



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. 