



Réponse du CPME à la consultation sur la communication de la Commission européenne relative à la “Solidarité en matière de santé”

Le CPME est heureux d'avoir la possibilité de contribuer à ce processus. Nous avons remarqué l'importance accordée l'année dernière par le Conseil européen aux inégalités en matière de santé, ainsi que dans le Livre blanc de la Commission européenne d'octobre 2007. L'étendue de cette collaboration doit être élargie afin d'identifier et de mettre en commun les bonnes pratiques entre les différents États membres.

Comme le document de consultation le souligne, les travaux sur les inégalités en matière de santé doivent développer une perspective européenne étendue, sur la base du travail déjà réalisé par la Commission sur les Déterminants sociaux de la santé (OMD 2008)¹. Les principales recommandations de la Commission sont absolument pertinentes dans le contexte européen et doivent orienter l'intervention de l'Union européenne vers les axes où elle peut apporter une “valeur ajoutée” à l'action des États membres.

Dans le cadre de cette réponse, la “santé” est définie non seulement comme l'absence de maladie ou de troubles de santé, mais dans un sens plus large comme le développement d'une sensation de bien-être, physique, émotionnel, intellectuel et psychologique.

Le rapport de l'OMS *Comblant le fossé en une génération* met en lumière à la fois les facteurs complexes qui contribuent aux inégalités en matière de santé et les très larges domaines des politiques qui doivent être mises en oeuvre. Les différences mènent à une inégalité d'accès aux soins de santé et une inégalité dans l'efficacité de ces soins de santé. Ces inégalités représentent des défis éthiques, politiques, structurels et financiers qui doivent tous être relevés si l'on souhaite atteindre l'objectif ambitieux de la Commission de l'OMS de combler en une génération le fossé des inégalités en matière de santé. Le CPME estime que l'UE doit manifester de façon explicite qu'elle partage cette ambition, étant donné que bon nombre des instruments politiques et financiers nécessaires au changement sont d'ores et déjà disponibles.

Comme dans les autres parties du monde, les inégalités en matière de santé se présentent autant entre les États membres qu'au sein de ces derniers. De surcroît, les différences se présentent aussi entre et dans les différents groupes professionnels et sociaux. Cette différence est à ce point omniprésente qu'il est

¹ Comblant le fossé en une génération - Commission sur les déterminants sociaux de la santé (Rapport final). OMS 2008

possible de prouver qu'une personne titulaire d'un doctorat a une plus longue espérance de vie qu'une personne titulaire d'une maîtrise.

Un élément perturbant est le fait qu'une augmentation des dépenses dans les services liés aux soins de santé n'a suscité qu'une différence marginale sur les inégalités en matière de santé. Dans de nombreux pays européens, le fossé de "l'efficacité médicale" entre les différents groupes socio-économiques s'est élargi. Au Royaume-Uni, il y a des zones où la différence de l'espérance de vie entre les groupes sociaux est passée de 7 ans à 12 ans au cours de ces deux dernières décennies. Un service de prestation de soins de santé est différent d'un service médical; les services qui n'intègrent pas des adaptations aux déterminants sociaux de la santé dans de nouvelles modalités de prestation ne pourront pas évoluer, essentiellement parce que la plupart des soins de santé sont fournis actuellement "en aval" à partir des principales causes de maladie.

Même si l'on trouve au sein de l'UE des zones socialement défavorisées, elles diffèrent de celles de nombreux pays en voie de développement. Il existe des liens entre l'espérance de vie et le Produit national brut d'un pays, mais ce lien est spécialement puissant dans les pays où le pouvoir d'achat individuel (PNB/habitant) atteint 5.000 dollars ou moins. Toutefois, ce sont les mêmes facteurs qui déterminent les degrés d'efficacité médicale, indépendamment du niveau absolu de pauvreté en revenu. Ce qui les unit, et influence véritablement les résultats médicaux, c'est la mesure dans laquelle les personnes, quel que soit leur niveau socio-économique, peuvent effectuer des choix qui ont de la valeur pour eux. En bref, les restrictions à la liberté et à l'autonomie constituent des influences négatives sur la santé, aussi significatives que le niveau absolu de situation socio-économique de l'individu concerné.

Tout ceci implique un examen fondamental de la planification, de la structure et de la prestation de la "santé" et des "soins de santé". L'amélioration des connaissances relatives aux déterminants sociaux de la santé devrait conduire à une adaptation des politiques.

Les médecins ont l'habitude de traiter les questions des politiques relatives aux soins de santé en suggérant des interventions qui ont recours à des mécanismes familiers. Ils sont aussi conscients de l'influence significative des facteurs sociaux sur les maladies des patients et sur l'efficacité des traitements. Le CPME peut donc reconnaître l'importance d'une approche visant à réduire les inégalités en matière de santé au sein de l'UE en invitant les instances européennes à envisager, dans une perspective aussi large que possible, les moyens d'intégrer les connaissances sur les déterminants sociaux de la santé dans les nouvelles approches politiques.

L'autonomie des États membres en ce qui concerne la planification et la mise en place de leurs systèmes de soins de santé est un principe bien établi. Dans notre réponse aux questions jointes au document de consultation, nous suggérons un certain nombre de voies qui pourraient être utilisées par l'UE pour apporter une valeur ajoutée dans ce domaine, et, dans le cas des propositions qui requièrent des dépenses ciblées (sur la base de faits probants), nous soutenons l'utilisation de

fonds structurels. Nos suggestions sont notamment basées sur les faits établis dans le rapport de la Commission de l'OMS et identifient les besoins suivants :

- Amélioration des infrastructures, en particulier en matière de logement et d'assainissement. La qualité du logement est fortement liée au niveau de revenus. Des conditions de logement en cohabitation multiple semblent représenter un risque pour la santé équivalent, en terme de magnitude, à celui du tabagisme et, en moyenne, supérieur à celui d'une consommation excessive d'alcool. Les groupes vulnérables qui comprennent notamment les personnes âgées et les enfants en bas âge, ainsi que les personnes atteintes de maladies chroniques, sont particulièrement exposés aux risques de santé liés à des conditions de logement déficientes
- Politiques fiscales et économiques visant à réduire les inégalités en termes de revenus
- Réductions des inégalités entre les sexes en matière de revenus, emploi et éducation. De plus, malgré la législation européenne, on observe que des inégalités en matière d'efficacité médicale et d'accès aux soins de santé continuent à exister parmi les personnes handicapées. Les obstacles à l'accès aux soins de santé peuvent également être significatifs et comprennent notamment des systèmes de communication et d'information inappropriés qui empêchent les personnes handicapées de connaître les services disponibles, de savoir comment y accéder et comment les utiliser efficacement. Ces arguments s'appliquent également aux groupes qui ont un accès limité aux soins de santé, comme les immigrés en situation illégale et les demandeurs d'asile
- Une amélioration des soins de santé prodigués aux mères de famille et aux enfants, afin de garantir une nutrition saine dès le plus jeune âge et l'application généralisée de programmes de vaccination. La nutrition des enfants joue, en particulier, un rôle essentiel dans la suppression des inégalités en matière de santé et dans la promotion d'une vie saine. Nous disposons de plus en plus d'éléments qui permettent de prouver que la nutrition dans les phases précoces de la vie peut influencer certains problèmes comportementaux et cognitifs des enfants et des adolescents, et même la dégénération cognitive et certains autres aspects du vieillissement
- La cohésion sociale et une démocratie représentative locale. Au Japon, la cohésion sociale semble être fortement liée à la longévité
- Une évaluation approfondie des cas où la législation visant à améliorer la santé publique correspond à l'approbation du public (la législation relative au port de la ceinture de sécurité et l'interdiction de fumer dans les lieux publics, par exemple). L'Union européenne devrait évoluer de la promotion de la responsabilité sociale des entreprises dans les secteurs de l'alcool, du tabac et des industries alimentaires vers le concept plus puissant de responsabilité sociale

- Garantir et maintenir dans toute l'Europe la prestation de soins de santé basée sur un système d'imposition ou d'assurance obligatoire
- Le renforcement des liens entre les DG concernées de façon à ce que les politiques axées sur la réduction des inégalités en matière de santé soient menées, entre autres, par les divisions de santé, d'aide régionale, de technologie, de santé publique, d'éducation et d'emploi, etc. compte tenu que " l'action...doit impliquer l'ensemble du gouvernement, la société civile, les communautés locales, les organismes commerciaux et internationaux".² Cette recommandation est vaste, mais doit être abordée au sein de la structure de l'UE elle-même
- Reconnaître le rôle fondamental de l'éducation dans la lutte contre les effets des inégalités en matière de santé. Cela concerne non seulement l'éducation du public en général, qui sera mieux armé pour administrer sa propre santé, mais aussi l'éducation des professionnels de la santé qui entretiennent des contacts directs avec les patients qui souffrent de ces inégalités

Le CPME souhaite également attirer l'attention sur le volume considérable de travail qui a été réalisé et sur les nombreux éléments objectifs répertoriés par les Nations Unies sur le droit au plus haut niveau possible de soins de santé (ce que l'on connaît comme le "Droit à la santé"). L'article 12 du Pacte international des Nations Unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR) souligne que toute personne doit avoir accès au plus haut niveau possible de santé physique et mentale. Ces droits envisagent l'accès à la fois à des soins de santé appropriés et aux facteurs qui influencent la santé, comme l'affectation de ressources, les aliments et la nutrition, l'égalité entre les sexes, le logement, l'eau de boisson potable, des systèmes sanitaires suffisants, des conditions de travail qui garantissent la santé et la sécurité et un environnement salubre. Les soins de santé doivent être prodigués sans discrimination au moyen d'un système intégré, accessible et responsable.

De plus, le CPME souligne deux autres points :

Tout d'abord, la crise financière actuelle ne doit pas être considérée comme une menace à l'instauration du changement, mais plutôt comme une opportunité d'instaurer le changement. Les réductions des dépenses en matière de soins de santé en conséquence des difficultés financières sont toujours associées à des résultats négatifs. Comme c'est le cas pour l'intervention en matière de changement climatique (qui est une cause imminente de nouvelles inégalités), les arguments plaident fermement en faveur de la création d'emplois et de services moyennant une augmentation de la dépense publique. En effet, il existe un lien puissant entre l'emploi et un état de santé amélioré. De plus, et encore une fois comme c'est le cas pour le changement climatique, nous disposons aujourd'hui des connaissances qui nous permettent d'altérer de façon spectaculaire les inégalités en matière de santé. L'UE peut apporter une valeur ajoutée dans ce domaine en stimulant le changement, en le mesurant, en le décrivant et en identifiant les bonnes pratiques.

² Comblent le fossé en une génération - Commission sur les déterminants sociaux de la santé (Rapport final). OMS 2008

En second lieu, nous souhaitons souligner le rôle de la santé en ligne. Un des aspects du manque d'autonomie ou de liberté – identifié comme un facteur fondamental des inégalités en matière de santé – est celui de l'information. Une disponibilité accrue de toutes formes d'information par le développement des technologies profitera vraisemblablement dans une mesure disproportionnée aux groupes les plus aisés (de même qu'une augmentation de la dépense publique nationale dans les services de soins de santé). Au fur et à mesure que la technologie de l'information en matière de santé se développe et contribue à la fois à une personnalisation des soins et à une amélioration de l'autonomie et de l'indépendance des patients, il est essentiel de veiller à ce qu'elle ne mène pas elle-même à de nouvelles inégalités. Les avantages dérivés de la santé en ligne peuvent et doivent parvenir aux groupes les moins susceptibles d'utiliser cette forme d'attention médicale.

Questions pour la consultation

Les réponses ont été groupées afin d'éviter les répétitions :

Tendances futures relatives aux inégalités en matière de santé

Les résultats sur les inégalités des dépenses appliquées dans le domaine des soins de santé ont été faibles et on n'a pratiquement observé aucun impact sur les tendances sous-jacentes. Les conséquences pour la santé varient au sein de l'UE, avec une plus forte prédominance des problèmes liés à l'alcool et des maladies infectieuses à l'Est et des maladies cardiovasculaires à l'Ouest. Ce qui caractérise ces problèmes de santé est l'impact considérable des déterminants sociaux.

Contrôle et données

Bien que les données épidémiologiques et les informations sur l'efficacité soient essentielles pour mesurer l'impact des *soins* de santé, les données statistiques doivent être uniformisées et stratifiées en fonction d'une classification socio-économique mesurable et communément acceptée. Ces données doivent inclure des mesures relatives aux inégalités des revenus, l'administration de la santé publique, la mise à disposition d'informations accessibles sur la santé, le pourcentage du PNB affecté à la *promotion* de la santé (par opposition aux *soins* de santé), les inégalités entre les sexes et les niveaux d'immunisation.

« Valeur ajoutée » de l'UE

Afin d'améliorer l'efficacité des services de santé publique dans la réduction des inégalités en matière de santé, il est essentiel que les programmes de santé publique puissent avoir un impact multisectoriel et bénéficient de la participation des communautés locales. Ces services doivent être mis en oeuvre de façon à être intégrés à la prestation principale des services de santé. Des politiques destinées à influencer les modes de vie des personnes doivent être appliquées à une multitude de niveaux, p. ex. au niveau des campagnes publicitaires, du marketing social ciblé, des interventions brèves de la part de professionnels d'attention primaire. De plus, les campagnes de santé publique doivent être axées sur des déterminants clés de la santé qui ont un impact éprouvé sur le bien-être futur et doivent cibler les groupes à

risque afin de réduire les inégalités. Ces campagnes doivent inclure des déterminants tels que la nutrition des enfants, l'obésité, le tabagisme et l'alcool.

Au niveau de l'UE; la Commission européenne se trouve dans une position unique pour rassembler et standardiser les données significatives. De plus, ces données doivent être recueillies moyennant un contrôle à long terme capable d'identifier des tendances. Enfin, ces données doivent être mises en commun afin de favoriser le processus d'élaboration des politiques et le partage des meilleures pratiques.

Approche structurelle de l'UE

L'étendue considérable des initiatives politiques indispensables afin de réduire de façon efficace les inégalités en matière de santé exige des changements structurels, politiques et organisationnels au sein des institutions européennes. La distribution des fonds structurels doit être basée sur des éléments objectifs attestant un bénéfice potentiel au niveau de la santé, et les résultats doivent être mesurés afin d'évaluer le bénéfice obtenu. Les décisions relatives à l'éducation, à la santé publique et aux politiques financières requièrent un "champion de la santé", en plus d'une approche intégrale au sein de la Commission.

Une étape significative pour la Commission doit consister à réformer son approche aux inégalités en matière de santé par le biais du Groupe d'experts de haut niveau. Les critères de participation à ce groupe doivent refléter l'étendue de l'expérience et de l'expertise nécessaires pour aborder tous les facteurs qui affectent les inégalités en matière de santé et que l'UE peut influencer par ses programmes. En limitant ce groupe aux spécialistes ayant une perspective médicale l'UE restreindra considérablement l'étendue de son action. Les expertises en matière d'épidémiologie, d'économie, d'éducation, de technologie, d'aide social et d'aide fondée sur les droits sont toutes indispensables.

Action européenne immédiate et future

Une action immédiate et significative pour l'UE consiste à préconiser et soutenir autant que possible la création d'emplois dans le contexte actuel de crise économique. Le CPME est heureux de constater que le Commissaire de la Santé aborde cette question en rapport avec la santé mentale, mais estime qu'il existe un rapport plus large entre un état de santé amélioré et l'emploi.

Sur le long terme, les initiatives axées sur l'éducation, les connaissances en matière de santé, la technologie de l'information et la réduction des discriminations entre les sexes sont toutes importantes à l'égard du concept d'autonomisation des personnes.

Nous recommandons la création d'un "centre d'information", à l'instar du processus soutenu par le Forum sur l'alcool, qui agisse en tant que base pour le partage et la diffusion des informations et des bonnes pratiques.

En conclusion, le CPME accueille favorablement cette initiative et espère pouvoir contribuer de façon active aux travaux nécessaires pour développer les politiques qui combleront efficacement les fossés des inégalités en matière de santé.