

Think Tank européen Pour la Solidarité

www.pourlasolidarite.eu

Collection

Working
paper

La lutte contre les inégalités sociales de santé dans l'Union européenne

Par Audrey Houssière

Juin 2011

Avec le soutien de
la Communauté française de Belgique



Le Think tank européen ***Pour la Solidarité*** (asbl) – association au service de la cohésion sociale et d'un modèle économique européen solidaire – travaille à la promotion de la solidarité, des valeurs éthiques et démocratiques sous toutes leurs formes et à lier des alliances durables entre les représentants européens des cinq familles d'acteurs socio-économiques.

À travers des projets concrets, il s'agit de mettre en relation les chercheurs universitaires et les mouvements associatifs avec les pouvoirs publics, les entreprises et les acteurs sociaux afin de relever les nombreux défis émergents et contribuer à la construction d'une Europe solidaire et porteuse de cohésion sociale.

Parmi ses activités actuelles, ***Pour la Solidarité*** initie et assure le suivi d'une série de projets européens et belges ; développe des réseaux de compétence, suscite et assure la réalisation et la diffusion d'études socioéconomiques ; la création d'observatoires ; l'organisation de colloques, de séminaires et de rencontres thématiques ; l'élaboration de recommandations auprès des décideurs économiques, sociaux et politiques.

Pour la Solidarité organise ses activités autour de différents pôles de recherche, d'études et d'actions : la citoyenneté et la démocratie participative, le développement durable et territorial et la cohésion sociale et économique, notamment l'économie sociale.



Think tank européen **Pour la Solidarité**

Rue Coenraets, 66 à 1060 Bruxelles

Tél. : +32.2.535.06.63

Fax : +32.2.539.13.04

info@pourolsolidarite.be

www.pourolsolidarite.be

Les cahiers de la Solidarité

Collection dirigée par Denis Stokkink

Vieillessement actif et solidarité intergénérationnelle : constats, enjeux et perspectives, Cahier hors - série, Mars 2011

Services sociaux d'intérêt général : entre finalité sociale et libre-concurrence, Cahier n° 27, Mars 2011

Logement vert, logement durable ? Enjeux et perspectives, Cahier n° 26, Mars 2011

Agir pour une santé durable - Priorités et perspectives en Europe, Cahier n° 25, Janvier 2011

La lutte contre la pauvreté en Europe et en France, Cahier n° 24, Novembre 2010

Inclusion sociale active en Belgique, Cahier hors-série, Novembre 2010

Responsabilité sociétale des entreprises. La spécificité des sociétés mutuelles dans un contexte européen, Cahier n° 23, 2010

Concilier la vie au travail et hors travail, Cahier hors-série, 2010

Faut-il payer pour le non-marchand ? Analyse, enjeux et perspectives, Cahier n° 22, 2009

Mobilité durable. Enjeux et pratiques en Europe, Série développement durable et territorial, Cahier n° 21, 2009

Tiphaine Delhommeau, ***Alimentation : circuits courts, circuits de proximité***, Cahier n° 20, 2009

Charlotte Creiser, ***L'économie sociale, actrice de la lutte contre la précarité énergétique***, Cahier n° 19, 2009

Europe et risques climatiques, participation de la Fondation MAIF à la recherche dans ce domaine, Cahier n° 18, 2009

Thomas Bouvier, ***Construire des villes européennes durables***, tomes I et II, Cahiers n° 16 et 17, 2009

Europe, énergie et économie sociale, Cahier n° 15, 2008

Décrochage scolaire, comprendre pour agir, Cahier n° 14, 2007

Séverine Karko, ***Femmes et Villes : que fait l'Europe ? Bilan et perspectives***, Cahier n° 12 (n° 13 en version néerlandaise), 2007

Sophie Heine, ***Modèle social européen, de l'équilibre aux déséquilibres***, Cahier n° 11, 2007

La diversité dans tous ses états, Cahier n° 10, 2007

Francesca Petrella et Julien Harquel, ***Libéralisation des services et du secteur associatif***, Cahier n° 9, 2007

Annick Decourt et Fanny Gleize, ***Démocratie participative en Europe. Guide de bonnes pratiques***, Cahier n° 8, 2006

Éric Vidot, ***La reprise d'entreprises en coopératives : une solution aux problèmes de mutations industrielles ?*** Cahier n° 7, 2006

Anne Plasman, ***Indicateurs de richesse sociale en Région bruxelloise***, Cahier n° 6, 2006

Introduction La place de la santé dans les politiques européennes

L'allongement de l'espérance de vie témoigne de nombreux progrès opérés dans le domaine de la santé publique ces dernières décennies. Cependant, il est indéniable que ces avancées demeurent ternies par de fortes disparités sociales et spatiales. Ainsi, au niveau de l'Union européenne (UE), l'écart entre les Etats membres en ce qui concerne la mortalité infantile diffère de 1 à 5 et l'espérance de vie de 13.2 ans pour les hommes et de 8.2 ans pour les femmes.¹

Face à ces constats, quelle est la réaction des instances communautaires européennes ? Avant tout, il convient de rappeler que le domaine de la santé relève essentiellement de la compétence nationale. Au nom du principe de subsidiarité, les textes communautaires réaffirment la primauté des Etats membres dans la gestion des questions de santé. Dans le même temps, ces textes soulignent le caractère indispensable d'une coopération communautaire dans une matière qui dépasse de loin le cadre national et la seule question des soins et des systèmes de santé. Matière transversale par excellence, la santé apparaît dans les traités européens au travers d'articles consacrés aussi bien au marché intérieur, qu'à l'environnement, à la protection des consommateurs, aux affaires sociales (y compris à la santé et à la sécurité des travailleurs), au droit du travail, à la politique de développement ou encore à la recherche et à la Politique Agricole Commune (PAC).

Par ailleurs, depuis l'adoption du Traité de Maastricht en 1992, l'UE dispose d'une base juridique pour intervenir dans le domaine de la santé publique. L'article 152 TCE² dispose que « l'Union doit ainsi veiller à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ». Avec le traité de Lisbonne, l'article 168 du TUE³ succède à l'Art. 152 en élargissant la compétence de l'UE aux "mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical". Par ailleurs, un nouveau domaine d'action apparaît afin d'"améliorer la complémentarité des services de santé des Etats membres dans les régions transfrontalières".

Dès lors, il convient de se demander quel usage l'UE fait-elle de ces nouvelles compétences. Nous nous limiterons ici à un sujet spécifique, celui des inégalités de santé. Depuis 1985, l'OMS-Europe souligne l'importance de la réduction des inégalités sociales et économiques comme préalable à une amélioration globale de la santé. Aussi il est intéressant de se

¹ L'Europe en chiffres, annuaire 2010
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-10-220/FR/KS-CD-10-220-FR.PDF

² voir annexe

³ ibid

demander quelles sont les actions entreprises à l'échelon européen pour remédier à ces inégalités ? Quelle est la stratégie définie par l'UE en matière de santé publique ? Est-elle ambitieuse ? Et surtout, la volonté politique se traduit-elle dans les faits ?

Partie 1 La réduction des inégalités de santé au cœur des stratégies communautaires

L'amélioration de l'état de santé moyen de la population se traduit notamment par l'allongement de l'espérance de vie et le recul de la mortalité infantile. A ce sujet, Ivan Illich, auteur d'origine autrichienne, affirmait déjà dans les années 70 que, contrairement à une idée reçue, le progrès thérapeutique n'a pas été le premier facteur à l'origine de l'allongement de l'espérance de vie. Cette évolution tient avant tout à l'amélioration des conditions de vie, permettant une meilleure résistance aux maladies. Les conditions favorables à la santé relèvent d'une alimentation équilibrée et variée, d'un logement sain, d'un travail adéquat et d'un réseau culturel et social.⁴

De plus, les progrès accomplis en matière sanitaire ne profitent pas à tous de manière équitable : dès 1985, **la politique-cadre de la Santé pour tous de la Région européenne de l'OMS** affirmait l'importance de la réduction des inégalités sociales et économiques en vue d'améliorer la santé de l'ensemble de la population. Cette prise de conscience s'est accélérée dans la dernière décennie, les déclarations officielles de l'UE soulignant systématiquement l'importance de la lutte contre les inégalités de santé pour la cohésion sociale et territoriale de l'UE.

Les inégalités de santé en Europe sont un enjeu de taille puisqu'elles influent sur l'état de santé et la qualité de vie des citoyens ainsi que sur les **niveaux de cohésion et d'équité** au sein de l'Union. En ce sens, elles constituent une entrave à la concrétisation des valeurs européennes de prospérité, de solidarité et de sécurité. A cet égard, l'OMS ainsi que la Commission européenne soulignent la nécessité de prendre des mesures supplémentaires vu l'étendue et l'aggravation des inégalités de santé et leurs conséquences négatives sur l'état de santé des populations mais aussi sur la cohésion sociale et la croissance économique.

Le contexte économique actuel accroît les risques qui pèsent sur l'aggravation des inégalités de santé. Les niveaux de santé sont en général associés aux niveaux de richesse mais pas nécessairement. La croissance économique est nécessaire mais pas suffisante pour améliorer la santé dans un pays. Faute d'une répartition équitable des avantages, la croissance nationale peut même exacerber les inégalités. En général, les pays les plus riches affichent un niveau de santé moyen supérieur si les ressources sont distribuées équitablement parmi la population. Derrière la question des inégalités de santé se profile donc une question cruciale : celle du **modèle économique et social**. Il s'agit de créer un modèle de développement économique et social qui génère davantage de croissance économique mais aussi davantage de solidarité, de cohésion et de santé.

1. Etat des lieux

La corrélation entre niveau de santé et condition socioéconomique n'est plus à démontrer : partout dans l'UE, les personnes qui ont un niveau d'éducation, un poste ou un revenu peu élevé ont tendance à mourir plus jeunes et à présenter une prévalence accrue de la plupart des types de problèmes de santé. C'est ce qu'on nomme le « **gradient social de santé** ».⁵ Les

⁴ Ivan Illich, La convivialité, Seuil, 1973.

⁵ La définition du concept de gradient social selon l'OMS : http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/

inégalités sociales de santé apparaissent dès l'enfance, comme par exemple le surpoids. Celles-ci ne montrent aucune tendance à disparaître, d'autant que les déterminants sont hors du système de santé (travail, habitudes culturelles, environnement,...). Les groupes vulnérables et victimes d'exclusion sociale affichent un mauvais état de santé : personnes appartenant à une minorité ethnique, handicapés, sans-abris, Roms affichent majoritairement un état de santé déplorable. A titre d'exemple, les Roms connaissent une espérance de vie de 10 ans inférieure à l'ensemble de la population.⁶

Entre les Etats membres, l'espérance de vie à la naissance des « nouveaux entrants » est largement inférieure à celle du reste de l'UE. Ainsi, si l'on compare l'indicateur du nombre d'années de vie en bonne santé (AVBS), l'écart est frappant : les Suédoises de plus de 65 ans connaissent en moyenne 14.6 années de vie en bonne santé alors qu'en Estonie, pour la même catégorie d'individus, ce chiffre n'atteint que 5.3 années.⁷

Des conditions de logement déplorables, une mauvaise alimentation, des comportements préjudiciables à la santé mais aussi la discrimination et la stigmatisation ainsi que les difficultés d'accès aux soins de santé et aux autres services sont autant de facteurs de mauvaise santé. Selon Eurostat, les 7 principaux facteurs de risque de mort prématurée dans l'UE (tabagisme, tension artérielle, cholestérol, IMC, consommation insuffisante de fruits et de légumes, manque d'activité physique et consommation excessive d'alcool) sont liés aux conditions de vie et plus particulièrement aux disparités entre les différents groupes de population.⁸

Quelques déterminants de la santé :

- **les comportements de santé** : les facteurs culturels influencent le mode de vie (notamment en termes d'alimentation). Ces facteurs diffèrent largement d'une région et d'une catégorie de population à l'autre ;
- **l'éducation et la formation, l'activité professionnelle, les revenus** : ainsi, les travailleurs qui effectuent des tâches manuelles ou répétitives sont systématiquement en moins bonne santé ;
- **l'accès aux soins de santé** : les pays qui ont adhéré à l'UE en 2004 ont encore des difficultés à fournir les services de santé de base. Au niveau individuel, parmi les entraves à l'accès aux soins de santé figurent l'absence d'assurance, le coût élevé des soins, le manque d'information et les obstacles linguistiques et culturels. Les groupes sociaux vulnérables ont par conséquent recours aux soins ;
- **les services de prévention des maladies et de promotion de la santé** : certaines régions de l'UE sont encore privées d'équipements sanitaires de base tels que des réseaux adéquats de distribution d'eau et d'assainissement ;
- **les politiques publiques** qui agissent sur la quantité, la qualité et la répartition de ces

⁶ Un nouveau cadre en faveur de l'inclusion des Roms : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=370&langId=fr&featuresId=132&furtherFeatures=yes>

⁷ Statistiques Eurostat 2010 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=fr&pcode=tsdph220>

⁸ L'Europe en chiffres, l'annuaire d'Eurostat 2010 : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants_fr.htm

facteurs. Par conséquent, pour réduire les inégalités sociales de santé, il faut agir sur ces facteurs par des politiques publiques visant à plus d'équité sur les multiples déterminants de la santé.

Les inégalités de santé ne sont pas donc le fruit du hasard mais sont essentiellement influencées par le comportement individuel et les politiques publiques. De ce constat découlent deux conséquences : d'une part, les inégalités ne sont pas inéluctables et, d'autre part, il faut tenir compte de la diversité des niveaux d'influence. De plus, compte tenu de l'influence cruciale du gradient social, il est indispensable de cibler l'action vers les besoins des groupes vulnérables (personnes en situation de pauvreté, groupes défavorisés de migrants et de minorités ethniques, Roms, personnes en situation de handicap, personnes âgées, enfants vivant dans la pauvreté, familles monoparentales, ...). Partant de ce constat, une action politique s'avère indispensable.

2. Le rôle du triangle institutionnel

Le principe de réduction des inégalités de santé fait l'objet d'un consensus général dans l'UE. Les multiples documents officiels sont là pour nous le rappeler.

La Commission européenne :

Le 20 octobre 2009, la Commission adoptait la communication « **solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'UE** »⁹, communication élaborée conjointement par le Commissaire à la santé et aux consommateurs John DALLI et le Commissaire à l'emploi, aux affaires sociales et à l'inclusion Laszlo ANDOR. Cette communication repose principalement sur des travaux antérieurs et identifie les domaines qui nécessitent une intensification de l'action. Elle constate l'accroissement des disparités entre les Etats membres, notamment en raison de la crise économique et sociale et de la hausse du chômage. Le document interroge sur les mesures d'accompagnement que l'Union pourrait mettre en œuvre pour remédier à la situation et mieux accompagner l'action des Etats membres. Citons notamment l'encouragement des Etats membres à mieux exploiter les fonds structurels mis à disposition par l'UE et les activités ciblées à certains groupes vulnérables tels que les minorités ethniques, les migrants et les Roms. Il faut toutefois relativiser l'ambition de la présente communication dans la mesure où elle n'a aucune valeur contraignante et ne s'adresse qu'aux pays, régions et parties prenantes désireux de collaborer.

Le Conseil européen :

De la même façon, le Conseil européen des 19 et 20 juin 2008 insiste sur l'importance de combler les écarts sur le plan de la santé et de l'espérance de vie. Il souligne « *qu'il est essentiel de combler l'écart existant entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci sur le plan de la santé et de l'espérance de vie, et il insiste sur l'importance de mener des activités de prévention concernant les principales maladies chroniques non transmissibles. À cet égard, il salue les conclusions du Conseil sur l'atténuation du fléau que représente le cancer, qui peuvent contribuer à la réalisation de ces objectifs* ». Pour ce faire, un meilleur accès aux

⁹ Référence de la Communication : COM(2009) 567 final

soins de santé et une meilleure prévention/information sont des leviers d'action à mettre en œuvre prioritairement.¹⁰

Malgré cette déclaration des Chefs d'Etat et de gouvernement européens, le degré de sensibilisation au problème et l'étendue des actions correctrices menées par les Etats membres varient considérablement. Les inégalités sociales sont moins importantes dans les démocraties sociales du Nord où les inégalités de revenus sont réduites, l'accès à l'emploi généralisé et l'intervention de l'Etat dans les domaines sanitaires et sociaux importante.¹¹

Dans l'UE, plus de la moitié des Etats Membres ne font pas de la réduction des inégalités sociales de santé une priorité politique et les stratégies intersectorielles globales font défaut. Certains pays de l'UE comme le Royaume-Uni, la Suède ou les Pays-Bas ont une longue tradition dans l'analyse des inégalités sociales de santé alors que d'autres n'en sont qu'à leurs prémises.¹² De surcroît, les politiques appliquées font l'objet d'une évaluation et d'une publicité insuffisantes.

Le Parlement européen :

En mars 2011, le Parlement européen a adopté une résolution **sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne**¹³ qui rappelle aux Etats membres que :

- la lutte contre les inégalités de santé doit être intégrée aux principes du « Health in all policies » (« inclure la santé dans toutes les politiques ») ; (voir encadré ci-dessous)
- une politique commune et des stratégies de santé publique coordonnées sont indispensables pour parvenir à réduire les inégalités de santé ;
- la lutte contre les inégalités socio-économiques a un impact non négligeable sur les inégalités de santé, notamment pour les enfants.

Adopté à 379 voix pour et 228 voix contre, le rapport adopté insiste sur l'universalité de l'accès aux soins de santé, **y compris pour les personnes sans autorisation de séjour**, et incite à l'évaluation et la mise en œuvre de nouvelles mesures pour assurer un accès équitable à tous. La résolution propose l'optimisation des dépenses publiques de prévention, de soins et dans le cadre de programmes ciblés. Le Parlement souligne la particularité des problématiques d'accès aux soins des personnes vulnérables telles que les personnes âgées, les personnes sans papiers ou encore les communautés minoritaires. Il défend également la prise en compte du genre dans les inégalités de santé, demandant notamment, pour la santé des femmes, l'amélioration de l'accès aux méthodes de contraception et le droit à

¹⁰ Conclusions de la Présidence du Conseil
http://www.eu2008.si/fr/News_and_Documents/Council_Conclusions/June/0619_EC-CON.pdf

¹¹ Dahl E., Frtzell J., Lahelma E., Martikainen P., Kunst A., Mackenbach J. : Welfare state regimes and health inequalities. In : Siegrist J., Marmot M., Dir., Social inequalities in health. New evidence and policy implications. Oxford (UK) : Oxford University Press, 2006 : p.193-221.

¹² Jusot F. (2010), Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe, In Réduire les inégalités sociales en santé, Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.-M. (Eds), Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action : 73-88.

¹³ Résolution du Parlement européen du 8 mars 2011 sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne (2010/2089(INI)).

l'avortement. Là encore, il convient de souligner le caractère non contraignant d'une résolution du Parlement européen qui constitue une simple déclaration sans valeur juridique.

La santé dans toutes les politiques ou l'approche Health in All Policies (HIAP)

Il est indispensable de garder à l'esprit que la santé de la population va bien au-delà des politiques de santé proprement dites : d'autres politiques communautaires influent de manière directe sur la santé des citoyens européens. C'est particulièrement vrai pour la politique environnementale, la fiscalité sur le tabac, la réglementation des produits pharmaceutiques et des produits alimentaires, la santé animale, la recherche et l'innovation, la coordination des régimes de sécurité sociale, la santé et la sécurité au travail. Une amélioration de l'état de santé de la population doit passer par de plus grandes synergies entre ces secteurs.

La mise en corrélation des indicateurs de santé et des indicateurs socioéconomiques doit être promue de façon systématique ; autrement dit il s'agit d'articuler les différents programmes et politiques communautaires, de promouvoir le travail de réseautage entre Etats membres, le tout pour permettre une approche globale de la santé publique.

Partie 2 : Quelles politiques d'accompagnement ?

1. Pourquoi une politique européenne de santé ?

La Charte des droits fondamentaux reconnaît le droit à une aide sociale et à un logement digne (Art. 34.3), à la prévention en matière de santé et de soins médicaux (Art.35) et à des conditions de travail dignes (Art. 31), autant d'éléments qui influent directement sur la santé des citoyens¹⁴.

Au-delà de cet engagement pour le bien-être et la qualité de vie des populations, certaines problématiques de santé demandent une **coopération entre les Etats** dans la mesure où les problèmes de santé dépassent de plus en plus les frontières (pandémies, sécurité alimentaire, bio terrorisme,...). Une politique de santé au niveau européen apporte une valeur ajoutée à celle des Etats et contribue à une meilleure coordination et réactivité face aux crises.

De manière générale, la préservation et la promotion de la santé en Europe constituent un **investissement durable pour l'Union** : une plus grande productivité, un temps de travail accru, une plus grande participation au marché du travail, un retardement de l'âge de la retraite et une moindre demande en soins curatifs sont d'autant d'éléments-clés de la compétitivité et de la croissance dans une Europe vieillissante ('health is wealth'). En ce sens, l'amélioration de la santé est indispensable à la réalisation des objectifs de croissance durable, inclusive et intelligente promus par la stratégie Europe 2020.

Enfin, le développement des Technologies de l'Information et de la Communication, des biotechnologies et des nanotechnologies révolutionnent la promotion de la santé ainsi que la prévention et le traitement des maladies. En ce sens, l'innovation technologique en Europe engendre prospérité économique et favorise la compétitivité européenne au niveau mondial.

¹⁴ Charte européenne des droits fondamentaux : http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf

Objectifs, principes et thèmes de la Stratégie de Santé de l'Union européenne (2008–2013) ¹⁵

La Stratégie « Ensemble pour la Santé : Une approche stratégique pour l'UE 2008–2013 » fournit des éclairages sur des questions clés et grands enjeux mondiaux, énonçant des principes et thèmes stratégiques (non contraignants) devant guider l'amélioration de la santé en Europe :

Objectifs :

(1) Solidarité : promouvoir la santé tout au long de la vie permet de prévenir les problèmes de santé et de handicap à un âge avancé, les inégalités en matière de santé associées à des facteurs sociaux, économiques et environnementaux ;

(2) Sécurité : les pandémies, les incidents physiques et biologiques majeurs ou encore le bioterrorisme dépassent largement le cadre strictement national et même communautaire et nécessitent coordination et réactivité ;

(3) Prospérité : la préservation et la promotion de la santé en Europe font figure à plusieurs titres de potentiel de croissance pour l'Union Européenne.

Principes :

(1) Une approche basée sur **des valeurs partagées** : universalité, accès à des soins de qualité, équité et solidarité ;

(2) Lien entre **prospérité économique et santé** ;

(3) **Intégration** de la santé dans toutes les politiques ;

(4) **Renforcement de la voix de l'UE** dans le secteur de la santé sur la scène internationale.

Thèmes stratégiques :

(1) Prise en compte du **vieillissement** de la population ;

(2) **Protection des citoyens** face aux menaces pour la santé ;

(3) Encourager des **systèmes et technologies** de santé dynamiques et innovants ;

(4) L'intégration des préoccupations liées à la santé dans les politiques communautaires.

La valeur ajoutée de l'UE

L'UE tire sa légitimité pour intervenir dans le domaine de la santé de la **valeur ajoutée** qu'elle apporte à l'action des Etats membres, notamment en matière de prévention des maladies. Les exemples sont nombreux : sécurité alimentaire et nutrition, sécurité des produits médicaux, lutte contre le tabagisme, législation relative au sang, aux tissus, aux cellules et aux organes, la qualité de l'eau et de l'air,... Bien que la Communauté ne dispose pas de compétence en matière de santé proprement dite, elle influe sur bien des facteurs liés directement à l'état de santé des citoyens européens par l'émission de normes et de réglementations en matière environnementale ou sanitaire par exemple.

Nous avons déjà cité plus haut l'exemple de la réglementation sur le tabac. Le tabac cause chaque année en Europe plus de 650.000 morts, représentant ainsi la première cause décès

¹⁵ Livre Blanc de la Commission européenne : COM(2007) 630 final

mais aussi de maladies et d'incapacités.¹⁶ La législation européenne compte de nombreuses recommandations – par définition non contraignantes – mais surtout deux directives. La première¹⁷ porte sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac. Elle impose notamment des limites maximales aux teneurs en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone. Par ailleurs, elle oblige les Etats membres à prendre les mesures nécessaires pour se mettre en conformité en matière d'étiquetage (mention d'avertissements sur les paquets, interdiction des désignations telle que «mild» ou «light»,...). La deuxième directive¹⁸ concerne la publicité. Elle vise à interdire la promotion du tabac dans les médias imprimés, les émissions radiodiffusées et les services de la société de l'information.

L'UE constitue un **échelon pertinent** en matière de santé publique à plusieurs égards. Outre sa compétence législative, l'Union rend possible une **comparaison des données** nationales et une **mutualisation des ressources**, par exemple dans le domaine de la recherche épidémiologique. De plus, bien que la problématique de la santé incombe aux Etats membres, leur marge de manœuvre et leurs ressources diffèrent d'un Etat à l'autre. Il incombe donc à la Commission d'assurer un rôle de soutien en intégrant la lutte contre les facteurs à l'origine ou responsables des inégalités sociales de santé dans ses politiques.

De manière générale, la Commission remplit un rôle de sensibilisation et de soutien aux politiques nationales. Au-delà de la prise de conscience, elle favorise et soutient financièrement l'échange d'information et de connaissances entre Etats membres, identifie et diffuse des bonnes pratiques, élabore des politiques adaptées aux difficultés des Etats membres et des groupes vulnérables et assure le monitoring et l'évaluation des progrès réalisés.

2. Les moyens mis en œuvre

a. Modalités d'accompagnement

– Un principe d'action : associer toutes les parties prenantes

Dans les Etats membres, outre le rôle des pouvoirs publics nationaux, il faut prendre en considération le rôle des pouvoirs publics régionaux et locaux qui ont des compétences en matière de santé publique et de services sociaux. La réduction des inégalités de santé nécessite d'avoir un impact sur la santé des personnes dans leur vie quotidienne, au travail, à l'école, dans les loisirs et au sein du tissu local. Par conséquent, il convient d'améliorer l'échange d'information et de connaissances ainsi que la coordination des politiques menées à différents niveaux de pouvoir et dans différents secteurs en nouant des partenariats plus efficaces.

¹⁶ La lutte anti-tabac dans l'UE.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/tobacco_control_fr.pdf

¹⁷ [Directive 2001/37/CE](#) du Parlement européen et du Conseil, du 5 juin 2001, relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac.

¹⁸ [Directive 2003/33/CE](#) du Parlement européen et du Conseil du 26 mai 2003 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac.

C'est pourquoi la Commission désire mettre à profit la **Méthode ouverte de Coordination** (MOC) sociale pour évaluer les différents politiques publiques avant de chiffrer des objectifs communs : en effet, l'utilisation de la MOC permet d'évaluer les effets différenciés des interventions de santé publique et d'autres politiques en fonction des groupes sociaux et des régions. Pour ce faire, une collaboration entre Commission, Etats membres et parties prenantes est indispensable en vue d'établir un ensemble commun d'indicateurs de suivi des inégalités de santé ainsi qu'une méthode de contrôle de la situation en matière de santé dans les Etats membres.

Un exemple de partenariat : le forum européen « Alcool et santé »¹⁹

Chaque année, quelque 200 000 Européens et plus d'un jeune homme sur quatre décèdent en raison de leur consommation d'alcool.

A l'initiative de la Communication de 2006 *Une stratégie de l'Union européenne pour aider les États membres à réduire les dommages liés à l'alcool*, un forum européen « alcool et santé » a vu le jour en 2007. En signant la charte de ce forum, les représentants d'une quarantaine d'entreprises et d'organisations non gouvernementales (ONG), s'engagent à lutter contre les méfaits de l'alcool, en particulier chez les jeunes.

Le but de cette plateforme d'action est de responsabiliser l'industrie mais aussi les médias, les publicitaires, ou encore les détaillants et les encourager à contribuer au changement des mentalités et des comportements, en particulier chez les jeunes. Toute entreprise ou ONG qui souhaite devenir membre du Forum s'engage par écrit à agir. Pour ce faire, elle présente un plan concret, qui sera publié sur le site Internet de la DG SANCO, de même que les résultats obtenus. Les initiatives efficaces sont ainsi étudiées et partagées entre les membres du Forum.

Soulignons également l'existence de plusieurs agences et organismes européens qui contribuent à l'élaboration de la politique de santé publique européenne.

¹⁹ Charte établissant le forum européenne « Alcool et santé »
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/Alcohol_charter2007.pdf

<i>Nom de la structure</i>	<i>Lancement, siège</i>	<i>Rôle</i>
<i>Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)</i>	<i>1993, Lisbonne</i>	<i>Produire des statistiques sur la circulation et la consommation de drogues dans l'UE.</i>
<i>Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA)</i>	<i>1994, Bilbao</i>	<i>Recueillir les connaissances et bonnes pratiques en matière de sécurité et santé au travail.</i>
<i>Agence européenne des médicaments (AME)</i>	<i>1995, Londres</i>	<i>Délivrer des autorisations de mise sur le marché valables dans toute l'UE.</i>
<i>Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA)</i>	<i>2002, Parme</i>	<i>Fournir des avis et une assistance scientifiques et techniques dans les domaines influant sur la sécurité alimentaire.</i>
<i>Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie (EUROFOUND)</i>	<i>1975, Dublin</i>	<i>Fournir des informations et des conseils aux acteurs de la politique sociale européenne, en se fondant sur les résultats de recherches et analyses comparatives.</i>
<i>Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)</i>	<i>2005, Stockholm</i>	<i>Déceler, évaluer et communiquer les menaces que des maladies transmissibles peuvent représenter pour la santé.</i>

b. La question du financement

1. Les programmes spécifiques

Bien que l'objectif de santé publique ne relève pas à proprement parler des compétences communautaires, il constitue, on l'a vu, un objectif de l'Union, doté d'un programme de financement spécifique dont la gestion relève principalement de la direction générale de la santé et de la protection des consommateurs (« DG Sanco »)²⁰. Le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé 2008–2013 est entré en vigueur le 1er

²⁰ Site internet de la DG SANCO : http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_fr.htm

janvier 2008. Principal outil pour mettre en œuvre la Stratégie européenne en matière de santé, il est doté d'une enveloppe de 321,5 millions d'euros.²¹ Il succède au premier Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003–2008) qui a financé plus de 300 projets et autres actions.

Les objectifs du programme sont les suivants:

- Améliorer la sécurité sanitaire des citoyens
- Promouvoir la santé, y compris la réduction des inégalités en la matière;
- Produire et diffuser des informations et des connaissances en matière de santé.

Si les objectifs restent les mêmes que pour les années précédentes, le plan de travail de l'année 2011 témoigne de modifications importantes dans la répartition des fonds. Les appels à propositions reçoivent trois fois moins de financements qu'en 2010 suite à la publication d'un rapport de la Cour des comptes européenne très sévère à l'égard des résultats obtenus dans ce cadre.²²

Cette nouvelle répartition fait la part belle aux actions conjointes qui permettent aux autorités nationales compétentes et à la Commission européenne de progresser sur des questions identifiées en commun. Les structures publiques ou non gouvernementales peuvent participer aux actions conjointes à condition d'avoir été expressément mandatées par les autorités de l'État concerné.

Concernant le deuxième objectif du programme, celui de réduction des inégalités qui nous intéresse ici plus particulièrement, il vise des actions sur les déterminants de la santé (tels que l'alimentation, l'alcool, le tabac et la consommation de drogues, ainsi que les déterminants sociaux et environnementaux), des mesures de prévention des grandes maladies et de promotion d'un vieillissement sain.

Les **programmes-cadres de recherche** figurent parmi les principaux outils de financement: ils apportent une aide importante à la recherche dans le domaine de la santé, en particulier le troisième pilier du thème « santé » du programme de coopération du septième programme cadre de l'UE²³. Ils permettent d'orienter la recherche européenne de manière à combler les lacunes dans le domaine des connaissances sur les inégalités sociales de santé. L'objectif étant de produire une base scientifique en vue d'étayer les décisions et les stratégies politiques grâce à des éléments probants en matière de promotion de la santé et de grands déterminants de la santé.

Toutefois, en dépit de déclarations répétées sur la nécessité de lutter contre les inégalités en matière de santé, il semble qu'il existe un fossé entre les intentions et les moyens mis à disposition pour réduire ces inégalités. Ainsi, le consortium européen « DETERMINE »

²¹ Programme de santé 2008–2013
http://ec.europa.eu/health/ph_programme/documents/prog_booklet_fr.pdf

²² Dossier de la Fédération Hospitalière de France : <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Europe-International/Programmes-et-projets-europeens/Sante-publique-Programme-de-travail-20112>

²³ Décision 2006/971/CE du Conseil du 19 décembre 2006 relative au programme spécifique « Coopération » mettant en œuvre le septième programme-cadre de la Communauté européenne pour des activités de recherche, de développement technologique et de démonstration (2007–2013).

remarque qu'en 2008 moins d'1% du budget de l'UE était en 2008 voué directement à la santé²⁴.

Autre exemple d'envergure, le Sixième programme d'action de l'UE pour l'environnement, intitulé « Environnement 2010: notre avenir, notre choix » (2002–2012), comprend un volet « Environnement et santé » visant à « atteindre une qualité de l'environnement qui ne met pas en péril ni influence négativement la santé des personnes »²⁵. Le but est d'identifier les risques pour la santé et de légiférer en conséquences, d'introduire des priorités environnementales et sanitaires dans d'autres politiques, dans la législation relative à l'eau, à l'air, aux déchets, au sol, de développer la recherche dans le domaine santé-environnement, de mieux évaluer les risques des produits chimiques (Directive REACH), d'interdire ou limiter les pesticides les plus dangereux, de mettre en œuvre la législation relative à l'eau, de produire des normes sur la qualité de l'air et une stratégie sur la pollution atmosphérique, de produire et appliquer une directive sur le bruit.

2. Les fonds structurels:

La Politique de cohésion est essentielle à la réalisation des objectifs de cohésion économique et sociale. Dès lors, elle peut constituer un instrument efficace de lutte contre les inégalités de santé entre territoires, d'autant que le nouveau programme d'action communautaire pour la santé et la protection des consommateurs (2007–2013) renforce les synergies des politiques et des programmes communautaires. Ainsi, environ 36% du budget de l'UE est consacré aux programmes de développement structurel afin d'instaurer une plus grande équité entre les différentes régions européennes. En 2007, pour la première fois, la santé a été intégrée en tant que domaine de financement explicite dans la nouvelle Politique de Financement structurel (2007–2013). Rappelons que la décision de recourir à ces fonds appartient aux États membres. Ceux-ci ont alloué aux activités liées à la santé un montant total de 5,2 milliards d'euros prélevés sur les fonds structurels²⁶.

Le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER)

Conformément à l'article 4, point 11 de son règlement, le FEDER finance « les investissements dans les infrastructures sanitaires et sociales qui contribuent au développement régional et local et à accroître la qualité de la vie » dans les régions éligibles à l'objectif de convergence.

Le Fonds social européen (FSE)

Le FSE constitue le principal instrument de mise en œuvre de la Stratégie européenne pour l'Emploi. Partant du postulat que la santé de la population a un impact direct sur la productivité, la santé fait désormais partie des priorités du FSE.

²⁴ Bilan du travail effectué par le consortium DETERMINE au cours de sa première année, 2008. <http://www.refips.org/files/generale/Resume%20actions.pdf>

²⁵ Sixième Programme d'Action pour l'environnement : http://europa.eu/legislation_summaries/agriculture/environment/l28027_fr.htm

²⁶ Soutien du FSE 2007–2013 dans le domaine de la santé. Brochure éditée par l'Unité « Communication » de la DG Emploi, affaires sociales et égalités des chances, Commission européenne.

Les interventions en matière de santé soutenues par le FSE couvrent principalement les domaines suivants²⁷ :

- La santé et la sécurité au travail : prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail et promotion d'un sentiment général de bien-être parmi les travailleurs ;
- Soins de santé à long terme : appui à l'amélioration des services médicaux et sociaux pour les personnes dépendantes nécessitant des soins à long terme et promotion de politiques durables en matière de santé ;
- Informations en matière de santé : campagnes de santé publique, études et recherche en matière de santé.

La Politique Agricole Commune (PAC)

De même, la Politique agricole commune, qui reçoit plus de 40% de financements européens, peut, au-delà des objectifs quantitatifs de production, contribuer à réduire les inégalités de santé. Elle assure des moyens d'existence équitables aux agriculteurs et garantit aux consommateurs des denrées alimentaires à des prix raisonnables. En termes qualitatifs, elle a également des impacts sur la santé, ce qui en fait un secteur porteur de progrès en matière de réduction des inégalités. Citons par exemple le soutien de la PAC au programme de consommation de lait à l'école.

²⁷ http://ec.europa.eu/employment_social/esf/docs/sf_health_fr.pdf

CONCLUSION

La problématique des inégalités de santé au sein de l'Union européenne est régulièrement soulignée par les institutions communautaires et on dénote une volonté politique forte, en particulier de la part de la Commission et du Parlement, d'introduire plus d'équité en matière de santé entre les Etats membres mais également à l'intérieur de ceux-ci. Cependant, cette volonté politique se heurte à la prérogative nationale en matière de santé qui interdit à l'UE d'intervenir dans la définition des politiques de santé ou l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux.

Tous les travaux financés ont permis de constituer une base précieuse de connaissances en matière de déterminants de la santé et d'initiatives nationales. Cependant, aucune législation contraignante n'a été mise en place pour lutter contre les inégalités de santé. Ceci s'explique notamment par le fait que les inégalités de santé résultent en grande partie des inégalités socio-économiques. Pour introduire plus d'équité en matière de santé, il faudrait donc s'attaquer à la cause des déterminants, à savoir les inégalités au sens large.

Partant de ce constat, on peut s'interroger sur la pertinence de la directive relative aux soins de santé transfrontaliers adoptée en février 2011²⁸. Cette nouvelle directive permet de clarifier les droits des patients qui reçoivent des soins dans un autre Etat membre que celui où ils résident. Elle permettra en particulier aux patients atteints de maladies rares ou ceux figurant sur de longues listes d'attente de se voir faciliter l'accès à des consultations spécialisées. Toutefois, on est en droit de se demander si cette directive ne va pas aggraver les inégalités dans la mesure où les patients désavantagés sur le plan économique, moins mobiles et moins informés ne bénéficieront certainement pas de ces soins.

²⁸ Texte de la Directive :

http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/119514.pdf

Annexes

**Version consolidée du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne -
TROISIÈME PARTIE: LES POLITIQUES ET ACTIONS INTERNES DE L'UNION -
TITRE XIV: SANTÉ PUBLIQUE - Article 168 (ex-article 152 TCE)**

Journal officiel n° 115 du 09/05/2008 p. 0122 - 0124

(Les éléments qui ne figuraient pas dans l'Art.152 TCE sont soulignés en gras)

1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union.

L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, **ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci.**

L'Union complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

2. L'Union encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. **Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières.**

Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination, **notamment des initiatives en vue d'établir des orientations et des indicateurs, d'organiser l'échange des meilleures pratiques et de préparer les éléments nécessaires à la surveillance et à l'évaluation périodiques. Le Parlement européen est pleinement informé.**

3. L'Union et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Par dérogation à l'article 2, paragraphe 5, et à l'article 6, point a), et conformément à l'article 4, paragraphe 2, point k), **le Parlement européen** et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribuent à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant, afin de faire face aux enjeux communs de sécurité:

a) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang; ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes;

b) des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique;

c) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical.

5. Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, peuvent également adopter des mesures d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, et notamment à lutter contre les grands fléaux transfrontières, des mesures concernant la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci, ainsi que des mesures ayant directement pour objectif la protection de la santé publique en ce qui concerne le tabac et l'abus d'alcool, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres.

6. Le Conseil, sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans le présent article.

7. L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées. Les mesures visées au paragraphe 4, point a), ne portent pas atteinte aux dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales.