

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.