacités ainsi que la coopération et les échanges internationaux entre tous les acteurs multisectoriels pertinents actifs dans la conception et la mise en œuvre de politiques de réduction des inégalités en matière de santé;

Mardi 8 mars 2011

55. invite les États membres à soutenir et à mettre en œuvre une approche concertée de l'élaboration des politiques aux niveaux local, régional et national, en vue d'intégrer la santé dans toutes les politiques;
56. demande à la Commission et aux États membres d'élaborer un ensemble commun d'indicateurs de suivi des inégalités de santé en fonction de l'âge, du sexe, du statut socioéconomique et de la situation géographique, ainsi que des risques découlant de l'alcoolisme et de la dépendance à la drogue, et de mettre en place une méthode de contrôle de la situation en matière de santé prévalant dans les États membres, en vue de recenser les domaines à améliorer et les bonnes pratiques et de les classer par ordre de priorité;
57. souligne que les inégalités de santé sont dues aux disparités sociales liées aux conditions de vie et comportements sociétaux, au sexe et à la race, au niveau d'éducation, à l'emploi et à la distribution inégale non seulement des revenus mais des services d'assistance médicale, de prévention des maladies et de promotion de la santé;
58. souligne que le moteur des inégalités de santé est représenté par le risque de maladie plus élevé chez les personnes appartenant aux groupes sociaux moins favorisés (plus pauvres), rappelant que ce risque est plus accentué en raison de la combinaison de la pauvreté à d'autres facteurs de vulnérabilité;
59. invite la Commission à veiller à ce que l'objectif de réduction des inégalités de santé et d'un meilleur accès aux services de santé physique et psychique soit pleinement pris en compte et intégré dans les initiatives actuelles, comme le Partenariat pour un vieillissement actif et en bonne santé, ou la Plateforme de l'UE contre la pauvreté et l'exclusion sociale, ainsi que dans les initiatives futures consacrées au développement des jeunes enfants et les politiques en faveur de la jeunesse traitant de l'enseignement, de la formation et de l'emploi;
60. appelle à une meilleure coordination entre les agences de l'UE qui ont un rôle important à jouer dans le contexte de la lutte contre les inégalités de santé, en particulier entre la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail;
61. appelle la Commission à aider les États membres à mieux utiliser la méthode ouverte de coordination afin de soutenir des projets concernant les facteurs sous-jacents qui contribuent aux inégalités en matière de santé;
62. demande à la Commission de concevoir des moyens de faire participer activement toutes les parties concernées à l'échelon européen, dans le but d'encourager l'adoption et la diffusion de bonnes pratiques en matière de santé publique;
63. souligne parmi les déterminants de la santé l'importance d'une alimentation variée et de qualité et encourage à ce titre la Commission à recourir davantage aux programmes efficaces lancés dans le cadre de la PAC (distribution gratuite de lait et de fruits dans les établissements scolaires et d'aliments aux personnes les plus démunies);
64. invite les États membres à créer un réseau de services sociaux sanitaires et consultatifs spécifiques, doté notamment de lignes téléphoniques réservées, destiné aux femmes, aux couples et aux familles, dans le but de prévenir les violences domestiques et d'apporter aux personnes concernées, un soutien et une aide qualifiés et professionnels, en collaboration avec les autres institutions compétentes;
65. demande à la Commission d'aider les États membres à faire un meilleur usage de la politique de cohésion et des Fonds structurels de l'Union européenne pour soutenir des projets qui contribuent à traiter des déterminants sociaux de la santé et à réduire les inégalités de santé; invite également la Commission à aider les États membres à faire un meilleur usage du programme PROGRESS;

Mardi 8 mars 2011

66. demande aux États membres de l'Union européenne de mettre fin aux diminutions actuelles des dépenses publiques destinées aux services de santé qui jouent un rôle pivot dans la réalisation d'un haut niveau de protection de la santé pour les femmes et les hommes.
67. demande à la Commission d'intégrer, dans l'élaboration de toutes les politiques intérieures et extérieures de l'Union européenne, une approche fondée sur les déterminants économiques et environnementaux de la santé et sur «l'équité et la santé dans toutes les politiques», en vue notamment de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier celui concernant la bonne santé maternelle;
68. conseille vivement à tous les États membres de reconnaître l'importance de la santé pour la société et de dépasser une approche fondée sur le PIB lorsqu'ils mesurent le développement de la société, de la communauté et de l'individu;
69. demande au Conseil de promouvoir les actions visant à faire de la lutte contre les inégalités de santé une priorité politique dans tous les États membres, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé et des facteurs de risque liés au mode de vie comme l'alcool, la drogue et l'alimentation, et en mettant en œuvre des actions dans des domaines tels que la politique des consommateurs, l'emploi, le logement, la politique sociale, l'environnement, l'agriculture et l'alimentation, l'éducation, les conditions de vie et de travail et la recherche, conformément au principe «de la santé dans toutes les politiques»;
70. invite la Commission à soutenir les actions financées par les programmes d'action «santé publique» actuel et futurs afin de réduire les déterminants sociaux de la santé;
71. invite la Commission à élaborer des lignes directrices en vue de renforcer les mécanismes de suivi des inégalités de santé dans l'ensemble de l'Union européenne (entre les États membres et à l'intérieur même de ceux-ci) en améliorant la collecte de données par la compilation plus systématique de données comparables, complémentaires aux données existantes sur les inégalités de santé, et au moyen d'un suivi et d'une analyse réguliers de ces données;
72. demande à la Commission d'envisager d'établir une proposition de recommandation du Conseil, ou toute autre initiative appropriée de l'Union, visant à encourager et à soutenir la conception par les États membres de stratégies nationales ou régionales intégrées, en vue de réduire les inégalités en matière de santé;
73. invite la Commission à évaluer, dans ses rapports sur les progrès réalisés, l'efficacité des mesures de réduction des inégalités de santé, ainsi que les améliorations en matière de santé qui résultent des politiques menées en rapport avec les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé;
74. invite la Commission à intégrer la santé dans toutes les politiques dans le cadre de l'élaboration de politiques au niveau de l'UE et à garantir la mise en œuvre d'analyses d'impact efficaces qui tiennent compte des résultats relatifs à l'équité en matière de santé;
75. affirme que des marchés ouverts, concurrentiels et opérants peuvent stimuler l'innovation, les investissements et la recherche dans le secteur de la santé, et reconnaît que cela doit s'accompagner d'un fort soutien financier en matière de recherche publique afin de développer plus avant des modèles de soins de santé durables et efficaces et de promouvoir le développement de nouvelles technologies et leurs applications dans ce domaine (télémédecine, par exemple) ainsi qu'une méthode commune d'évaluation des technologies de la santé, l'ensemble de ces mesures devant bénéficier à tous les individus, y compris ceux des classes socio-économiques les plus défavorisées, tout en tenant compte du vieillissement de la population;
76. invite la Commission et les États membres à soutenir les programmes d'information et de sensibilisation des citoyens et à intensifier le dialogue avec la société civile, les partenaires sociaux, les ONG, en termes de santé et services médicaux;
77. estime nécessaire d'augmenter le nombre de femmes participant au développement des politiques de santé, à la planification des programmes et à la fourniture de services dans le domaine de la santé;
78. charge son Président de transmettre la présente résolution au Conseil et à la Commission.
-