

**Rapport introductif par Frédéric PIERRU, chargé de recherche CNRS-IRISSO :
les politiques publiques de santé en Europe, évolution des modèles, évolution des
périmètres, évolution des structures**

Prétendre évoquer les enjeux auxquels les politiques publiques de santé des Etats européens doivent faire face impose au préalable d'expliquer ce que sont ces politiques publiques, et de tenter de définir ce que recouvre « la santé publique » dans les Etats membres de l'UE. Au-delà de ce premier aspect, il importe également de mesurer les facteurs de contraintes auxquels sont exposés les systèmes de santé européens. Ces derniers, s'ils ont été élaborés dans le cadre national, ne sauraient être des « îlots imperméables à l'influence du droit communautaire ». Il n'est donc pas sans intérêt, dans un second temps, d'examiner le rôle de l'Union Européenne en matière de santé.

*
* *
*

**Table ronde n°1 : les acteurs des politiques publiques de santé en Europe : vers
un modèle européen de gestion publique des activités de santé ?**

Cette première table ronde a eu pour objet de montrer, malgré l'hétérogénéité des acteurs de santé en Europe, le mouvement de rapprochement entre les statuts et le déploiement d'une logique managériale dans la gestion des activités de soin.

Le rapporteur, Sandra MOULAY LEROUX, a constaté que l'on assiste à un rapprochement ou à une homogénéisation des statuts (pour les hôpitaux publics) et des règles de gestion, auquel semble pousser le droit communautaire. Cette évolution se double d'un vaste mouvement de recomposition, illustré par un regroupement et une spécialisation de ces mêmes acteurs, vraisemblablement au détriment de la cohésion sociale.

La crise de la vache folle, les risques épidémiologiques liés au SIDA, au SRAS, et plus récemment avec différentes pandémies, mais aussi le vieillissement de la population dans l'UE ont rendu indispensable une coopération au niveau européen en matière de santé publique.

Depuis le traité de Maastricht de 1992, l'UE dispose d'une base juridique pour intervenir dans le domaine de la santé publique. L'Union veille ainsi 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 TUE, la compétence de l'UE est élargit 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 existe pour l'UE qui vise à "améliorer la complémentarité des services de santé des Etats membres dans les régions transfrontalières". Ainsi, si l'action de l'Union ne fait que compléter les mesures prises au niveau national, l'objectif de santé publique fait désormais partie de l'une des préoccupations majeures de l'Union.

Le domaine de la protection de la santé publique relève avant tout de la compétence nationale; l'action de l'UE complète les politiques nationales en la matière mais ne les remplace pas. Les gouvernements nationaux sont donc libres d'organiser et de fournir les services de santé comme ils le souhaitent selon leur politique interne. Des textes contraignants peuvent néanmoins être adoptés par la Communauté européenne. A titre d'exemple, la réglementation sur le tabac provient d'une norme communautaire qui impose une limitation de la teneur en goudron et nicotine, et rend obligatoire l'inscription sur les paquets de cigarettes d'un avertissement dissuasif.

Pour les prochaines années à venir, l'Union européenne souhaite renforcer davantage la cohésion entre politique de santé publique et protection des consommateurs. Elle regroupera ainsi sous une même action les affaires de santé publique et de protection du consommateur. A ce titre, la Direction générale de la Commission européenne compétente en matière de santé publique est également en charge de la protection des consommateurs.

En guise de conclusion à cette table ronde, le Président du Haut Conseil de la Santé Publique, Roger SALAMON, insiste pour que l'on prenne en compte une politique de santé pas seulement au travers des soins, mais aussi au regard de la prévention.

* * *

Table ronde n°2 : le financement des politiques publiques de santé en Europe, rationalité économique Vs cohésion sociale ?

Cette deuxième table ronde a donné l'occasion aux participants d'examiner la question des enjeux budgétaires et financiers auxquels les politiques publiques de santé en Europe sont exposées ainsi que les réponses proposées pour y faire face.

En effet, le cœur des débats sur l'avenir des politiques publiques de santé en Europe porte sur l'effet de ciseau problématique entre, d'une part, les modalités de financement

d'une politique ou d'un projet santé pour la population d'un Etat ou de l'Union Européenne, et, d'autre part, les enjeux de cohésion sociale. L'enjeu du financement des politiques publiques de santé pose également la question de son articulation avec le principe de libre circulation en Europe, au point que la perspective de politiques de santé transfrontalières a été débattue.

Les pays de l'Union Européenne, comme tous les pays du monde, se trouvent aux prises avec des problèmes et des choix difficiles relatifs au financement de leur système de santé. De nouveaux médicaments et d'autres progrès techniques, l'augmentation des attentes et le vieillissement de la population se traduisent par une demande accrue et, en conséquence tendent à augmenter les coûts du système. Parallèlement, des contraintes macroéconomiques, démographiques et budgétaires limitent la mesure dans laquelle les pouvoirs publics peuvent simplement affecter des recettes publiques plus importantes à la santé. Combinées, la tendance des dépenses à augmenter et la limitation de l'aptitude des pouvoirs publics à accroître les dépenses obligent les pays à envisager de réformer la façon dont ils financent leur système de santé.

Il n'existe pas de réponse unique à la question de savoir comment financer les systèmes de santé. Non seulement les problèmes propres aux différents pays ne sont pas les mêmes, mais chaque pays a déjà mis en place un mode de financement de la santé qui a évolué pendant un certain temps. Dans de nombreux pays de l'Union européenne, les caractéristiques fondamentales du système national de financement de la santé est en place depuis des décennies (dans certains cas, depuis plus de 50 ou même de 100 ans) et font partie de l'identité culturelle nationale (par exemple, le Système national de santé du Royaume-Uni ou le régime d'assurance maladie de l'Allemagne). Dans ces pays, les débats sur la réforme du système de financement concernent davantage des changements mineurs plutôt qu'une refonte organisationnelle totale. Dans de nombreux autres pays de la Région, cependant, en particulier ceux qui connaissent une transition qui a commencé en 1990, il est possible de considérer les systèmes de financement de la santé de façon plus étroite comme un ensemble de modalités techniques qui ne sont pas imprégnées de fortes traditions culturelles ou historiques. En outre, dans un grand nombre de ces pays, des réformes plus fondamentales du financement de la santé ont été mises en oeuvre ou sont envisagées.

Le système de financement doit récompenser des soins de qualité et offrir des incitations à l'efficacité dans l'organisation et la prestation des services de santé. Pour être efficaces, ces incitations doivent être en harmonie avec les règles régissant les prestataires de services, ainsi qu'avec leurs compétences de gestion, afin de créer un environnement cohérent et efficace dans lequel les prestataires soient en mesure de répondre de façon appropriée aux signaux émanant du système de financement.

Les États doivent tenir compte de leurs limites budgétaires ; ils ne peuvent pas simplement dépenser pour répondre à tous les besoins observés dans la société. Le secteur public doit être budgétairement viable ; les dépenses et les recettes doivent s'équilibrer. Cela vaut également pour les systèmes de financement de la santé. Cependant, la viabilité budgétaire est une condition et non un objectif de la politique de financement de la santé ; les systèmes de financement de la santé doivent être évalués en fonction de la mesure dans laquelle ils atteignent les objectifs de la politique par rapport à ce qu'ils peuvent réaliser, tout en satisfaisant l'obligation de l'équilibre budgétaire.

Table ronde 3 : les territoires des politiques publiques de santé en Europe : programmation et efficacité publique

Cette table ronde aborde les politiques de santé notamment comme politique d'aménagement du territoire.

Mme Martin Papineau, directrice de l'institut de droit social et sanitaire de l'université de Poitiers pose le cadre de l'action territoriale. Elle rappelle que les territoires sont des constructions historiques, non figées. Ils se caractérisent par leurs diversités et leur cadre d'action : territoires administratifs, de projets ou de vie.

Les échelons territoriaux diffèrent selon les Etats, tout comme les systèmes de santé.

On observe cependant une place importante occupée par l'échelon régional. Les Etats unitaires perçoivent les territoires comme un cadre de mise en œuvre d'une action décidée au niveau national tandis que les états fédéraux connaissent des compétences autonomes plus grandes.

Au premier système se rattache davantage le système de Beveridge au second celui de Bismarck. L'évolution de la carte territoriale en Europe, avec la baisse du nombre des communes, une tendance à la régionalisation impacte l'action des politiques de santé et pose la question suivante : quel est le meilleur niveau territorial d'action des politiques de santé ?

Les disparités territoriales, freins à l'égalité et à la généralisation de l'accès aux soins, sont également mises en exergue au sein d'un même territoire.

De plus, le territoire est perçu comme le cadre opérationnel des politiques de santé qui intègre les populations. Celles-ci deviennent des acteurs de la politique locale de santé avec pour corollaire des attentes démocratiques, et un désir de participation important.

Monsieur Graham Garbutt présente l'exemple de l'Angleterre.

La décentralisation au Royaume Uni est inégale et concerne certaines régions « historiques » plus que d'autres. En Angleterre, à la fin des années 90, des régions nouvelles, calquées sur le modèle continental européen, se sont vues doté des compétences relatives à la santé (sous l'autorité du service national de santé (NHS)). Une idée nouvelle a également consisté à distinguer l'acheteur du fournisseur de soins et d'accroître le financement public. (Rattrapage du fait de dépenses plus faibles par rapport aux autres pays européens).

En 2010, suite au changement de gouvernement, on assiste à un retour en arrière vis-à-vis de la régionalisation et à l'apparition de structures nouvelles de santé, plus importantes (praticiens généraux), plus polyvalentes. On assiste aussi à une plus grande autonomie des hôpitaux et un recours plus important au marché. Cette situation engendre une absence de clarté auprès du grand public.

Pierre Gauthier, représentant les affaires sociales du ministère de la santé, précise que l'Etat, qui a une vocation de régulateur, a déjà expérimenté 40 années de politiques de santé avec un bilan mitigé.

L'Etat essaie de s'adapter aux réalités locales mais est confronté aux problèmes importants de déséquilibres notamment démographiques. Les inégalités se maintiennent dans l'implantation des équipements de santé et l'égal accès aux soins.

La Région Limousin offre un exemple de politique publique visant à réduire les disparités. Même si le Conseil Régional n'a pas de compétence santé, il joue un rôle important du fait des attentes des populations et des enjeux liés à l'aménagement du territoire.

Le Centre National de la Fonction Publique Territoriale possède un pôle de formation et de compétence santé pour les collectivités locales. Sa représentante Viviane Bayad précise que l'Etat reste néanmoins le maître d'œuvre des politiques de santé au sens large. Au-delà de leurs obligations légales, par convention ou volontarisme, des collectivités locales mènent des actions de politiques de santé. Elles demeurent en effet les échelons pertinents de la mise en œuvre de ces politiques, en partenariat avec l'Etat.

Monsieur Dubreuil de l'agence régionale de santé du Limousin, souligne la pertinence du cadre régional en raison de sa capacité à lutter contre les inégalités dans le domaine de la santé et à mettre en place à la fois une stratégie globale et des réalisations concrètes. (Prévention, dépistage...)

A titre de conclusion, La députée européenne Madame Vergniaud indique que la politique de santé représente un véritable défi à l'échelle européenne. Les dépenses de santé augmentent 2 fois plus rapidement que les PIB nationaux et les pays sont confrontés à un vieillissement de leur population.

La compétence santé est une compétence partagée (subsidiarité) qui n'a pas été incluse dans la directive service et demeure ainsi à part.

Mme Vergniaud préconise de déterminer des priorités en commun entre Etats Membres en matière de santé. Des réalisations concrètes existent déjà, comme la carte professionnelle, valable dans toute l'Europe. De plus, la santé recèle un potentiel d'emplois très important. La députée plaide pour plus de convergence et non de concurrence et pour plus de volonté politique en ce domaine.