

Des priorités aux programmes

L'élaboration de politiques de santé cohérentes et pragmatiques repose sur la détermination de priorités et d'objectifs. La réduction des inégalités sociales de santé en est un élément clé.

Du bon usage des priorités de santé

Le système de santé français vit depuis de nombreuses années au gré des réformes dans une course éperdue au comblement des déficits accumulés, désormais sans cesse reportés sur les générations futures. Si la contrainte financière est omniprésente depuis le premier choc pétrolier dans les années soixante-dix, la nécessité de donner un autre sens aux mesures prises s'est progressivement imposée, notamment sous la pression des professionnels de santé. Mais les difficultés financières n'en sont pas le seul élément explicatif. D'autres aspects, notamment l'irruption du sida, l'importance des inégalités de santé et du niveau de la mortalité prématurée souligné par le Haut Comité de la santé publique au début des années quatre-vingt-dix ou encore des problématiques comme la iatrogénie ou la résistance aux antibiotiques, ont progressivement « popularisé » les interrogations de quelques spécialistes de santé publique sur la pertinence des modalités d'allocation de ressources du système de santé. Rationalisation des choix budgétaires, maîtrise comptable, maîtrise médicalisée et maintenant priorités de santé, autant de concepts qui marquent les étapes de cette évolution.

Pour analyser et comprendre comment ces priorités sont définies et utilisées, il faut d'abord commencer par s'interroger sur les fondements de cette notion. Avant le comment, s'intéresser au pourquoi. Il sera alors plus

facile de déterminer quelles limites la réalité française impose au bon usage des priorités de santé.

Quels fondements contextuels pour la définition des priorités de santé ?

S'il n'existait aucune limite en termes de ressources, en particulier humaines ou financières, pour répondre aux besoins de santé de la population, la notion même de priorité n'aurait guère de sens ou du moins d'intérêt. L'existence de la rareté en constitue donc le premier fondement. Parce que nous ne pouvons pas tout faire en même temps, nous sommes dans l'obligation de choisir. D'un point de vue économique, ce constat n'est guère nouveau. Dans le domaine de la santé, les conditions d'organisation de l'assurance maladie en 1945 (mécanisme de solvabilisation collective avec droit de tirage individuel sans réelle restriction), associées aux « Trente Glorieuses », ont pu faire croire pendant un temps à l'existence de ressources illimitées. Nous savons à nouveau qu'il n'en est rien, même s'il n'est facile ni aux professionnels, ni à la population de l'admettre au motif que la santé n'a pas de prix. Un partage équitable des ressources collectivement disponibles est donc indispensable pour réduire les inégalités de santé et à tout le moins ne pas les aggraver. Aujourd'hui, la tension entre ressources et besoins n'est plus seulement financière. Elle est aussi humaine en raison de l'évolution démo-

Bertrand Garros
Directeur des stratégies de santé à la Mutualité française, ancien membre du Haut Comité de la santé publique



graphique des professionnels de santé, de leur volonté de travailler moins d'heures, des règles à respecter en termes de sécurité et de qualité des soins.

Pour effectuer des choix, il ne suffit pas d'y être contraint. Il faut aussi être en mesure de hiérarchiser les problèmes. Formuler des priorités nécessite donc de disposer d'informations et de critères permettant d'opérer un classement, d'apprécier qu'un problème est plus important qu'un autre. Il n'y a donc pas de priorités sans ces critères, même implicites. Il existe différentes références pour définir ces critères : gravité vitale ou fonctionnelle, nombre de personnes concernées, dépenses engagées, etc. La plupart du temps, les priorités de santé sont définies en combinant ces critères. Leur choix, leur pondération respective sont donc un élément essentiel de la construction des priorités. Elles ne relèvent pas uniquement d'une logique scientifique.

Dernier fondement de la notion de priorités, la possibilité d'agir. Il ne servirait en effet à rien de considérer comme prioritaire un problème de santé sans donner une suite opérationnelle à ce constat. Il n'y a donc pas de priorité sans plan ou programme d'actions. Pour autant, il ne s'agit pas de réduire la finalité à son moyen, comme cela est trop souvent le cas. Un plan ou un programme de santé constituent une manière de répondre à une priorité. Selon les acteurs en présence, des plans différents peuvent être élaborés pour une même priorité.

En définitive, la notion même de priorité de santé et son utilisation reposent sur un triptyque associant niveau des ressources disponibles, critères de choix retenus et possibilités d'agir. Jusqu'à présent, ces trois dimensions ont surtout été articulées pour définir des priorités en termes d'organisation de l'offre de soins ou d'allocations de crédits consacrés à la prévention. Désormais, elles sont aussi au cœur des problématiques de la protection sociale. Apprécier le service médical rendu, l'utilité des produits et prestations, c'est clairement affirmer que certains remboursements sont plus prioritaires que d'autres, et que les ressources de l'assurance maladie doivent être consacrées à ce qui présente le plus d'utilité. La création de la Haute Autorité de santé est symbolique de cet élargissement.

Quels processus d'émergences des priorités de santé ?

Pour faire face aux déficits des comptes sociaux à la suite du premier choc pétrolier dans les années soixante-dix, différentes mesures financières ont été mises en place à plusieurs reprises, consistant essentiellement à augmenter les cotisations et à diminuer les remboursements. Des tentatives ont également été effectuées pour mieux encadrer l'activité et les tarifs des professionnels libéraux, mais aussi les dépenses hospitalières avec l'introduction de la planification hospitalière, puis du budget global. Au-delà de leurs éventuels aspects « comptables », ces démarches obéissent en fait à deux priorités. La première est le recentrage des remboursements de l'assurance maladie sur le

plus utile médicalement. La seconde est une meilleure adéquation entre la variation géographique de l'offre et celle des besoins de la population.

Dans le secteur ambulatoire, avec l'arrivée de « références médicales », éventuellement opposables, on parle de « maîtrise médicalisée ». L'idée n'est pas d'établir ainsi des priorités de santé, mais d'améliorer la qualité et la pertinence des soins, et par-là même d'aboutir à une meilleure utilisation des ressources de l'assurance maladie. Certains professionnels estiment même, plus ou moins explicitement, que les marges dégagées par un succès de cette maîtrise médicalisée pourraient permettre d'échapper à toute mise en œuvre de priorités, c'est-à-dire de choix. D'un point de vue conceptuel, cette approche se fonde sur la notion de « médecine fondée sur des faits » (*evidence based medicine*), qui cherche à faire reposer la décision médicale moins sur l'art des professionnels que sur des preuves scientifiquement démontrées.

L'offre de soins hospitalière a fait l'objet d'une planification de plus en plus contraignante depuis les années soixante-dix. Avec une volonté identique d'organisation géographique de l'offre, la carte sanitaire a précédé le schéma régional d'organisation sanitaire. Les indicateurs de besoins initiaux du type nombre de lits pour 1 000 habitants, d'une application au mieux arithmétique, ont été complétés en essayant d'appréhender de façon moins grossière les besoins de santé. Fonder l'allocation des ressources sur des critères plus rationnels et objectifs s'inscrit dans une convergence associant économie de la santé et santé publique. Travaux américains, anglais, canadiens, québécois marquent fortement les réflexions françaises. Faute de données de morbidité suffisamment complètes, les données de mortalité sont l'objet d'une utilisation de plus en plus intensive.

En 1977, Romeder a ainsi proposé de s'intéresser aux années potentielles de vie perdues entre 1 et 70 ans pour définir des priorités dans l'allocation budgétaire. En France, au début des années quatre-vingt, la Direction des hôpitaux engage les premières réflexions pour renforcer la dimension médicale des indicateurs de la carte sanitaire, en s'inspirant des méthodes élaborées en Angleterre, utilisant des indicateurs de besoin fondés sur la variation d'indicateurs de mortalité. En 1988, la Commission des Communautés européennes, dans le cadre de son programme « Recherches sur les services de santé », publiait un premier atlas européen de la mortalité évitable portant sur la période 1974-1978.

Toutes ces démarches ont en commun l'objectif d'aboutir à une utilisation plus pertinente de l'allocation des ressources, soit dans le cadre des prises en charge individuelles, soit dans un cadre plus collectif de planification ou de dotation budgétaire. Nous sommes dans des priorités plutôt statiques d'amélioration du fonctionnement, pas encore dans une logique beaucoup plus volontariste et offensive de priorités de santé. La logique curative dominante n'est pas remise en cause, ni encore véritablement les conditions de financement

ou l'organisation du système. La progression du vieillissement de la population, l'irruption du sida, la montée de la précarité vont conduire à de profondes remises en cause en matière d'organisation, de place laissée aux stratégies non curatives ou encore de lacunes de la protection sociale, aussi bien obligatoire que complémentaire. Ces interrogations sont d'autant plus ressenties que, dans son rapport de 1994, *La santé en France*, le Haut Comité de la santé publique soulignait la persistance des inégalités de santé sociales et géographiques, ou encore le haut niveau de la mortalité prématurée et évitable en France. Pour améliorer la situation, le Haut Comité proposait pour la politique

de santé des priorités et des objectifs résultant d'une analyse épidémiologique et d'une consultation d'acteurs de la santé.

Cette vision de santé publique allait converger rapidement avec celle des pouvoirs publics confrontés à l'aggravation des déficits de l'assurance maladie et à l'obligation d'y faire face. Ayant l'ambition de sortir de la simple logique de déremboursement, les ordonnances de 1996 vont établir pour la première fois en France le principe d'un lien entre financement et priorités de santé. Elles fixent un cadre pour l'utilisation des priorités plus que pour leur élaboration. Au niveau national, le Parlement adopte chaque année un objectif national

Les propositions de priorités et d'objectifs dans le rapport du HCSP *La santé en France en 1994*

S' inscrivant dans la continuité de la réflexion initiée en 1992 dans un premier rapport « Stratégie pour une politique de santé », le HCSP a proposé conjointement avec la direction générale de la Santé, en 1994, une démarche susceptible « d'orienter les actions non seulement du système de santé, mais aussi de l'ensemble de la collectivité vers des objectifs de réduction à moyen terme des problèmes de santé qui apparaissent les plus importants pour la population française ».

Cette initiative s'inspirait de la démarche de l'OMS « Les buts de la santé pour tous », et bénéficiait des expériences récentes d'une politique de santé au Québec et en Angleterre.

Quatre grands buts ont orienté les objectifs et les principales mesures de la politique proposée :

- réduire les décès évitables,
- réduire les incapacités évitables,
- améliorer la qualité de vie des personnes handicapées ou malades,
- réduire les inégalités face à la santé.

L'élaboration des propositions a résulté d'une démarche participative à laquelle ont collaboré plus de trois cents personnes.

- Un premier groupe d'une centaine d'experts « généralistes de

santé publique », interrogé par une enquête de type Delphi, a proposé une sélection de problèmes et de déterminants prioritaires sur la base de critères de choix explicites. Ce groupe a également identifié les obstacles à une organisation efficiente de la santé et proposé les modalités permettant de les surmonter. La liste des problèmes et des déterminants retenus a été arrêtée par le comité de pilotage de l'enquête composé du vice-président du HCSP, du directeur général de la Santé, du directeur des Hôpitaux, du directeur général de l'Inserm, du directeur de l'ENSP et du président de la SFSP

- Seize groupes d'experts de chacun des domaines prioritaires ont ensuite formulé des propositions d'objectifs spécifiques et de moyens.

Enfin, un dernier groupe de travail a rassemblé les indicateurs relatifs à chaque domaine selon des critères de pertinence (dans une logique de suivi des objectifs annoncés) et de disponibilité...

À l'issue de ce processus, vingt et un objectifs d'amélioration de la santé ont été retenus :

- Quatorze problèmes de santé
 - critères de sélection : gravité (décès prématuré et/ou incapacité majeure et/ou souffrances importantes), fréquence (ou rythme de croissance important), impact

socio-économique, faisabilité (possibilités d'intervention, notamment de prévention), perception sociale (perçus comme essentiels par la population) ;

- problèmes prioritaires : accidents de la voie publique, de la vie courante, du travail, cancers (poumon, VADS, sein, col de l'utérus, colon, rectum), sida et MST, maladies cardio-vasculaires (infarctus, maladies des coronaires, AVC), santé mentale (suicide, troubles mentaux chroniques, dépression), handicap et dépendance, toxicomanie, périnatalité, iatrogénicité et infections nosocomiales, sévices à enfants, douleur, mal de dos.

- Quatre déterminants de santé

– critères de sélection : impact sur la santé (existence d'une relation démontrée avec un ou plusieurs problèmes de santé), faisabilité (possibilité d'intervention sur le déterminant), fréquence du déterminant dans la population ;

- déterminants prioritaires : consommation d'alcool, usage du tabac, précarité insertion et santé, difficultés d'accès aux soins et à la prévention.

- Trois recommandations pour conforter les acquis dans les domaines suivants : maladies infectieuses, environnement, nutrition. 🌿



des dépenses d'assurance maladie dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale dont le projet élaboré par le gouvernement doit tenir compte des priorités de la politique de santé et des orientations pour la prise en charge des soins proposées par la Conférence nationale de santé. Deux rapports, émanant de la Conférence nationale de santé et du Haut Comité de la santé publique, sont transmis parallèlement au Parlement. Ces priorités doivent être prises en compte dans les conventions d'objectifs et de gestion conclues ensuite entre le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie, mais aussi dans la répartition des enveloppes régionales constituées pour les dépenses hospitalières avec pour objectif la réduction progressive des inégalités entre régions.

Au niveau régional, l'ordonnance de 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins confiait aux conférences régionales de santé le rôle d'établir les priorités de santé de chaque région et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population au regard de l'ensemble des moyens sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les agences régionales d'hospitalisation et les caisses d'assurance maladie, en particulier les unions régionales, devaient également tenir compte de ces priorités dans leurs actions ou leurs contractualisations, notamment avec les hôpitaux. La même ordonnance précisait que les priorités de santé pouvaient faire l'objet de programmes d'actions dont l'élaboration et la coordination relevaient des préfets de région.

La formulation de priorités de santé repose sur la combinaison de trois logiques : une logique médicale et scientifique, une logique économique et une logique sociale. Dans l'absolu, le schéma proposé par les ordonnances de 1996 prend bien en compte ces trois dimensions. Il s'agit bien de partir d'un bilan épidémiologique, l'allocation des ressources doit tenir compte des priorités et les conférences de santé sont là pour permettre une expression organisée de la demande sociale. De fait, les premières conférences de santé se sont appuyées sur le bilan établi par le Haut Comité de la santé publique mais aussi par l'ensemble des observatoires régionaux de la santé. En s'inspirant de la méthodologie des conférences de consensus, leur composition et leur fonctionnement avec présence d'un jury devaient faciliter la tenue d'un débat entre tous les acteurs de la santé.

Heurts et malheurs de l'utilisation des priorités de santé

En consacrant la notion de priorités, les pouvoirs publics nourrissaient l'espoir de pouvoir formuler des choix, rendus nécessaires par la situation financière, sur des bases « rationnelles » les moins discutables possibles. D'une certaine manière, il s'agissait de s'inscrire au niveau collectif dans une logique « *evidence based* » comparable à celle promue dans le domaine clinique. Les priorités de santé pourraient ainsi se dégager au

nom d'une sorte de rationalité supérieure s'imposant à tous. Cette vision est celle d'une élaboration des priorités de santé fondée avant tout sur l'expertise. En pratique, c'est elle qui s'est imposée dans le cadre des conférences de santé. Le discours des experts a été souvent dominant, les autres acteurs ne disposant pas suffisamment de la maîtrise des outils culturels pour intervenir dans le débat, sinon sous une forme passionnelle. C'est cette logique qu'ont bousculée les États généraux lancés par Bernard Kouchner en 1998-1999, en donnant d'abord la parole aux usagers et à leurs préoccupations, opposant souvent la vérité du vécu, de l'émotion à celle du réfléchi, du rationnel. Mais cette réaction, si elle a permis la remise en cause de la prépondérance de l'expertise scientifique, n'a pas permis non plus de lui trouver sa « juste » place.

Le concept de priorités de santé a également été victime de son succès. Aux priorités du Haut Comité, se sont ajoutées celles des conférences de santé, nationale ou régionales, ou encore celles de l'assurance maladie, chaque année ajoutant souvent son lot aux précédentes. Cette relative prolifération pose le problème de la légitimité de l'émetteur des priorités. Elle débouche aussi sur la symbolique attachée à cette notion. La priorité devient la marque d'une reconnaissance sociale du problème. Dès lors, faire apparaître un problème comme prioritaire constitue une façon pour qu'il ne soit pas (ou plus) laissé pour compte. D'où l'inflation progressive des priorités, de manière souvent à n'oublier ni rien, ni personne. Pour reprendre la formule consacrée, au final trop de priorités tuent les priorités.

Par ailleurs, les ordonnances de 1996 ont prévu la formulation de priorités aussi bien par la Conférence nationale que par les conférences régionales de santé, mais elles restent muettes sur la manière dont elles doivent s'articuler. Priorités nationales et régionales se sont juxtaposées sans que l'on puisse distinguer clairement de hiérarchie, les régions privilégiant leurs propres priorités. Les acteurs locaux ont alors plus de mal à se mobiliser sur des priorités nationales.

La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions marque, de ce point de vue, une innovation. Elle fait de l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies un objectif prioritaire de la politique de santé et instaure la mise en œuvre systématique dans toutes les régions d'un programme régional d'accès à la prévention et aux soins, le « Praps ». En prévoyant que ce programme s'appuie sur des diagnostics départementaux, elle tente même d'articuler échelons régional et départemental.

Au-delà du flou conceptuel qui entoure la notion de priorités, la principale lacune des ordonnances de 1996 est sans doute d'avoir aussi peu précisé les modalités à mettre en œuvre pour que l'allocation des ressources, hospitalières ou ambulatoires, s'effectue véritablement en fonction de priorités de santé. L'essentiel des budgets n'a en rien été distribué sur de telles bases. Il n'y a pas eu de réorientation du système

de santé, comme cela a pu être le cas dans d'autres pays. De la même manière, rien n'a permis de réduire le décalage entre la portée pluriannuelle des priorités retenues et la dimension annuelle des budgets. Des enveloppes ont néanmoins été dégagées, qui ont permis la réalisation de programmes nationaux et régionaux, associant actions et développement d'offres. Ces programmes ont permis un certain décloisonnement des acteurs et des financements.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique tire de façon radicale la leçon de ces difficultés d'utilisation en supprimant toute référence aux priorités de santé pour parler d'« objectifs de la politique de santé publique ». Au nombre de 100, ces objectifs sont complétés par des plans stratégiques : cancer, violence routière, handicap et santé environnementale, ainsi que maladies rares. Ces 100 objectifs ne sont pas hiérarchisés, mais simplement classés. Leur nombre ne permet pas de parler de priorités. Il s'agit davantage de repères pour l'action et, quand ils sont quantifiés, pour l'évaluation de l'action. On peut néanmoins considérer que les plans stratégiques qui figurent dans la loi constituent de facto des programmes prioritaires d'actions, accompagnés d'un effort financier significatif. Par ailleurs, la remise en cause du rôle des régions dans la formulation de priorités de santé est également totale. Il s'agit désormais de mettre en œuvre les objectifs de la politique nationale en tenant compte des spécificités régionales. Cette déclinaison s'exprime au moyen d'un plan régional de santé publique.

On ne discutera pas, dans ce texte, de la pertinence des changements introduits par la loi de santé publique. Au flou conceptuel des ordonnances de 1996, elle répond

par une démarche la plus possible fondée sur des faits, privilégiant l'expertise scientifique. À l'absence d'articulation organisée entre priorités nationales et régionales, elle répond par la suprématie des objectifs nationaux, tempérée par des possibilités d'adaptation locale. Mais l'essentiel n'est sans doute pas là. Si elle définit des objectifs, la loi n'établit aucun lien avec les moyens pour les atteindre, en particulier d'un point de vue financier. De la même manière, aucune véritable articulation n'est tentée avec l'organisation ou le champ de la protection sociale, ni avec l'organisation et la structuration de l'offre de prises en charge. Pourtant, pour être atteints, nombre d'objectifs nécessitent non seulement des moyens, mais une amélioration profonde de nos modalités de protection sociale et d'offres, par exemple pour des prises en charge actuellement non financées par l'assurance maladie. Le hasard des calendriers parlementaires a voulu que la loi de santé publique et la loi sur l'assurance maladie soient votées à quelques jours d'intervalle. On pourrait y voir le signe d'une élaboration commune. Il n'en a rien été. C'est au travers de véritables priorités que cette articulation doit s'effectuer. Il faut alors user des priorités de santé, non pas de façon statique, mais de façon dynamique. Une priorité de santé ne peut pas se définir uniquement comme le produit d'une démarche scientifique, aussi rigoureuse soit-elle. Elle est au centre de gravité d'un champ de forces associant logiques économique, médicale et scientifique, sociale. Cet équilibre est par nature instable. Il varie dans le temps et dans l'espace. C'est le fruit d'un compromis social qui doit résulter du débat. Faute de cette transparence, les priorités resteront implicites au détriment de la solidarité et de l'égalité, sociale ou géographique, d'accès à la santé. ✎

*Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 69.*

La lutte contre les inégalités dans les politiques et les programmes nationaux de santé

Des inégalités sociales de santé importantes existent aujourd'hui dans l'ensemble des pays d'Europe [44, 63]. En France, qui est le pays d'Europe où les différences sociales de mortalité prématurée sont les plus fortes [44], un cadre de 35 ans a encore en moyenne 44,5 ans à vivre, contre seulement 38 ans pour un ouvrier, d'après les estimations de Mesrine [50] réalisées sur la période 1982-1996. L'écart est encore plus marqué entre les professions intellectuelles qui ont une espérance de vie à 35 ans de 46 ans, et les personnels de services directs aux

particuliers pour qui celle-ci n'est que de 36,5 ans. En outre, ces inégalités ne se sont pas réduites sur longue période, le risque de décès des cadres ayant diminué plus vite que celui des ouvriers entre les années cinquante et les années quatre-vingt-dix [22, 23, 50].

Bien que ce phénomène soit connu depuis le XIX^e siècle et régulièrement mesuré depuis 1955, ces inégalités ne constituent véritablement un enjeu de santé publique que depuis une vingtaine d'années. En effet, en 1985, la France, comme tous les pays européens, signait le principe de santé pour tous, défini par l'OMS-Europe,

Florence Jusot
Chargée de recherche
Dominique Polton
Directrice
Institut de recherche
et de documentation
en économie
de la santé (Irdes)



selon lequel, à l'horizon de l'an 2000, les différences d'état de santé entre pays et entre groupes au sein des pays devaient être réduites de 25 %.

Quelle a été la traduction de ce principe dans les politiques et les programmes nationaux de santé ? Ces politiques sont-elles en accord avec les résultats de la recherche sur les mécanismes explicatifs des inégalités sociales de santé ?

Une politique principalement tournée vers l'accès aux soins et la lutte contre les exclusions

En 1994, le Haut Comité de la santé publique nouvellement créé évoquait la réduction des inégalités sociales de santé comme l'un des quatre objectifs à moyen terme proposés¹. Deux objectifs intermédiaires ont alors été envisagés pour réduire ces inégalités : assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et favoriser leur réinsertion sociale, et améliorer l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées.

Dans ce rapport, les inégalités sociales de santé sont donc envisagées, d'une part, comme un problème lié à la précarité et d'autre part comme un problème d'accès aux soins. Ce point de vue correspond en fait au fondement de l'ensemble des politiques mises en œuvre en France depuis le début des années quatre-vingt-dix pour réduire les inégalités de santé.

L'accès aux soins des plus démunis a d'abord été abordé au travers de la réforme de l'aide médicale gratuite (AMG) par la loi du 29 juillet 1992. Une aide minimale a été définie pour des bénéficiaires de plein droit (par exemple les bénéficiaires du RMI), alors qu'antérieurement les barèmes d'admission étaient totalement à la discrétion des départements, l'AMG prenant en charge les cotisations d'assurance personnelle, pour les personnes non couvertes par l'assurance maladie de base, ainsi que le ticket modérateur et le forfait journalier, pour les personnes affiliées à un régime d'assurance maladie.

La même année, l'activité des centres d'examen de santé des caisses d'assurance maladie est réorientée vers les populations précaires.

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 aborde à nouveau le problème de la précarité. Elle vise à garantir un accès réel pour tous aux droits fondamentaux, parmi lesquels figure le droit à la santé. En dehors de l'amélioration des conditions de vie au travers du renouvellement urbain et de la lutte contre le saturnisme, qui sont davantage envisagés dans une perspective de droit au logement, la question du droit à la santé est toujours essentiellement posée sous l'angle de l'accès aux soins.

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) destinés à améliorer l'accès aux

soins curatifs, mais aussi préventifs, des personnes en situation de précarité, en ont été la traduction opérationnelle. Concertés et coordonnés au niveau régional et local entre les différents acteurs intervenant dans le secteur sanitaire et social, ils se sont efforcés de rechercher et de mettre en œuvre les adaptations au système de santé permettant d'en faciliter l'accès aux populations précaires. Les évaluations faites de ces dispositifs en tirent un bilan mitigé, malgré des actions innovantes et l'apport des dispositifs d'accueil spécifiques mis en place [5, 26]. Des recommandations ont été faites pour les faire évoluer.

En 2000, la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) a constitué une avancée significative dans l'équité d'accès aux soins, en généralisant la couverture maladie de base à l'ensemble des personnes résidant en France de façon stable et régulière² et en offrant une couverture complémentaire gratuite, sous conditions de ressources. Au 31 décembre 2003, on comptait 1 500 000 bénéficiaires de la CMU au titre de la couverture de base et 4 650 000 bénéficiaires de la CMU complémentaire [7].

Ce dispositif a permis de réduire fortement les différences sociales de consommation de soins et de limiter le renoncement aux soins pour raisons financières [58].

Ces bénéficiaires de la CMU complémentaire ont, à état de santé comparable, une consommation moyenne peu différente de l'ensemble de la population couverte par une complémentaire, même si l'on constate encore des différences de structure des soins [58]. Il est en revanche plus difficile d'évaluer l'efficacité de cette mesure sur les inégalités sociales de santé, car on ne dispose aujourd'hui pas de résultats de l'effet de la CMU sur l'évolution de l'état de santé des bénéficiaires. Toutefois, à la fin de l'année 2000, les bénéficiaires déclaraient plus fréquemment que les non-bénéficiaires que leur état de santé s'était amélioré au cours de l'année, toutes choses égales par ailleurs [58].

Vers une politique de réduction des inégalités sociales de santé ?

Pour importantes qu'elles soient, ces avancées s'inscrivent donc dans la poursuite d'une vision qui, d'une part, centre la question des inégalités sur le seul problème de la précarité et, d'autre part, la considère essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins.

Pourtant, ce schéma a fortement été remis en cause par les nombreuses recherches menées sur les inégalités sociales de santé à la suite au rapport Black en Grande-Bretagne [6], y compris en France dans le cadre du programme de recherche lancé par l'Inserm à partir de 1997³.

2. L'Aide médicale d'État a été mise en place pour les personnes ne remplissant pas les conditions de stabilité et de régularité de résidence. Au 31 décembre 2003, 170 000 personnes en bénéficiaient.

3. Ce programme de recherche a abouti à deux ouvrages : *Précarisation, risques et santé* [40], *Les inégalités sociales de santé* [48]. Ces deux ouvrages proposent plusieurs voies d'explication des inégalités de

D'une part, on sait aujourd'hui que les inégalités sociales de santé se sont uniquement liées à la précarité. En effet, elles ne se réduisent pas en une opposition entre pauvres et non-pauvres ou manuels et non-manuels. Il s'agit en fait d'un véritable gradient social de santé, le risque de décès se réduisant tout au long de la hiérarchie sociale.

D'autre part, on sait qu'elles ne peuvent pas être intégralement expliquées par des difficultés d'accès aux soins, puisque, en dépit de l'instauration en Grande-Bretagne du National Health Service offrant à partir de 1948 un accès égalitaire aux soins, les inégalités sociales de mortalité n'ont pas disparu et ont même eu tendance à s'aggraver entre 1931 et 1981. Le Haut Comité de la santé publique a d'ailleurs conclu sur le rôle limité de l'accès aux soins dans son rapport de 1998 *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*.

La communauté scientifique propose aujourd'hui de nombreuses hypothèses explicatives indiquant que la réduction des inégalités de santé ne se limite pas à des politiques de santé, mais renvoie pour beaucoup à des politiques générales visant, en amont du système sanitaire, une réduction des inégalités économiques et sociales [15, 18]. Ainsi, les premiers facteurs explicatifs proposés ont été les différences de conditions de vie

santé, en dehors de l'accès aux soins, et le deuxième ouvrage met l'accent sur l'existence d'un gradient social de santé, au-delà de la question de la précarité.

et de travail et des différences d'adoption de comportements à risque. Par ailleurs, les recherches ont mis en évidence un effet de causalité inverse selon laquelle les écarts d'état de santé sont à l'origine des différences de revenus. Enfin, un courant de recherche plus récent oriente l'analyse vers l'effet direct de la hiérarchie ou de la structure sociale sur la santé [27].

Ce décalage entre les résultats de la recherche et les politiques mises en place amène donc à penser que les inégalités sociales de santé, en tant que telles, n'ont en fait pas constitué, jusqu'à très récemment, un élément majeur du débat public. En outre, on peut remarquer que cette question n'a pas été retenue parmi les priorités des États généraux de la Santé en 1999⁴, contrairement à l'accès aux soins [46].

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique marque donc une rupture puisque la question des inégalités de santé en tant que telles apparaît dans le rapport d'objectifs de santé publique annexé à cette loi. Ce rapport met en avant, parmi les neuf principes qui sous-tendent la politique de santé publique, celui de réduction des inégalités : « *principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les*

4. Toutefois, il convient de souligner que certaines propositions retenues à l'issue des débats peuvent participer à la poursuite de cet objectif. Il s'agit de l'amélioration des conditions de travail et de la médecine du travail, en faveur notamment des travailleurs temporaires, et de favoriser l'accès aux soins pour tous.

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

	Objectifs	Objectifs préalables	Indicateurs
Objectifs concernant le thème : Précarité et inégalités [1]	33. Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenus est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.	Analyser les conséquences d'un effet « seuil » lié aux revenus sur le recours aux soins.	
	34. Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.	Identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine.	Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

Selon les thèmes, les objectifs ont été classés en différentes catégories : les objectifs quantifiables avec les données disponibles, ceux dont la quantification nécessite au préalable la production d'informations d'ordre épidémiologique ou d'autres connaissances scientifiques, enfin les objectifs qui

seront quantifiés après évaluation de programmes en cours ou de programmes pilotes. Ceux définis pour le thème « Précarité et inégalités » sont tous des objectifs ayant pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.



groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques».

Parmi les 100 objectifs définis, deux concernent directement les inégalités (cf. encadré). D'autres les concernent indirectement en visant des facteurs de risque ou de vulnérabilité qui touchent plus les catégories sociales défavorisées (alcoolisme, obésité, santé au travail), ou mentionnent explicitement les catégories sociales à forte prévalence (par exemple du tabagisme).

L'objectif 33 est de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. De ce point de vue, même si sa portée effective reste limitée, l'aide à la mutualisation, prévue dans la loi d'août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie, constitue une avancée dans le sens souhaité. L'objectif 34 est de réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. Ce deuxième objectif peut s'analyser comme la première étape vers une politique de réduction des inégalités de santé — l'objectif préalable étant de travailler sur les instruments de mesure de ces inégalités.

La question est alors aujourd'hui de savoir si cet objectif est amené à être traduit en une stratégie volontariste de réduction des inégalités comparable à celle menée au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède [14].

Ces pays se sont en effet fixé pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé depuis le début des

années quatre-vingt. En cohérence avec les résultats de la recherche, ils ont élaboré des stratégies comportant à la fois des volets visant à agir sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, en amont du système sanitaire, mais aussi des actions mobilisant le système de santé, notamment au travers des dispositifs de prévention et de la médecine de soins primaires. Même s'il est encore trop tôt pour juger de l'efficacité de ces politiques, les premières évaluations, dont notamment les résultats des expérimentations menées aux Pays-Bas, semblent montrer que les deux types d'actions peuvent être efficaces pour lutter contre les inégalités.

L'expérience de ces pays indique donc que l'orientation des politiques et des programmes nationaux de santé vers la lutte contre les inégalités sociales de santé est un élément important. En effet, même si l'essentiel des recherches s'accordent sur un rôle limité du système de santé et des soins, plusieurs mécanismes peuvent expliquer l'existence des différences d'accès effectif, en dépit d'un accès formel égalitaire, qui peuvent aussi sans doute contribuer à renforcer des inégalités existantes [15]. Toutefois, il semble également essentiel d'accompagner ces politiques de santé de politiques menées hors du système de santé visant à réduire les inégalités économiques et sociales. Il s'agirait donc aujourd'hui de coordonner les actions des différents ministères et les services publics à différents niveaux, du local au national, au service d'un objectif consensuel de réduction des inégalités de santé. Or cela n'est pas le moindre des défis, au regard des difficultés rencontrées par les Pays-Bas et la Suède lors de la phase d'opérationnalisation des politiques de lutte contre les inégalités [49, 55].

L'impact de l'Europe sur les programmes nationaux de santé publique

Emmanuelle Jean
Chargée de mission,
direction générale
de la Santé

Après un bref rappel du contexte juridique communautaire en vigueur, les aspects majeurs des programmes de santé publique communautaires et nationaux seront étudiés, ainsi que les liens entre ces instruments.

Contexte juridique

Des compétences d'attribution récentes

«Une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé», telle est l'action dévolue à la Communauté européenne¹. Dotée de compétences d'appui, complémentaires à l'action des États membres

depuis l'entrée en vigueur du traité de Maastricht, la Communauté ne dispose pas d'outils normatifs permettant la mise en œuvre d'une vraie politique européenne de santé publique. De tels outils peuvent être élaborés dans les champs spécifiques des normes sanitaires applicables aux produits dérivés du corps humain² et aux domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique³. Toutefois, les prérogatives régaliennes en «matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux»⁴ limitent le développement

2. La mise en œuvre de normes nationales plus strictes ne peut cependant être empêchée.

3. Article 152.4.

4. Article 152.5 TCE.

1. Article 3p TCE.

d'une politique sanitaire européenne y compris dans ces domaines.

Une structuration de l'Europe de la santé intégrant le principe de libre circulation

Ces prérogatives ne dégagent cependant pas les États membres de l'Union européenne de leur obligation de se conformer aux dispositions des traités et de l'acquis communautaire, en particulier celles visant la réalisation du marché intérieur. La libre circulation des biens de santé peut être entravée pour des raisons motivées par « la protection de la santé et de la vie des personnes »⁵. La santé publique peut être un obstacle à la libre circulation des travailleurs⁶. Un régime spécial peut s'appliquer à la liberté d'établissement des professions libérales du secteur de la santé, pour des raisons de santé publique⁷. Les limites de ces entraves au principe de libre circulation reposant sur des impératifs nationaux de santé publique ont été fixées par la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes. Une ébauche de l'Europe de la santé se dessine. De contours encore incertains, celle-ci inclut un marché intérieur encore limité des produits de santé, la possibilité pour les professionnels de santé d'exercer et de s'installer au sein de l'Union européenne et la prise en charge des soins des patients d'un État membre à l'autre sauf raison impérieuse de santé publique.

L'impact considérable des politiques sectorielles

La protection de la santé publique est par ailleurs une des composantes de nombreuses politiques sectorielles, sources conséquentes de droit dérivé communautaire : la politique agricole commune, la politique de recherche et de développement technologique encourageant la recherche biomédicale, la politique sociale *via* en particulier la protection de la santé des travailleurs, la politique en matière d'environnement, de protection des consommateurs (par exemple : sécurité générale des produits), la politique commerciale commune, indirectement la politique en matière de transports...

Les liens entre programmes nationaux et programmes communautaires de santé publique

Les programmes communautaires de santé publique

L'élaboration de programmes communautaires de santé publique s'est développée en dehors de toute compétence communautaire spécifique formelle à la fin des années quatre-vingt, traduisant la volonté politique des chefs d'État et de gouvernement de lancer des actions concertées à un échelon supranational pour lutter contre les principales causes de la morbi-mortalité des citoyens européens. Information, prévention, formation des professionnels de santé, promotion de la santé sont les axes principaux de ces programmes⁸.

5. Article 30 TCE.

6. Article 39.2 TCE.

7. Article 46.1 TCE.

Ultérieurement, les compétences conférées par le traité de l'Union européenne permettent le financement de huit programmes sectoriels : promotion de la santé, sida et autres maladies transmissibles, cancer, maladies rares, accidents et blessures, toxicomanie, surveillance de la santé et maladies liées à la pollution. Près de 290 millions d'euros sont attribués à un peu plus de 1.100 projets, de 1996 à 2002.

Sur la base des compétences plus précises conférées par le traité des Communautés européennes, la Commission a proposé en mai 2000 une nouvelle stratégie de la Communauté européenne en matière de santé. Celle-ci repose sur la mise en œuvre d'un programme d'action articulé selon trois volets⁹ :

- a) améliorer l'information et les connaissances en vue d'une meilleure santé publique ;
- b) renforcer la capacité à réagir rapidement et de manière coordonnée aux menaces pour la santé ;
- c) promouvoir la santé et prévenir les maladies en prenant en compte les facteurs déterminants pour la santé à travers toutes les politiques et activités.

À l'issue des deux premiers appels à propositions, environ cent cinquante projets ont été retenus, couvrant des thématiques très variées (indicateurs sanitaires, analyse et rapports sur la santé, dissémination de l'information, santé en ligne, prévention de la transmission des agents pathogènes, résistance antibiotique, réseaux de surveillance, qualité et sécurité des substances d'origine humaine, comportement personnel et style de vie ou conditions socio-économiques, culturelles et environnementales générales...). La majorité de ces projets consistent en la création de réseaux d'échange d'informations, la collecte de données et le partage d'expériences. Les prochains appels à propositions devraient être davantage ciblés sur des domaines n'ayant pas encore fait l'objet de travaux cofinancés par la Commission européenne.

Les programmes nationaux de santé publique

Cette dernière décennie a vu l'émergence de nombreux plans ou programmes de santé publique¹⁰, l'organisation

8. Décision 90/238/Euratom, Ceca, CEE, du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil du 17 mai 1990, adoptant un plan d'action 1990-1994 dans le cadre du programme « L'Europe contre le cancer » [Journal officiel L. 173 du 30 mai 1990] et Décision 91/317/Euratom, Ceca, CEE, du Conseil et des ministres de la Santé des États membres réunis au sein du Conseil du 4 juin 1991, adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme « L'Europe contre le sida ». Journal officiel L. 175 du 4 juillet 1991.

9. Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), JOUE L 271, 9 octobre 2002, p. 1.

10. Ont été mis en œuvre sur la période 2001-2005 : le programme national de développement des soins palliatifs, le programme de réduction des risques cardio-vasculaires, le programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, le plan de lutte contre la douleur, le plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques, le plan national hépatites C et B.



d'actions coordonnées au sein de plans ou programmes, régionaux ou nationaux, ayant été établie législativement au sein de la loi de santé publique promulguée en août 2004¹¹. Est retenu le principe de la fixation d'objectifs pluriannuels d'amélioration de la santé de la population exprimés, chaque fois que possible, en termes quantifiés. Cinq domaines prioritaires (cancer; maladies rares; maladies chroniques; santé et environnement; violence, comportements à risque et conduites addictives) font l'objet de plans stratégiques, déjà lancés ou en cours de développement.

La plupart des objectifs et outils des plans lancés antérieurement ou mis en œuvre actuellement sont repris en tout ou partie dans le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi. Ces dernières années, de tels plans ont été initiés selon des thématiques spécifiques. Citons à titre d'exemple le plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2008, le plan autisme 2005-2006, le plan périnatalité 2005-2007, le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, le programme national de lutte contre le VIH-sida et les

11. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO n° 185 du 11 août 2004 p. 14277.

infections sexuellement transmissibles... D'autres plans de santé publique agissant sur les déterminants de santé interviennent dans le domaine de la prévention : programme national nutrition santé 2001-2005, stratégie nationale de lutte contre le tabac 2003-2007, plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, plan stratégique national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement 2004-2008.

Soulignons l'échelon clé de la mise en œuvre de la politique de santé définie par la loi du 9 août 2004 : la région. L'instrument est le plan régional de santé publique, arrêté par le représentant de l'État dans la région, en cohérence avec les objectifs, plans et programmes nationaux.

Une absence logique de stratégie conjointe, mais des corrélations certaines

En matière de santé publique, le législateur communautaire a attribué des compétences de complément à la Communauté, celle-ci venant soutenir les États membres dans leurs politiques et actions nationales. L'accent est mis sur la valeur ajoutée de l'intervention communautaire sans qu'un lien direct, normatif ou non,

Financement des politiques de santé

Hier et surtout aujourd'hui, malgré un discours citant l'importance de la santé publique, la part relative des budgets dévolus aux actions de santé publique reste faible.

Depuis une dizaine d'années, les dépenses de prévention incluses dans la consommation de services de médecine préventive (CSMP, agrégat du compte de la santé) et les dépenses de missions de santé publique à caractère général représentent 2,3 % du total des dépenses courantes de santé (DCS). Dans ces dépenses de prévention, on distingue celles prises en charge par la collectivité et celles assumées par les ménages et l'assurance maladie complémentaire (mutuelles, principalement).

En 2003, la CSMP était de 2,90 milliards d'euros et était ainsi ventilée (source : *Comptes nationaux de la santé*, Drees 2002) : 2,66 milliards d'euros

pour la médecine préventive et de dépistage, 1,41 million d'euros pour la médecine du travail, 454 millions d'euros pour la médecine scolaire, 578 millions d'euros pour la PMI et le planning familial, 457 millions d'euros pour le dépistage et les vaccins, 209 millions d'euros pour les programmes spécifiques de santé publique. La part principale des 168 milliards d'euros de la DCS (2003) va au secteur curatif (79,2 %), notamment aux soins hospitaliers (64,1 milliards d'euros), soins de ville (38,8 milliards) et médicaments (30,4 milliards).

Certaines dépenses de prévention sont prises en charge par des acteurs non recensés dans les comptes (PMI) et d'autres dépenses ne sont pas comptabilisées au titre de la prévention (médecine libérale et à l'hôpital, FNPEIS).

Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sani-

taires (FNPEIS), créé par la loi du 5 janvier 1988 au sein du régime général de la Sécurité sociale et dont le montant est fixé par la convention d'objectif et de gestion entre l'État et l'assurance maladie, était de 300 millions d'euros pour 2003 (source : Urcam Centre, 2004). Une partie de ces financements est utilisée pour la mise en œuvre de programmes nationaux (vaccination, dépistage, financement des examens de santé, etc.) et une autre partie pour la réalisation des actions locales des priorités nationales et la mise en œuvre de programmes régionaux de santé (PRS) et programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) en direction des personnes en situation de précarité.

Demain, les dépenses de santé continueront à augmenter sous l'effet de deux éléments fondamentaux : la démographie pour la demande et le progrès technique


Dominique Bertrand
Professeur
de santé publique
Pierre-Henri Bréchat
Service de santé
publique et économie
de la santé, groupe
hospitalier Lariboisière
Fernand-Widal (AP-HP)

soit établi entre l'action cofinancée¹² par des fonds communautaires et les stratégies nationales développées pour le même domaine. Toutefois, une telle action peut s'intégrer dans un plan national, à l'instar d'Orphanet, serveur d'informations en ligne sur les maladies rares et les médicaments orphelins destiné aux familles et aux professionnels de santé. Les différents réseaux subventionnés dans le cadre de la surveillance des maladies transmissibles s'inscrivent dans une logique similaire, et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, inauguré récemment, œuvrera selon cette même démarche¹³. Autre exemple, les programmes d'information sur les effets nocifs de la consommation de tabac financés par le fonds communautaire du tabac, qui viennent s'ajouter aux campagnes nationales ou locales¹⁴.

12. Conformément aux principes applicables aux subventions exposés au titre VI du règlement (CE, Euratom) No 1605/2002 du Conseil du 25 juin 2002 portant règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes, *JOUE* L. 248 du 16 septembre 2002.

13. <http://www.ecdc.eu.int/>

14. Règlement (CE) n° 546/2002 du Conseil du 25 mars 2002 fixant les primes et les seuils de garantie pour le tabac en feuilles

Les premiers jalons posés pour les actions futures dans le domaine de la santé publique ouvrent des perspectives nouvelles pour la période 2007-2013¹⁵. Aux trois volets actuels, il est proposé d'ajouter trois nouveaux axes, dont la coopération entre les systèmes de santé nationaux, renforçant de fait l'action de coordination de la Communauté. 

par groupe de variétés, par État membre et pour les récoltes 2002, 2003 et 2004 et modifiant le règlement (CEE) n° 2075/92, *JOUE* L. 084 du 28 mars 2002.

15. Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, « Améliorer la santé, la sécurité et la confiance des citoyens : une stratégie en matière de santé et de protection des consommateurs » — Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil établissant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé et de la protection des consommateurs (2007-2013), COM (2005) 115, 6 avril 2005.

pour l'offre, dans un contexte de ralentissement de la croissance économique et d'accroissement de la compétition entre les financements pour les risques santé et vieillesse.

Pourtant, les besoins de santé publique sont importants, ainsi que leurs possibilités. La santé publique et la prévention deviennent aussi un enjeu économique quand elles peuvent permettre dans l'avenir de diminuer des dépenses de santé pour une pathologie donnée (prévention versus soins) et d'améliorer l'état de santé et la longévité de nos citoyens.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 prévoit des plans stratégiques de santé publique 2004-2008. Si leur financement par l'État et le suivi des objectifs propres à ces actions devraient être dès 2006 assurés par la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances, la mise en œuvre et le financement

des autres actions possibles restent posés pour assurer ces besoins. Le FNPEIS et son équivalent dans les autres régimes de l'assurance maladie, comme celui de la Mutualité sociale agricole, le FNPEISA, pourront sans doute y contribuer.

Comme le prévoit la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, les assurances maladie complémentaires, comme les mutuelles et les assurances privées, pourront participer au financement des politiques de santé.

Ces lois ouvrent de nouvelles marges de manœuvre pour des actions de santé publique et leurs financements. Des financements locaux pourront être disponibles auprès des mairies, des conseils généraux, dans certains contrats d'objectifs et moyens de divers schémas régionaux d'organisation sanitaire, mais aussi dans une des prestations d'hospitalisation comme les missions d'intérêt

général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

L'ensemble de ces possibilités permettront de financer les défis actuels et à venir de la santé publique. Mais cela doit être fait dans un souci de transparence des actions et de leurs financements ainsi que dans une prise en charge par l'État de certaines missions jugées indispensables, sans report de charge sur des professionnels qui n'ont pas ces missions ou qui les ont parmi de nombreuses autres. 