



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. 🌿