

# POLITIQUES DE LA SANTÉ DANS L'UNION EUROPÉENNE

Auteur : Morgane Dor

Sous la direction de Denis Stokkink

Septembre 2013

# SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	5
-----------------------------	---

<b>PARTIE I : L'ÉVOLUTION HISTORIQUE DE LA SANTÉ DANS LES POLITIQUES EUROPÉENNES.....</b>	<b>6</b>
---	----------

1. Introduction.....	7
----------------------	---

2. Les prémices : l'application stricte des traités .....	8
---	---

3. La naissance d'une réelle politique de santé européenne.....	9
---	---

3.1. Une intervention communautaire de plus en plus prégnante : la guidance des traités.....	10
--	----

3.2. Le rôle de la Cour de Justice.....	13
---	----

4. La place actuelle de la santé dans les stratégies européennes :	
--	--

<b>Le renforcement du rôle de l'Union .....</b>	<b>15</b>
---	-----------

4.1. Les programmes pluriannuels : l'application de la méthode ouverte de coordination.....	15
---	----

4.2. La promotion d'une co-construction avec les Etats membres :	
--	--

entre principe de subsidiarité et benchmarking .....	18
--	----

5. Conclusion.....	19
--------------------	----

6. Bibliographie indicative.....	19
----------------------------------	----

<b>PARTIE II : QUELS DÉFIS POUR LA SANTÉ EN EUROPE ? .....</b>	<b>21</b>
--	-----------

1. Introduction.....	22
----------------------	----

2. Une politique de santé durable .....	22
---	----

2.1. L'évolution des systèmes de protection sociale.....	23
--	----

2.2. Le rôle indispensable des mutuelles .....	26
--	----

2.3. La prévention comme priorité des stratégies européennes de santé durable .....	27
---	----

3. Une politique d'inclusion sociale : la lutte contre l'inégalité d'accès aux soins .....	29
--	----

3.1. Les inégalités de santé : le concept .....	29
---	----

3.2. La réduction des inégalités de santé au cœur des stratégies communautaires.....	33
--	----

3.3. Les enjeux .....	36
-----------------------	----

<b>4. Les inégalités hommes-femmes .....</b>	<b>39</b>
4.1. Etat des lieux au niveau mondial .....	39
4.2. L'approche européenne : Le « gender mainstreaming ».....	40
4.3. Les enjeux .....	41
<b>5. La santé face au vieillissement de la population européenne .....</b>	<b>42</b>
5.1. La stratégie européenne en matière de santé dans une Europe vieillissante.....	42
5.2. Les enjeux économiques.....	44
5.3. Les enjeux sociaux .....	46
<b>6. L'inclusion des nouvelles technologies dans la santé en Europe.....</b>	<b>48</b>
6.1. La stratégie européenne .....	49
6.2. Les services à la personne (soins à domicile) .....	50
6.3. Les services de soins : la télémédecine .....	51
<b>7. Conclusion et recommandations : pour une politique de santé durable</b>	
<b>de lutte contre les inégalités .....</b>	<b>55</b>
<b>8. Bibliographie indicative.....</b>	<b>56</b>



# INTRODUCTION GÉNÉRALE

D'une évocation discrète dans les traités, la santé occupe aujourd'hui une place de premier plan dans les politiques européennes, et ses grands principes imprègnent toutes les politiques actuelles. Aujourd'hui, face au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, à l'ampleur des épidémies et aux inégalités de santé croissantes en Europe, la santé est plus que jamais un enjeu crucial dans l'avenir des politiques européennes. Ces dernières sont aujourd'hui confrontées à de nouveaux défis : l'hétérogénéité des systèmes de protection sociale, l'augmentation des inégalités d'accès aux soins ou encore le vieillissement de la population. Face à ces défis, de nombreuses solutions existent mais supposent de repenser l'approche actuelle de la santé en Europe. Viser le « mieux-être » pour tous impose de sortir des logiques marchandes actuelles et de concevoir la santé de manière plus équitable, en favorisant les acteurs de l'économie sociale et en expérimentant de nouvelles solutions face à l'augmentation croissante des inégalités de santé, dans la perspective d'une santé intelligente, durable, inclusive et solidaire.

Cette étude est constituée de deux parties :

La première a pour but de dresser une vue d'ensemble sur l'évolution des politiques européennes de santé, puis à montrer la place de certains domaines au sein de la politique européenne actuelle de santé. Quelles sont les valeurs sociales en matière de santé prônées par l'Union européenne (UE) ? Quelle est la place de la santé dans les politiques européennes actuelles ?

La seconde partie de l'étude présente cinq enjeux importants en matière de santé que l'UE et ses États membres devront à l'avenir résolument prendre en compte. Ces cinq défis que les politiques communautaires de santé devront relever sont : la nécessité d'une santé durable, l'égalité dans l'accès aux soins, l'égalité hommes-femmes, l'élaboration de réponses novatrices au vieillissement de la population et l'inclusion de nouvelles technologies dans les soins de santé et les services à la personne.

Cette étude se conclut par une série de recommandations visant à promouvoir une politique de santé durable de lutte contre les inégalités en Europe.

# **PARTIE I : L'ÉVOLUTION HISTORIQUE DE LA SANTÉ DANS LES POLITIQUES EUROPÉENNES**

# 1. INTRODUCTION

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne<sup>1</sup>, adoptée en 2000, inscrit dans son article 35 : « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. 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'UE en matière de santé vise à améliorer la santé publique, à prévenir les maladies et les affections humaines et à déterminer les causes de danger pour la santé humaine. Pour réaliser ces objectifs, cette dernière a été amenée à regrouper les domaines d'action relatifs à la santé au niveau européen, afin de créer un ensemble cohérent de politiques dans ce domaine. Par sa stratégie en matière de santé, l'UE contribue à l'amélioration de la santé publique en Europe, et apporte ainsi une valeur ajoutée aux mesures prises par les Etats membres, tout en respectant pleinement le principe de subsidiarité dans l'organisation et la prestation des services et des soins de santé.<sup>2</sup>

Les politiques européennes de santé ont beaucoup évolué ces dernières années, partant d'une simple évocation dans les premiers traités, jusqu'à devenir transversales et irriguer tous les domaines d'action européens. Egalement, les priorités en matière de santé se sont adaptées aux conjonctures économiques et sociales, comme le montrent les différents programmes pluriannuels. « Ensemble pour la santé, une approche stratégique pour l'UE 2008-2013 » prône des valeurs d'égalité en matière de santé, d'inclusion sociale et de solidarité. Le troisième programme d'action pluriannuel pour la période 2014-2020 : « La santé en faveur de la croissance », quant à lui, accentue le rôle de la santé dans la croissance économique en tant que facteur de croissance, et est davantage basé sur des logiques de contraintes budgétaires, compte tenu du contexte économique actuel. La santé devient de ce fait un prisme des valeurs de société que l'Union européenne entend défendre, et que nous allons étudier dans cette étude pour en comprendre la logique.

Jusqu'à la fin des années 1970, la politique de santé européenne est restée très minimaliste, se cantonnant à l'application ponctuelle des grands principes économiques des traités fondateurs de la Communauté européenne. La vision de la santé à l'échelle européenne se limitait alors au cadre économique, largement relayée dans son application par les règles nationales de protection sociale, à l'époque déjà beaucoup plus élaborées.

Les grandes crises sanitaires qui ont émergés dans les années 1980 ont changé la donne politique et économique du rôle de l'Europe en matière de santé publique. Ainsi, les institutions ont pu démontrer leur utilité dans la coordination des politiques sanitaires, et la nécessité d'une action concertée dans le cas d'épidémies transfrontalières s'est avérée indispensable. Au niveau juridique, l'évolution s'est accélérée, en parallèle des grands principes communs, avec la consécration de la légitimité de l'intervention communautaire dans les traités de Maastricht, d'Amsterdam et dans le traité de Lisbonne<sup>3</sup> et du droit à la santé.

Un nouveau pas a été franchi dans les années 1990 avec l'élaboration d'une jurisprudence par la Cour de Justice des Communautés européennes à partir de 1988 sur la prise en charge des soins de santé pour améliorer la mobilité des patients.

1 Référence : 2000/C 364/01

2 Site de la Commission européenne, rubrique Santé-UE : [http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_in\\_the\\_eu/policies/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_fr.htm)

3 Article 168 TFUE.

Ainsi, forte de ces expériences et des nouveaux défis de santé publique, la Commission européenne a acquis un rôle majeur dans les politiques européennes de santé, dans une logique de dialogue et de co-construction avec les Etats membres sans pour autant remettre en cause leurs compétences et leurs prérogatives. Celle-ci agit également en étroite collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'autres instances internationales<sup>4</sup> chaque fois que le besoin s'en fait sentir.

Au regard des disparités nationales en matière de santé, les institutions européennes ont développé progressivement une politique discrète mais efficace, dans une approche pragmatique. Celles-ci ont su habilement utiliser un large éventail d'outils et de canaux institutionnels, tels que l'harmonisation de la législation européenne sur quelques sujets majeurs, l'adhésion à des normes internationales, l'incitation à la coopération transfrontalière, etc.

Cette politique a différentes finalités, telles que la gestion à long terme des déterminants de santé, la sensibilisation des Etats aux coûts humain et économique de certains problèmes de santé publique, ainsi que la coordination des Etats membres en cas de crise sanitaire. Au sein des institutions européennes, c'est la Direction Générale de la Santé et de la Protection des Consommateurs (DG SANCO) de la Commission européenne qui œuvre pour influencer les autres politiques européennes vers une meilleure prise en compte de la dimension sanitaire dans l'élaboration des politiques et normes communautaires.

D'un point de vue politique et économique, la santé est un enjeu majeur compte tenu de l'impact économique direct du coût des traitements et des arrêts de travail, ou de son impact futur par le développement de nombreuses pathologies dues à des comportements à risques et une mauvaise hygiène de vie de nombreux Européens.

Actuellement, afin de faire face à une concurrence internationale très forte dans certains secteurs industriels majeurs tels que le secteur pharmaceutique, les institutions européennes tentent de renforcer la compétitivité des industries européennes, notamment par une politique d'innovation. Ainsi, la priorité est donnée au développement des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé<sup>5</sup>.

La première partie de l'étude tend à dresser une vue d'ensemble sur l'évolution des politiques européennes en la matière, puis à montrer la place de certains domaines au sein de la politique européenne actuelle de santé. Quelles sont les valeurs sociales en matière de santé prônées par l'UE ? Quelle est la place de la santé dans les politiques européennes actuelles ? Voilà toutes les questions auxquelles cette étude entend répondre.

## 2. LES PRÉMICES : L'APPLICATION STRICTE DES TRAITÉS

La promotion d'un niveau élevé de protection sociale pour tous les citoyens figure aujourd'hui parmi les priorités de l'Union européenne, celle-ci garantissant un socle minimal de droits sociaux qui constituent la base du « modèle social européen ». Cependant, les politiques sociales en général, et la poli-

4 Parmi celles-ci, on peut citer le Conseil de l'Europe : [http://ec.europa.eu/health/eu\\_world/international\\_organisations/council\\_europe/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/eu_world/international_organisations/council_europe/index_en.htm) et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) : [http://ec.europa.eu/health/eu\\_world/international\\_organisations/ocde/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/eu_world/international_organisations/ocde/index_en.htm) ou encore des accords de coopération politique avec de nombreux pays tiers.

5 Arnaud Senn, « La Politique de santé de l'Union Européenne », Policy Paper de la fondation Robert Schuman, Question d'Europe n°25, 18 avril 2006.

tique de santé en particulier, ne figurent pas parmi les priorités du traité de Rome (1957), focalisé sur de grands principes économiques. La santé n'y est présente que de façon très indirecte dans l'évocation des concepts liés à la notion de travail : arrêt de travail, hygiène et sécurité au travail.

En outre, la mise en place de normes communautaires de santé ne se fait qu'au regard de la défense de grands principes du droit communautaire. Pour exemple, le règlement 1408/71 sur les soins dispensés à l'étranger (aujourd'hui remplacé par la carte européenne d'assurance maladie) et la reconnaissance des diplômes pour les professionnels de santé ont été créés à l'aune de la défense du principe de libre circulation des personnes au sein de la Communauté européenne. Les professionnels de santé et les patients pouvaient dispenser ou être bénéficiaires de soins de santé à l'étranger, davantage au nom de ce principe que d'un réel travail de fond sur l'interopérabilité des soins en Europe.

Toutefois, en 1977, un Conseil regroupant les Ministres de la Santé a commencé à se réunir de manière irrégulière. Ce Conseil a pu prendre des actes tels que des « décisions des Etats membres réunis au sein du Conseil » ou des résolutions sans force contraignante. Suite à la signature de l'Acte unique européen en 1986, ce type d'actes s'est multiplié, malgré leur portée juridique parfois incertaine. C'est finalement l'entrée en vigueur du traité sur l'Union européenne en 1992 et l'insertion d'un titre « Santé publique » qui a permis de formaliser la coopération des Etats membres dans ce domaine.<sup>6</sup>

L'action communautaire s'est alors concentrée sur des actions d'information, d'éducation, de surveillance et de formation en matière de santé. Des impératifs de protection de la santé ont également été intégrés progressivement aux politiques européennes et des programmes de lutte contre le cancer, la toxicomanie, le SIDA ou encore les maladies transmissibles ont été lancés.<sup>7</sup>

### **3. LA NAISSANCE D'UNE RÉELLE POLITIQUE DE SANTÉ EUROPÉENNE**

Simplement évoquée dans les premiers textes, la santé est devenue progressivement une notion autonome, à part entière, pour aujourd'hui être prise en compte dans toutes les politiques et bénéficier d'une approche transversale. Les institutions européennes ont joué un rôle majeur dans l'évolution de la prise en compte de la santé au niveau européen. La Commission, en tant que gardienne des traités et en charge de l'initiative législative, a œuvré pour la prise en compte de la santé en tant que notion autonome, détachable de la santé au travail, puis a adopté la méthode ouverte de coordination (MOC) en matière sociale, afin d'associer les parties prenantes et de penser la santé au plus près des réalités européennes. La Cour de Justice, quant à elle, a permis au fil de sa jurisprudence de maintenir la protection des libertés garanties par les traités tout en opérant des restrictions circonstanciées afin de ne pas outrepasser la largesse des libertés accordées dans les textes.

---

6 Site du Parlement européen, rubrique « Synthèse de la législation de l'UE, Affaires institutionnelles, Santé publique » : [http://europa.eu/legislation\\_summaries/institutional\\_affairs/treaties/amsterdam\\_treaty/a16000\\_fr.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/amsterdam_treaty/a16000_fr.htm)

7 *Ibid.*

### 3.1. Une intervention communautaire de plus en plus prégnante : la guidance des traités

L'Acte unique européen (1986) et le développement du concept d'« Europe des citoyens » ont permis d'encadrer la priorité reconnue par le traité de Rome à la liberté de circulation, au regard de préoccupations telles que l'environnement, la santé ou la protection des consommateurs. Depuis l'Acte unique, on a assisté à un renforcement constant des bases juridiques de la politique européenne en matière de santé, face aux préoccupations des citoyens de plus en plus fortes dans ce domaine, ainsi que dans la perspective de donner une dimension plus sociale à la construction européenne par l'intermédiaire de la santé. Regardons de plus près l'évolution chronologique de la place de la santé dans les traités européens.

Au niveau de la protection de la santé, un élan important a été donné par l'Acte unique européen, qui a introduit un article spécifique, l'article 129, concernant la santé publique dans le traité instituant la Communauté européenne qui dispose que « *Les directives européennes doivent permettre d'assurer un haut niveau de protection de la santé* ». La politique sociale était déjà régie par le traité de Rome, mais l'Acte unique a introduit deux nouveaux articles dans ce domaine : « *L'article 118A du traité CEE autorise le Conseil, statuant à la majorité qualifiée dans le cadre de la procédure de coopération, à prendre des prescriptions minimales pour promouvoir "l'amélioration du milieu du travail, pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs". L'article 118B du traité CEE attribue à la Commission la tâche de développer le dialogue social au niveau européen* »<sup>8</sup>.

La charte Communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs de 1989 mentionne dans son article 35 « *l'accès à la prévention et aux soins curatifs* » ainsi qu'« *un haut niveau de protection de la santé pour les politiques de l'Union* ». Le droit à la santé n'est encore mentionné que par le biais du droit à des conditions de santé acceptables, mais l'évolution qui s'esquisse se concrétise grâce au traité de Maastricht de 1992.

En effet, le traité de Maastricht a ajouté la santé publique aux compétences officielles de l'UE (compétence partagée avec les Etats membres selon le principe de subsidiarité). Le traité justifiait cette entrée de la santé au niveau européen par la nécessité pour la Communauté européenne d'assurer au maximum la protection de la santé humaine grâce à une coopération optimale entre les Etats membres avec l'appui de la Communauté européenne si nécessaire. L'action de celle-ci portait alors sur la prévention des maladies (recherche et transmission d'informations) et l'éducation en matière de santé.<sup>9</sup>

Une autre étape importante fut franchie cinq ans plus tard, avec l'entrée en vigueur du traité d'Amsterdam (1997), qui, dans son article 152, instaure un programme de santé publique de 2003 à 2007, construit et cohérent. Ce programme pluriannuel sera ensuite repris et adapté tous les cinq ans<sup>10</sup>. Le traité d'Amsterdam visait à mieux appréhender la situation en modifiant la rédaction de l'article 152 du traité instituant la Communauté européenne<sup>11</sup>. La Communauté pouvait dès lors adopter des mesures en vue d'assurer, et non plus seulement d'y contribuer, un niveau élevé de protection de la santé humaine.

8 Sur l'Acte unique européen : Site du Parlement européen, Rubrique « Synthèse de la législation de l'UE, Affaires institutionnelles, La construction européenne à travers les traités » : [http://europa.eu/legislation\\_summaries/institutional\\_affairs/treaties/treaties\\_singleact\\_fr.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/treaties_singleact_fr.htm)

9 Documents du Parlement européen, fiche technique 4.10.3 : « Santé publique » : [http://www.europarl.europa.eu/factsheets/4\\_10\\_3\\_fr.htm](http://www.europarl.europa.eu/factsheets/4_10_3_fr.htm)

10 La documentation française, « *Union Européenne, Quelle politique de santé ?* », 2007.

11 Ex-article 129 TCE.

Le nouvel article 152<sup>12</sup> s'est vu attribuer une portée plus large qu'auparavant. Dans les domaines de coopération entre les Etats, le nouvel article mentionnait non seulement les maladies et les grands fléaux mais aussi toutes les causes de danger pour la santé humaine, ainsi que l'objectif général d'amélioration de la santé.<sup>13</sup>

Le Conseil obtint également le droit d'adopter 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. Le Parlement put aussi participer à l'élaboration de mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique grâce à la procédure de codécision, élément neuf pour cette institution qui ne disposait que d'un droit de consultation pour l'adoption de mesures de santé liées à l'agriculture.<sup>14</sup>

La santé publique est aujourd'hui régie par l'article 168 du traité de Lisbonne (2009). La Commission européenne a présenté une « *approche stratégique pour la politique européenne de la santé pour la période 2008-2013* », en vigueur actuellement, et le futur programme « La santé en faveur de la croissance » qui couvre la période 2014-2020.

L'article 152, aujourd'hui repris textuellement par l'article 168 du traité de Lisbonne, modifie sensiblement le champ d'application des compétences communautaires en matière de santé. En effet, il ajoute « la prévention des maladies » comme compétence de l'Union européenne, permettant ainsi aux instances communautaires de réfléchir à de vrais programmes de prévention européens de lutte contre les drogues, les maladies dues à de mauvaises habitudes de vie, et le dépistage de maladies chroniques (diabète, cancers) ou de maladies infectieuses telles que le SIDA ou l'hépatite. Le texte ajoute également « *la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci* » et prône ainsi une surveillance accrue aux frontières en termes de santé.

Egalement, l'article ajoute que l'Union peut prendre toute disposition utile pour promouvoir la coordination des actions entre les Etats membres, et 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* ». C'est une mise en avant des compétences de coordination et d'échanges entre les pays qui est consacrée ici. L'UE ne pouvant pas intervenir de manière intrusive dans les systèmes de santé et de protection sociale des Etats membres, au demeurant très hétérogènes et culturellement attachés à l'histoire de chaque pays, elle va pouvoir apporter une certaine cohérence à cet ensemble et permettre à des systèmes très différents d'échanger et de s'imprégner des meilleures pratiques de chacun.

Enfin, la dernière phrase de l'article consacre le rôle du Parlement, qui se doit d'être informé de toutes les initiatives de la Commission en matière de santé.

12 *Idem.*

13 Site Europa du Parlement européen, Rubrique « *Synthèse de la législation de l'UE, Affaires institutionnelles, La construction européenne à travers les traités, le traité d'Amsterdam: mode d'emploi* »: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/institutional\\_affairs/treaties/amsterdam\\_treaty/a16000\\_fr.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/amsterdam_treaty/a16000_fr.htm)

14 *Idem*

## Article 152 du traité d'Amsterdam (1997), ex-article 129 de l'Acte Unique Européen (1986)

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 la Communauté. L'action de la Communauté, 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 humaine.*

*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. La Communauté 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. *La Communauté encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action.*

*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.*

3. *La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique [...]*

## Article 168 du traité de Lisbonne (2009)

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 [...]*

## 3.2. Le rôle de la Cour de Justice

Les services de santé et les systèmes de sécurité sociale se trouvent au cœur d'un délicat exercice consistant à rechercher le juste équilibre entre l'économique et le social ou, pour citer Jacques Delors, entre « *la concurrence qui stimule [...] et la solidarité qui unit* ». Pour le dire autrement, le défi auquel est confronté le droit de l'Union dans son appréhension des systèmes nationaux de soins de santé et de sécurité sociale est de concilier, d'une part, les règles du traité, notamment celles consacrées au Marché intérieur, aux libertés fondamentales (libre circulation des personnes, des marchandises, des services et des capitaux) et au droit de la concurrence, et, d'autre part, la volonté naturelle des Etats membres de maintenir en faveur de leurs ressortissants des structures sociales financièrement viables, accessibles à tous et organisées rationnellement de manière à pouvoir constamment garantir une offre de soins variés et de qualité.<sup>15</sup>

La jurisprudence de la Cour de justice de l'Union (CJUE) a, dans de nombreux domaines, permis d'étendre l'impact du droit européen dans un domaine réservé aux Etats membres. Parmi les exemples les plus significatifs, citons le domaine des soins transfrontaliers qui a dû composer avec la libre circulation des personnes, puisque cette jurisprudence a incontestablement permis de sensibiliser des Etats membres à l'importance que le niveau européen accordait aux questions de santé et aux performances des Etats en la matière.

En effet, si l'UE s'était limitée jusqu'à cet arrêt à édicter des règles de coordination des systèmes de santé<sup>16</sup>, cette jurisprudence applique aux prestations de santé les règles communautaires issues du principe de libre circulation des biens et des services. Sur cette base, les régimes nationaux d'autorisation préalable, pour bénéficier de soins ou obtenir des produits dans un autre Etat de l'Union européenne, sont analysés comme des entraves à cette libre circulation, sauf restriction justifiée par des impératifs d'intérêt général. En d'autres termes, un Etat ne peut pas soumettre des soins ou l'obtention de produits de santé à une autorisation préalable sous peine d'entraver la liberté de circulation de marchandises prônée par l'UE, à moins que cette autorisation préalable ne se justifie par des raisons valables juridiquement, telles que l'équilibre du système de sécurité sociale, l'organisation du service médical et hospitalier, ou encore le niveau de protection de la santé (arrêts Smits et Peerbooms<sup>17</sup>).

Cette jurisprudence et les arrêts ultérieurs qu'elle a entraînés ont un impact sur la mise en œuvre des régimes de couverture sociale transfrontaliers. En effet, au-delà des régimes spécifiques existants pour les travailleurs frontaliers (accès aux soins dans le pays d'emploi) et des initiatives très localisées de coordination comme Transcards<sup>18</sup>, les bassins de vie transfrontaliers sont les premiers concernés par cette jurisprudence qui ouvre un libre choix du lieu de soin aux patients. Actuellement, les Etats européens, s'ils conservent la liberté de définir les règles afférentes à leurs régimes de sécurité sociale, doivent désormais se conformer au droit communautaire.

---

15 Koen LENAERTS, Juge à la Cour de justice de l'Union européenne, Professeur de droit européen à la KU Leuven, « *Droit de l'Union et soins de santé, les grandes lignes de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne* », MC-Informations 240, Juin 2010, p.14.

16 Cf. formulaires E111 et E112.

17 Affaire C157/99, SMITS contre STICHTING ZIEKENFONDS VGZ et PEERBOOMS contre STICHTING CZ GROEP ZORGVERZEKERINGEN, 12 juillet 2001. Pour en savoir plus : <http://www.cleiss.fr/docs/jurisprudence/c157-99.html>

18 L'objectif est de simplifier les procédures administratives d'accès aux soins de santé générées par les flux transfrontaliers de patients en utilisant la technologie des réseaux télématiques et des cartes (carte SIS en Belgique et Vitale en France), voir : [http://www.espacestransfrontaliers.org/affiche\\_projet.php?affiche=projet/proj\\_transcards.html](http://www.espacestransfrontaliers.org/affiche_projet.php?affiche=projet/proj_transcards.html)

## Les principaux arrêts de la Cour de justice<sup>19</sup>

Les arrêts **Kohll** et **Decker** (28 avril 1998) concernent deux assurés luxembourgeois qui se sont vu refuser, par leur caisse d'assurance maladie, le remboursement de prestations de soin de santé effectuées à l'étranger (achat de lunettes en Belgique pour M. Kohll, traitement d'orthodontie en Allemagne pour M. Decker) sans autorisation préalable. La Cour, reconnaissant que les prestations médicales doivent être considérées comme des prestations de services et en conséquence soumises aux règles de libre circulation dans le Marché intérieur, a considéré que le fait même de subordonner le remboursement de soins ou de produits de santé à l'obtention d'une autorisation préalable constituait une entrave injustifiable à la liberté de circulation des marchandises et des services.

Les arrêts **Smits** et **Peerbooms** (12 juillet 2001) confirment la jurisprudence précédente et l'étendent aux soins hospitaliers. Dans ces affaires, l'assurance maladie néerlandaise a refusé de rembourser les frais hospitaliers engagés dans un autre État membre, faisant valoir l'absence de raison médicale pouvant justifier un tel traitement à l'étranger. La Cour a considéré qu'un système d'autorisation préalable constituait un obstacle à la libre prestation des services médicaux hospitaliers, mais que le maintien de l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale et d'un service hospitalier accessible constituait des raisons suffisantes pour justifier une telle restriction.

L'arrêt **Van Braeckel** (12 juillet 2001), qui concerne une assurée sociale belge, porte sur le montant des remboursements. La Cour a estimé que, pour une intervention réalisée à l'étranger, le remboursement devait être au moins aussi favorable à celui qui aurait été accordé si l'assuré avait été hospitalisé dans son Etat d'affiliation. En conséquence, un assuré qui a bénéficié d'une prise en charge, au titre du règlement 1408/71, peut solliciter un « complément différentiel » auprès de son organisme d'assurance sociale si la prise en charge dans le cadre national était plus élevée.

Les arrêts **Müller-Fauré** et **Van Riet** (13 mai 2003) ont trait à deux assurés sociaux néerlandais qui ont bénéficié de soins dans un autre Etat membre sans autorisation préalable de leur caisse d'affiliation. Dans un cas, il s'agissait de soins dentaires ; dans l'autre, de soins hospitaliers. Dans les deux cas, le remboursement leur a été refusé au motif que les soins médicaux nécessaires et adéquats pouvaient être obtenus aux Pays-Bas dans un délai raisonnable. Dans cet arrêt, la Cour a distingué les soins non hospitaliers - pour lesquels l'autorisation préalable n'est pas justifiée - des soins hospitaliers - pour lesquels une autorisation préalable peut être justifiée dès lors qu'elle est proportionnée et non arbitraire.

L'arrêt **Watts** (16 mai 2006) concerne une patiente britannique qui s'est fait poser, à ses frais, une prothèse de la hanche à Abbeville alors que la caisse d'assurance maladie avait refusé de lui accorder une autorisation préalable à ce titre au motif qu'un traitement adapté pouvait lui être dispensé en temps opportun par le National Health Service (NHS). La patiente a demandé le remboursement des soins pratiqués en France, qui lui a été refusé. La Cour a considéré d'une part que le NHS, quelle que soit sa spécificité, n'échappait pas au champ d'application de la jurisprudence sur la libre prestation de services, et d'autre part, que pour être en droit de refuser une autorisation préalable en se fondant sur un délai d'attente, ce délai d'attente se devait d'être acceptable au vu de l'état clinique de l'intéressé.

19 Arrêts commentés sur le site du sénat français : <http://www.senat.fr/rap/r06-186/r06-1862.html>

## 4. LA PLACE ACTUELLE DE LA SANTÉ DANS LES STRATÉGIES EUROPÉENNES : LE RENFORCEMENT DU RÔLE DE L'UNION

L'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne dispose « 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 ». La santé publique est un domaine de compétences « partagées » entre l'Union européenne et ses Etats membres qui se sont étendues à mesure que la liberté de circulation des personnes et des biens s'est accrue. L'intervention de l'UE en matière de politique de santé publique s'est développée dans un certain nombre de domaines, à travers des mesures législatives et des programmes d'actions.

### 4.1. Les programmes pluriannuels : l'application de la méthode ouverte de coordination

Concrètement,

*« la méthode ouverte de coordination en matière de protection et d'inclusion sociales permet à l'Union européenne de fournir un cadre pour l'élaboration de stratégies nationales et pour la coordination des politiques entre les pays de l'UE dans les domaines de la pauvreté et de l'exclusion sociale, des soins de santé, des soins de longue durée et des retraites. La méthode ouverte de coordination est un processus volontaire de coopération politique fondé sur l'établissement d'objectifs et d'indicateurs communs destinés à mesurer la progression vers ces objectifs. (...) La méthode ouverte de coordination vise également à mettre en place un apprentissage mutuel en ce qui concerne l'examen approfondi des politiques, programmes et dispositifs institutionnels présentés comme constituant de "bonnes pratiques" dans les rapports nationaux. L'un des outils les plus importants à cet égard est l'examen par les pairs, qui favorise la diffusion des bonnes pratiques entre les États membres par l'évaluation de l'efficacité des principales politiques ou institutions ».*<sup>20</sup>

La Commission encourage l'utilisation de la MOC dans le domaine de la santé, ainsi que la coordination des politiques régionales, toujours dans une logique collaborative avec les parties concernées, les autorités locales et nationales et les professionnels de la santé. Cependant, ce procédé de co-construction des politiques de santé est le fruit d'un long processus.

En juin 2001, le Conseil européen de Göteborg, dans sa réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour relever les défis d'une société vieillissante, a demandé au Conseil, sur la base de la MOC, d'élaborer un rapport préliminaire présenté au Conseil européen du printemps 2002 sur les orientations à adopter dans le domaine des soins de santé et des soins pour les personnes âgées. Ce rapport reposait sur une

20 Site de la DG Emploi, affaires sociales et inclusion, « Protection sociale et inclusion sociale – Cadre politique », <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=753&langId=fr>

Communication de la Commission de décembre 2001<sup>21</sup>, qui examinait les tendances démographiques, technologiques et financières qui représentent des défis pour notre capacité future à garantir des niveaux élevés de protection sociale dans ce domaine. La Communication conclut que les systèmes de soins de santé et de soins de longue durée de l'UE sont confrontés au défi consistant de pouvoir garantir simultanément la réalisation des trois objectifs suivants :

- l'accès pour tous à la santé, indépendamment des revenus et de la richesse ;
- un niveau élevé de qualité des soins ;
- la viabilité financière des systèmes de soins.

La consécration de la MOC dans le domaine de la santé a eu lieu notamment par le biais d'une Communication de la Commission du 20 avril 2004 intitulée : « *Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables : un appui aux stratégies nationales par la "méthode ouverte de coordination"* »<sup>22</sup>. Cette Communication propose d'étendre la « méthode ouverte de coordination » au secteur de la santé et des soins de longue durée. Ceci permettra d'établir un cadre favorisant l'échange d'expériences et de meilleures pratiques en appuyant ainsi les Etats membres dans leurs efforts de réforme des soins de santé et des soins de longue durée.

En effet, dans sa Communication, la Commission rappelle qu'il est nécessaire de :

*« [...] renforcer la coordination des politiques nationales afin de soutenir les efforts de modernisation et de développement des systèmes de soins de santé, et encourage une stratégie globale qui comprendrait les trois autres domaines de la protection social: retraites, inclusion sociale et salaires. Ces domaines font l'objet d'une coordination renforcée depuis 2000 ». Elle ajoute ainsi : « Dans ce contexte, la « méthode ouverte de coordination » sera un outil clé, car il est respectueux de la diversité des situations nationales en matière de soins de santé, contribue à l'implication des nombreux acteurs de ce secteur et favorise une approche globale et intégrée des problèmes rencontrés aujourd'hui par les différents systèmes en établissant un lien étroit avec les instruments et les politiques concernés par le domaine.*

*Sur la base de ces orientations, la Commission propose des objectifs destinés à soutenir le développement des systèmes dans l'UE, à savoir :*

- *assurer l'accès aux soins : universalité, équité et solidarité ;*
- *promouvoir la qualité des soins ;*
- *garantir la viabilité financière de soins accessibles et de qualité »*<sup>23</sup>.

21 Communication de la Commission européenne, « *L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées : garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière* », COM (2001) 723, final.

22 Communication de la Commission européenne, « *Moderniser la protection sociale pour le développement des soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables : un appui aux stratégies nationales par la méthode ouverte de coordination* », COM(2004)304 final - Non publié au Journal officiel.

23 Communication de la Commission européenne, « *Moderniser la protection sociale pour le développement des soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables : un appui aux stratégies nationales par la méthode ouverte de coordination* », COM(2004) 304 final - Non publié au Journal officiel.

L'accord des Etats membres sur des « objectifs communs » en matière de santé en 2004<sup>24</sup> et la remise en mars 2005, de « rapports préliminaires » qui présentent les défis auxquels leurs systèmes sont confrontés au niveau national, les réformes en cours et les orientations politiques de moyen terme sont autant d'exemples de MOC sociale. Ces rapports comprennent des données statistiques et, le cas échéant, des objectifs chiffrés. Ils font ensuite l'objet d'une analyse par la Commission, afin de prendre en compte l'avis et la contribution des Etats membres au moment de la fixation des « objectifs communs » du processus de protection sociale « rationalisée ».

En juillet 2008, la Commission européenne a proposé de renforcer la MOC dans le domaine social, afin de permettre à l'Union européenne d'obtenir de meilleurs résultats sur la période 2008-2010 et d'ouvrir la voie à la mise en place d'un cadre solide pour l'après 2010<sup>25</sup>.

La Communication adoptée par la Commission européenne identifie quatre priorités :

- accroître l'engagement politique et la visibilité ;
- renforcer l'interaction positive avec les autres politiques communautaires ;
- renforcer les outils analytiques ;
- améliorer l'appropriation, au travers de l'évaluation par les pairs de l'apprentissage mutuel et de la participation de tous les acteurs.

Un des exemples de MOC les plus récents demeure le « Ehealth Action Plan 2012-2020 »<sup>26</sup>: cette action a permis une consultation pendant un an de toutes les parties prenantes sur les nouveaux enjeux de la télésanté et les écueils à éviter dans son développement. Le rapport final de cette consultation a été publié en 2012 et est présenté comme le fruit d'un consensus de toutes les parties prenantes et les acteurs de santé : elle dégage de nouvelles pratiques et met en lumière les nouvelles priorités en matière de télésanté jusqu'en 2020, tout en présentant clairement les disparités nationales existantes.

---

24 Conseil des ministres, « *Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique* », CM(2004)63, 14 avril 2004.

25 Communication de la Commission, « *Un engagement renouvelé en faveur de l'Europe sociale: renforcement de la méthode ouverte de coordination pour la protection sociale et l'inclusion sociale* », COM(2008) 418 final.

26 Voir plus loin. Pour plus d'informations : European Commission, « *Report on the public consultation on eHealth Action Plan 2012-2020* », [http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/health/docs/policy/ehap2012public-consult-report.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/policy/ehap2012public-consult-report.pdf)

## 4.2. La promotion d'une co-construction avec les Etats membres : entre principe de subsidiarité et benchmarking<sup>27</sup>

La DG SANCO (Direction Générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne) définit de la manière suivante la mission européenne en matière de santé :

*« Conjointement avec les Etats membre, l'Union européenne vise à promouvoir et à protéger la santé de ses citoyens.*

*L'UE a pour mission de compléter les actions nationales en matière de santé. Cette tâche consiste principalement à :*

- *protéger les citoyens contre les maladies et autres menaces pour la santé ;*
- *promouvoir des modes de vie sains ;*
- *aider les autorités nationales au sein de l'UE à coopérer sur les questions de santé. »<sup>28</sup>*

L'action de l'Union est donc une action complétive, qui ne se substitue pas à celle des Etats membres mais vient apporter davantage de coordination et de cohérence à ces dernières. Le principe de subsidiarité, rappelé dans le Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne dans son article 168 dispose que « *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 Etats membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux* ». En effet, dans chaque Etat membre existent déjà de nombreuses structures de prévention et de gestions des soins. En créer au niveau européen aurait donc un double emploi inutile et inopérant. Cependant, certaines problématiques de santé nécessitent une coopération entre les Etats, que l'Union européenne tend à coordonner.

En outre, la situation sanitaire dans les différents pays de l'Union est très hétérogène et les écarts en termes d'accès à la santé et de qualité de soins sont très importants. La réduction de ces écarts est de ce fait, l'un des objectifs fondamentaux de la politique européenne de santé.

Depuis 2003 sont adoptées des stratégies pluriannuelles en matière de santé qui guident les actions de l'Union en dégagant les priorités en matière de santé pour les années à venir. Ces stratégies sont élaborées par les autorités communautaires, qui y associent les acteurs étatiques et les représentants de la société civile. Cela a donné lieu à diverses recommandations sur la manière de promouvoir la santé au sein de la Stratégie EU2020<sup>29</sup>.

Sur le rôle de promotion des bonnes pratiques et du benchmarking entre les Etats membres, la volonté des institutions de promouvoir ces actions a été renforcée, puisque désormais le traité de Lisbonne dispose dans son article 168 évoqué précédemment : « *La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination, notamment des*

27 Le benchmarking peut se définir comme la recherche de bonnes pratiques permettant une meilleure efficacité dans l'atteinte des objectifs.

28 Site de la DG SANCO : [http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_fr.htm)

29 Recommandations du forum de la santé : « *Call for Action, Together for Health – Europe 2020 and beyond, What we can do together* » : [http://ec.europa.eu/health/interest\\_groups/docs/open2010\\_resolution.pdf](http://ec.europa.eu/health/interest_groups/docs/open2010_resolution.pdf)

*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 ».*

Les institutions européennes voient donc leur rôle de coordinateur d'échange de bonnes pratiques renforcé et entériné dans le traité de Lisbonne. La santé étant un des domaines sociaux les plus complexes et hétérogènes selon les pays, l'Union a rapidement compris que l'ingérence dans les systèmes nationaux serait controversée et peu efficace. Celle-ci a donc beaucoup plus intérêt à promouvoir les échanges entre les pays, à gérer les projets transfrontaliers et à apporter son soutien à la co-construction des Etats membres.

Cependant, la frontière est mince entre le soutien et l'ingérence, et les prérogatives de l'Union en matière de santé n'ont cessé de croître. Le traité de Lisbonne ajoute la prévention des maladies ainsi que la lutte et la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé aux prérogatives communautaires. Ces ajouts sont un signe de plus d'une prise en compte de la dimension sociale par l'Union, prônée depuis de nombreuses années par les défenseurs de la construction communautaire. Mais l'expression « *menaces graves pour la santé* » reste très vague, et son interprétation large par l'Union pourrait augmenter considérablement ses prérogatives, sur des sujets encore aujourd'hui très nationaux, tels que la gestion des épidémies.

## 5. CONCLUSION

D'une évocation discrète dans les traités, la santé occupe aujourd'hui une place de premier plan dans les politiques européennes, et ses grands principes imprègnent toutes les politiques actuelles. Aujourd'hui, face au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, à l'ampleur des épidémies et aux inégalités de santé croissantes en Europe, la santé est plus que jamais un enjeu crucial dans l'avenir des politiques européennes.

## 6. BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

### Etudes et publications

- Arnaud Senn, « *La Politique de santé de l'Union Européenne* », Policy Paper de la fondation Robert Schuman, Question d'Europe n°25, 18 avril 2006.
- Enquête Eurofound, « *Deuxième enquête sur la qualité de vie en Europe* », Fondation européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, Publications Europa, 2008.
- European Observatory on health systems and policies, « *Health in the European Union, trends and analysis* », Observatory Studies n°19, 2009.
- Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, « *Les inégalités sociales de santé* », Cahier de la santé n°40, Avril 2007.
- Koen Lenaerts, « *Droit de l'Union et soins de santé, les grandes lignes de la jurisprudence de la*

*Cour de Justice de l'Union européenne* », MC-Information 240, Juin 2010.

- Marmot Review Team, « *Interim second report on the social determinants of health and the health divide in the WHO European Region* », Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2011.
- Noëlle Burgi, « *Enjeux d'une sécurité sociale universelle* », in *Le modèle mutualiste au défi de l'Europe*, Le Monde Diplomatique, Mars 2011.

### Documents officiels des institutions européennes

- Avis du Comité des Régions, « *La santé en faveur de la croissance – Troisième programme d'action pluriannuel de l'union pour la période 2014-2020* », 2012/C 225/18.
- Communication de la Commission, « *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne* », COM (2009) 567 final.
- Communication de la Commission, « *Un engagement renouvelé en faveur de l'Europe sociale : renforcement de la méthode ouverte de coordination pour la protection sociale et l'inclusion sociale* », COM(2008) 418 final.
- Livre Blanc, « *Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013* », COM(2007) 630 final.
- Travaux du Parlement européen, direction générale des politiques internes, département thématique A : politiques économiques et scientifiques, emploi et affaires sociales, « *Le rôle des sociétés mutuelles au XXIème siècle* », IP/A/EMPL/ST/2010-004, Juillet 2011.

### Sites internet

- Commission européenne, DG Emploi, affaires sociales et inclusion, <http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=fr>
- Commission européenne, DG SANCO, [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_fr.htm)
- Commission européenne, European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>
- Commission européenne, Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
- Commission européenne, Santé-UE, [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_fr.htm)
- Parlement européen, Commission Environnement, santé publique et sécurité alimentaire, <http://www.europarl.europa.eu/committees/fr/envi/home.html>

## **PARTIE II : QUELS DÉFIS POUR LA SANTÉ EN EUROPE ?**

# 1. INTRODUCTION

Les politiques européennes de santé sont aujourd'hui confrontées à de nouveaux défis : l'hétérogénéité des systèmes de protection sociale, l'augmentation des inégalités d'accès aux soins ou encore le vieillissement de la population. Face à ces défis, de nombreuses solutions existent mais supposent de repenser l'approche actuelle de la santé en Europe. Viser le « mieux-être » pour tous impose de sortir des logiques marchandes actuelles et de concevoir la santé de manière plus équitable, en favorisant les acteurs de l'économie sociale et solidaire et en expérimentant de nouvelles solutions face à l'augmentation croissante des inégalités de santé, dans la perspective d'une santé intelligente, durable, inclusive et solidaire.

C'est pourquoi, nous avons choisi de présenter cinq enjeux importants en matière de santé que l'Union européenne (UE) et ses Etats membres devront à l'avenir résolument prendre en compte et à propos desquels ils devront toujours plus collaborer pour co-construire des réponses innovantes. Les questions socio-sanitaires dépassent en effet depuis longtemps les frontières nationales et occupent de plus en plus l'avant de la scène européenne. Ces cinq défis que les politiques communautaires de santé devront relever sont : la nécessité d'une santé durable, l'égalité dans l'accès aux soins, l'égalité hommes-femmes, l'élaboration de réponses novatrices au vieillissement de la population, et l'inclusion de nouvelles technologies dans les soins de santé et les services à la personne.

Dans tous ces points, nous avons fait le constat du rôle prépondérant des acteurs économiques privés, et tout particulièrement des mutuelles, entreprises sociales porteuses d'innovations sociales. Nous avons donc centré notre regard de manière récurrente sur ces parties prenantes importantes qui façonneront aussi les systèmes de santé de demain.

## 2. UNE POLITIQUE DE SANTÉ DURABLE<sup>30</sup>

La santé durable est un concept nouveau qui associe le concept de santé à celui de développement durable et de justice sociale et économique. Au-delà des caractéristiques physiques et physiologiques de chaque individu, la santé est intrinsèquement liée à des facteurs sociaux, économiques, environnementaux. Elle nécessite un environnement social et écologique viable. Le Sommet de Rio, en 1992, avait fortement mis l'accent sur la place de la santé dans le développement durable, au même titre que la lutte contre la pauvreté, lui consacrant une longue réflexion dans le chapitre 6 d'Action 21 (agenda de la conférence), et rappelant que la santé et le développement sont étroitement liés. Le premier article de la Déclaration de Rio affirme d'ailleurs que « *les êtres humains sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature* ». Ainsi, dans le cadre du développement durable, la santé est un objectif, mais également un préalable indispensable.

Le revenu, l'éducation, les conditions de vie et de travail, le comportement en matière de santé et l'accès aux soins sont quelques-uns des principaux facteurs de bonne santé. L'environnement, tout particulièrement, est de plus en plus considéré comme la clé d'une meilleure santé. Certaines pathologies,

---

30 Pour aller plus loin, voir Pour la Solidarité, « Agir pour une santé durable – Priorités et perspectives en Europe », Cahier de la Solidarité, Janvier 2011.

telles que la tuberculose, l'asthme, le saturnisme ou encore les troubles nutritionnels, peuvent être perçus comme le reflet d'un environnement « malsain » : environnement bio-physique (insalubrité du logement, humidité, air ambiant) ; habitudes de vie malsaines (tabagisme, malnutrition, manque d'activité physique), ou encore intégration sociale difficile (isolement, chômage, etc.). Les actions purement thérapeutiques ne suffisent pas pour lutter contre ces facteurs de mauvaise santé. Leur prévention dépasse largement le champ de la médecine.<sup>31</sup>

La santé durable, c'est d'abord agir efficacement sur les déterminants de santé afin de réduire les inégalités de santé en général, telles que les inégalités d'accès aux soins ou les inégalités de genre face à la santé. En cherchant, non plus à guérir, mais à préserver la santé, on se situe au cœur d'une logique de développement durable.<sup>32</sup>

Le thème de la santé durable fait également écho à l'expression de « solidarité durable », dans le sens où il tend à repenser les systèmes nationaux de santé tels qu'ils existent actuellement. En effet, la marchandisation de la santé et le libéralisme de l'économie de santé actuels semblent présager un glissement inquiétant vers une privatisation potentielle des systèmes de protection sociale en Europe. Or, une des raisons de la crise actuelle qui traverse l'Europe est en partie la promotion du « tout économique » par l'économie de marché, au détriment du social. L'application de ce principe, qui a aujourd'hui montré sa dangerosité et ses faiblesses, n'est pas souhaitable dans le secteur de la santé, secteur actuellement au cœur des enjeux des sociétés européennes.

Les systèmes de protection sociale, fruits d'une histoire et de cultures très différentes, sont encore aujourd'hui, et cela est rappelé dans les traités, une prérogative des Etats membres. Or, l'Europe devrait pouvoir utiliser la MOC sociale afin de coordonner des actions qui puissent prendre en compte les disparités dans les systèmes de protection sociale tout en apportant une solution plus globale afin de réduire les inégalités de santé en Europe. Pour cela, l'utilisation croissante du rôle des mutuelles en tant que vecteur économique et social de solidarité, ainsi que le renforcement des parcours de soins individualisés apparaissent plus que souhaitables.

## 2.1.L'évolution des systèmes de protection sociale

Le concept de santé durable ne saurait être pensé sans une réforme globale des systèmes de protection sociale. En effet, ces systèmes, très hétérogènes en Europe, devraient être repensés dans leur dimension solidaire et égalitaire. En effet, les pays d'Europe de l'Ouest sont souvent différenciés des autres pays industrialisés par l'existence de leur « modèle social ». Le modèle social européen repose sur un socle commun érigé au cours des Trente Glorieuses, qui associe recherche du plein emploi, garantie de droits sociaux et du bien-être, relativement déconnecté de la situation sur le marché du travail, et politiques keynésiennes de soutien de la demande. Chaque pays de l'Europe occidentale a cependant élaboré ses propres compromis politiques autour de ce socle commun, et instauré des façons de faire, des institutions de protection sociale particulières. Le modèle social européen est en fait décliné en différentes familles (britannique, nordique, continentale, méditerranéenne, et de l'Europe orientale). Depuis le milieu des années 1970, ce modèle est en crise et fait l'objet de nombreuses réformes.<sup>33</sup>

31 Pour la Solidarité, « Santé et développement durable, quels enjeux prioritaires ? », Mai 2011.

32 *Ibid.*

33 Bruno Palier, « Les évolutions de la protection sociale en Europe », Fondation Jean-Jaurès, N° 13, Août 2005.

La comparaison des réformes menées dans les différents pays d'Europe montre un certain nombre de tendances communes qui semblent imposées par le nouveau contexte global. Les politiques sociales, autrefois conçues dans un contexte keynésien, ont connu au cours des années 1990-2000 une phase de réajustement au nouveau cadre économique, marqué par la domination des politiques néo-classiques centrées sur l'offre et l'orthodoxie budgétaire. A partir de la fin des années 1970, les nouvelles conditions économiques ont transformé les mécanismes de la protection sociale et amené les gouvernements à revoir leur usage des politiques sociales. Deux tendances générales marquent alors l'ensemble des politiques menées dans les différents pays d'Europe : la volonté de limiter les dépenses sociales publiques et de redéfinir la place de l'Etat, et la réorientation des programmes sociaux vers l'emploi.<sup>34</sup>

Toutes ces familles de protection sociale tendent à se fondre dans un modèle libéral où cohabitent un système fortement soutenu par l'Etat — plutôt de type « assistantiel », accordant des prestations à ceux qui en ont besoin — et un système professionnel limité à des services de base. Le débat est engagé partout en Europe sur le caractère solidaire ou individualiste de la protection sociale<sup>35</sup>.

En effet, comme le souligne Noëlle Burgi dans un article pour le Monde Diplomatique :

*« Au nom de la "compétitivité" de l'économie, de la "mobilité", de l'"autonomie" et de la "responsabilité" individuelles, les règles et les valeurs qui fondaient l'Etat social européen font l'objet d'une déconstruction méthodique. Le pacte qui liait, implicitement ou explicitement, les différentes composantes de la société (capital, travail, Etat) est remis en cause, graduellement mais très efficacement. C'est par l'introduction de concepts issus de l'univers des compagnies d'assurances qu'on légitime les "réformes" aux yeux des populations. La notion de risque a ainsi été mobilisée pour redéfinir les droits sociaux et entretenir une confusion entre assurances sociales et privées. Parallèlement, l'idée de solidarité a été réactivée pour suggérer que la révision des droits collectifs était orientée vers un nouvel équilibre respectant toujours la responsabilité de chacun et la protection de tous. »<sup>36</sup>*

---

34 Ibid.

35 Denis Stokkink, « Diversité continentale », in *Le modèle mutualiste au défi de l'Europe*, les dossiers du Monde Diplomatique, Mars 2011.

36 Noëlle Burgi, « Enjeux d'une sécurité sociale universelle », in *Le modèle mutualiste au défi de l'Europe*, le Monde Diplomatique, Mars 2011.

## ***Le débat actuel sur la privatisation potentielle des systèmes de sécurité sociale***

La polémique sur la participation accrue du secteur privé dans la couverture sociale de base, lancée par Médiapart<sup>37</sup>, a éclaté à la faveur d'un texte sur les marchés publics et les contrats de concessions. Dans ces deux propositions de directives, la Commission européenne envisage en effet l'ouverture de la sécurité sociale à la concurrence, par le biais d'appels d'offres qui transformeraient l'actuel système public en un marché d'assurances privées. Ainsi, au même titre que la construction d'écoles, l'achat de matériel hospitalier, ou les transports urbains, la sécurité sociale pourrait donc faire l'objet d'un appel d'offre ou d'une délégation de service public. Seule différence, la Commission n'impose pas le recours à la mise en concurrence. Elle l'évoque comme un moyen de couvrir divers besoins, sans remettre en cause le bien-fondé du modèle public décliné dans différents pays européens, tels que la France, la Belgique, l'Italie ou encore le Royaume-Uni.

Déjà en France en 2010, la taxation des mutuelles de santé, puis en 2011 le déremboursement de toute une série de médicaments ont été autant de signes d'une tentation du gouvernement d'aller pas à pas vers une privatisation de la sécurité sociale.<sup>38</sup>

En effet, l'évocation dans l'annexe 16 de la directive sur les marchés publics proposée par la Commission nomme explicitement la sécurité sociale comme un secteur qui pourrait faire l'objet d'un « avis de marché » et dont les Etats pourraient choisir la privatisation. Cette proposition en l'état soumettrait le système de protection sociale, basé sur la solidarité et la redistribution équitable des richesses, dans le champ du libéralisme et des logiques de marché.

Cependant, cette éventualité, qui n'est encore qu'au stade de la proposition, fait déjà l'objet de nombreux débats et ne semble pas applicable en l'état. Marc Tarabella, rapporteur de la directive s'est opposé à cet ajout dans l'annexe 16. « *Privatiser la sécurité sociale, c'est condamner l'ensemble des mécanismes de solidarité collective dans nos pays. C'est aussi laisser le champ libre aux logiques de capitalisation en lieu et place de la solidarité entre les générations, entre les malades et bien-portants...* » rajoute le chef de la délégation PS au Parlement européen. Egalement, le collectif SSIG qui prône la reconnaissance de la spécificité des services sociaux d'intérêt général en tant que services non économiques, dont fait partie la sécurité sociale, et par conséquent exclus des marchés publics et du droit de la concurrence, se mobilise contre l'entrée en vigueur du texte litigieux<sup>39</sup>.

La conséquence inévitable de la privatisation des systèmes de protection sociale, soumis aux régimes des assurances privées, serait sans nul doute l'augmentation exponentielle des inégalités de santé en Europe. Ainsi, ces textes, toujours en débat et ayant peu de chance d'aboutir sur ce point, doivent tout de même alerter l'opinion sur une éventuelle volonté sous-jacente des décideurs européens de libéraliser des domaines qui touchent au cœur des valeurs sociales de solidarité des Etats membres.

---

37 Médiapart, « *Bruxelles veut ouvrir la Sécurité Sociale au privé* », article du 10 octobre 2012 :

<http://www.mediapart.fr/journal/international/091012/bruxelles-veut-ouvrir-la-securite-sociale-au-privé>

38 Le plus du Nouvel Observateur, « *La privatisation de la sécurité sociale par Bruxelles, pourquoi ce serait un scandale ?* », article mis à jour le 15 octobre 2012.

39 Veille du collectif SSIG, in « *La Commission européenne propose de privatiser la sécurité sociale, analyses et réaction* », Revue internationale de l'économie sociale, article du 17 octobre 2012.

## 2.2. Le rôle indispensable des mutuelles

Les mutuelles se situent au cœur des systèmes de protection sociale, en tant qu'acteurs de santé proposant une alternative directe aux assurances privées. Le mouvement mutualiste se situe, depuis ses prémises, au plus proche du développement durable, notamment par l'absence de but lucratif et par ses objectifs d'équité sociale. En effet, le Code de la Mutualité précise que les mutuelles de santé n'ont pas de but lucratif et ont pour vocation « *la prévoyance, la solidarité, et l'entraide afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique des membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. L'activité des mutuelles se situe donc dans le domaine de la protection sociale exclusivement en ce qui concerne la personne humaine* »<sup>40</sup>.

Les mutuelles sont des acteurs stratégiques de la santé durable parce que vecteurs économiques et sociaux de la solidarité. À l'heure actuelle, on estime que les sociétés mutuelles fournissent des services sociaux et de soins de santé à 230 millions de citoyens européens et qu'elles représentent en tout plus de 180 milliards d'euros de primes d'assurance. Les mutuelles emploient 350000 personnes en Europe<sup>41</sup>. Elles ont une place importante et sont ancrées dans les traditions historiques, économiques et sociales de nombreux Etats européens.

Cependant, le vieillissement de la population européenne et les distorsions démographiques qu'il engendre remettent en question petit à petit la viabilité des systèmes de protection sociale, et les mesures de soutien au régime obligatoire se réduisent comme peau de chagrin. Cette situation risque à terme d'inciter les assurances complémentaires à différencier les aides et tarifs en fonction du risque que présente l'assuré. Les personnes les plus vulnérables, telles que les personnes sans emploi, les personnes âgées et les personnes en mauvaise santé risquent donc de ne plus pouvoir financer correctement leurs soins de santé. Or, ce constat, s'il devait se généraliser en Europe, serait en total désaccord avec les objectifs européens de la stratégie Europe 2020, en faveur d'une croissance intelligente, durable et inclusive.

De plus, les travaux du Parlement européen<sup>42</sup> rappellent que les mutuelles vont, à la suite d'une soumission excessive à un marché très concurrentiel, devoir se comporter en tant qu'opérateur économique à but lucratif pour survivre. Cependant, comme le souligne Jacques Delors : « *Ces nouvelles structures prennent en compte ce que, ni l'économie de marché, ni l'économie publique, n'arrivent à appréhender, tout en proposant des réponses économiques viables et complètes par leurs valeurs d'innovations. Elles doivent avoir toute leur place dans notre société à la recherche d'un monde de développement plus soucieux de l'Homme et plus respectueux de la nature.* »<sup>43</sup>

Malgré ces obstacles, l'avenir des organismes mutualistes est encore très prometteur. En effet, le secteur privé va, à terme, jouer un rôle de plus en plus important au niveau de la protection sociale, et les mutuelles, en tant qu'actrices de l'économie sociale et solidaire, pourraient avoir un rôle fondamental à jouer. Comme le rappelle la direction générale des politiques internes du Parlement européen dans

40 Pour la Solidarité, « *Agir pour une santé durable, priorités et perspectives en Europe* », Cahier de la solidarité n°25, Janvier 2011, p.15.

41 Travaux du Parlement européen, direction générale des politiques internes, département thématique A : politiques économiques et scientifiques, emploi et affaires sociales, « *Le rôle des sociétés mutuelles au XXIème siècle* », IP/A/EMPL/ST/2010-004, Juillet 2011.

42 *Ibid.* pp.10-11.

43 Interview de J. Delors sur le site de l'UNIOPSS « *L'économie sociale et solidaire met en cause l'économie de marché* », 3 mai 2012 :

<http://www.uniopss-presidentielles2012.fr/dernieres-infos/l-economie-sociale-et-solidaire-met-en-cause-l-economie-de-marche.html>

son étude<sup>44</sup> : « *Attachées aux valeurs de la solidarité, de la gouvernance démocratique et de l'absence d'actionnaires, les mutuelles agissent dans l'intérêt de leurs membres et, de par leur nature même, adoptent un comportement socialement responsable* ». Elles doivent, par conséquent, pouvoir conserver leur statut et leurs valeurs face à une économie de marché phagocytaire aux mains des assurances privées. Pour ce faire, les Etats devraient réglementer les marchés des complémentaires de santé, de façon à imposer des portefeuilles à risques sains<sup>45</sup> à tous les opérateurs du secteur, que ce soit les sociétés par actions ou les sociétés mutualistes.

Portées par des valeurs de solidarité, les mutuelles ont aujourd'hui une valeur ajoutée qui leur donne un rôle prépondérant et stratégique au sein de l'économie sociale et solidaire. Elles représentent également un intérêt commercial non négligeable et résistent relativement bien aux crises financières compte tenu de leur non cotation financière en bourse et de leurs capitaux plus sains. Rappelons également que, comme le conclut l'étude du Parlement sur le rôle actuel des sociétés mutualistes : « *des acteurs économiques dont l'organisation est profondément ancrée dans la responsabilité sociale s'avèrent de plus en plus nécessaires pour conserver des systèmes de protection sociale abordables et durables, conformément aux objectifs stratégiques de l'Union européenne* ».<sup>46</sup>

En conclusion, les mutuelles ont un futur rôle clé à jouer dans le secteur de la santé, en y apportant leurs valeurs et leur stabilité, à condition qu'une réglementation du marché aux niveaux nationaux puisse s'opérer. Dans son récent discours du 20 octobre 2012<sup>47</sup>, le président de la Mutualité Française, Etienne Caniard, rappelle la nécessité d'« *une protection sociale et solidaire élargie, articulant régime obligatoire et complémentaire santé tout au long de la vie, dans un cadre cohérent, articulé et organisé [pour] lutter contre une logique concurrentielle de marché qui conduit à sélectionner les populations plutôt que d'organiser les parcours de soins en fixant un cadre réglementaire et législatif* ».

Le président de la Mutualité Française ajoute, en résumant les raisons du rôle indispensable des mutuelles : « *La refondation de systèmes de santé est indispensable [...] afin de concilier qualité et proximité, choix individuels et intérêt général, prévention et santé durable* ».

## **2.3. La prévention comme priorité des stratégies européennes de santé durable**

La prévention, en tant qu'outil de sensibilisation des populations aux comportements à risques, et en tant que facteur d'anticipation des causes à long terme de dégradation de la santé, se situe par essence au cœur des enjeux d'une politique de santé durable. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme : « *L'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective* ». Elle peut être de trois types. La prévention primaire correspond à l'ensemble des mesures destinées à

44 Travaux du Parlement européen, direction générale des politiques internes, département thématique A : politiques économiques et scientifiques, emploi et affaires sociales, « *Le rôle des sociétés mutuelles au XXIème siècle* », IP/A/EMPL/ST/2010-004, Juillet 2011, p.11.

45 Les portefeuilles à risques sains sont l'ensemble des effets de commerce et des titres mobiliers appartenant à une personne ou à une entreprise dépourvue de risques de taux d'intérêt, d'évolution des cours (change, actions) et de risques de contrepartie.

46 Travaux du Parlement européen, direction générale des politiques internes, département thématique A : politiques économiques et scientifiques, emploi et affaires sociales, « *Le rôle des sociétés mutuelles au XXIème siècle* », IP/A/EMPL/ST/2010-004, Juillet 2011, p.11.

47 Interview d'Etienne Caniard : [http://www.dailymotion.com/video/xuh6u1\\_discours-de-cloture-d-etienne-caniard\\_news?start=0](http://www.dailymotion.com/video/xuh6u1_discours-de-cloture-d-etienne-caniard_news?start=0) et sur le site de la mutualité française.

diminuer l'incidence<sup>48</sup> d'une maladie dans une population, comme par exemple la vaccination. La prévention secondaire correspond à l'ensemble des mesures destinées à diminuer la prévalence<sup>49</sup> d'une maladie dans une population, comme par exemple le dépistage d'une maladie. Enfin, la prévention tertiaire correspond à l'ensemble des mesures visant à prévenir les rechutes ou les complications, comme par exemple la programmation de visites régulières dans un centre de désintoxication ou plus généralement chez son médecin traitant.

Or, depuis l'entrée en vigueur du traité de Lisbonne, la prévention en matière de santé publique est une prérogative européenne, comme le rappelle l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne que l'action de l'Union porte, entre autres, sur la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. L'Union a donc un rôle fort à jouer dans la coordination d'actions de prévention qui œuvrent pour des modes de vie plus sains et permettent ainsi de lutter contre les crises sanitaires (la vaccination permettant de diminuer les risques d'épidémies) et les comportements à risques (un mode de vie plus sain diminue les risques de maladies chroniques).

Les pouvoirs publics sont bien sûr concernés par les enjeux en matière de santé durable, en ce que la santé constitue dans tous les pays européens l'une des premières dépenses de l'Etat. Or, face aux discours alarmistes de la « crise » des systèmes de santé, tels que « le trou » de la sécurité sociale en France, la solution d'une réduction de l'offre pour réduire le déficit reviendrait à colmater les brèches ou en ouvrir d'autres ailleurs, parfois abyssales. Pour penser à long terme, c'est au contraire la prévention primaire qui doit être mise sur le devant de la scène. Car c'est une évidence : en termes de coûts aussi, prévenir vaut mieux que guérir. Aujourd'hui, les actions de prévention sont encore le parent pauvre des dépenses de santé. Pourtant, elles sont bien un des moyens principaux pour enrayer l'accroissement permanent, structurel, de ces dépenses. Deux axes principaux attirent alors notre attention :

- Travailler sur les comportements des personnes : prévenir les comportements à risques (tabac, alcool, etc.) et encourager des modes de vie plus sains en utilisant des arguments et incitatifs les plus efficaces ;
- Associer véritablement les politiques de santé et d'environnement. Ne pas le faire, c'est persister à créer de nouvelles maladies : la collaboration entre ces deux domaines doit donc être permanente. En France par exemple, le Comité de la Prévention et de la Précaution (CPP) aurait un rôle de premier plan à jouer, puisque sa mission est d'aiguiller les actions du Ministre chargé de l'environnement. Son rôle purement consultatif n'est pas à la hauteur des enjeux actuels.<sup>50</sup>

Dans cette perspective, Etienne Caniard, dans son discours du 20 octobre 2012<sup>51</sup>, rappelle lors de la conférence annuelle de la Mutualité Française les enjeux des réformes des systèmes de santé qui sont à prendre en compte dans toute l'Europe. En effet, la promotion, la prévention et l'accompagnement des patients, vecteurs de solidarités, doivent être au cœur des réformes des systèmes de santé, afin d'une part de baisser les coûts de la santé en adaptant ces systèmes aux enjeux actuels : le vieillissement de

---

48 L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminées.

49 La prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné, le plus souvent exprimée en pourcentage.

50 Pour la Solidarité, « *Agir pour une santé durable, priorités et perspectives en Europe* », Cahier de la solidarité n°25, Janvier 2011, p.11.

51 Interview en ligne disponible sur : [http://www.dailymotion.com/video/xuh6u1\\_discours-de-cloture-d-etienne-caniard\\_news?start=0](http://www.dailymotion.com/video/xuh6u1_discours-de-cloture-d-etienne-caniard_news?start=0) et sur le site de la mutualité française.

la population, les réalités épidémiologiques et l'augmentation des maladies chroniques.<sup>52</sup> D'autre part, la promotion de la santé, la prévention et l'accompagnement des patients sont des outils efficaces pour combattre le déterminisme social et réduire les inégalités de santé en offrant des parcours de soins individualisés et adaptés aux réalités de chacun, mais aussi en offrant une vision solidaire et équitable des politiques de santé. Elles apparaissent comme une vraie alternative à la santé « en faveur de la croissance » prônée par l'UE, et qui se pose d'emblée comme exclusive envers ceux qui ne peuvent participer à la croissance, ceux qui « coûtent plus qu'ils ne rapportent ».

*La santé durable, en tant que concept novateur devrait pouvoir irriguer les futures politiques européennes et nationales de santé, dans son aspect préventif, en amont du soin et qui vise à limiter les comportements à risques et par là même les dépenses de santé ainsi que dans son approche solidaire de la gestion des soins : un système de protection sociale visant à réduire les inégalités de santé et des complémentaires de soins mutualistes qui offrent une alternative aux logiques de marché en matière de santé prônée par les assurances privées.*

### **3. UNE POLITIQUE D'INCLUSION SOCIALE : LA LUTTE CONTRE L'INÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS**

Les citoyens de l'UE vivent en moyenne plus longtemps et en meilleure santé que les citoyens des générations qui les ont précédés. Depuis quelques décennies, le niveau de santé moyen de la population de l'UE s'est régulièrement amélioré. Cette situation n'empêche toutefois pas l'existence de disparités considérables, et peut-être grandissantes, dans le domaine de la santé entre les Etats membres et au sein de ceux-ci.

Ces inégalités sont un obstacle à la concrétisation de l'engagement de l'UE en faveur de la solidarité, de la cohésion économique et sociale, des droits de l'homme et de l'égalité des chances.

#### **3.1. Les inégalités de santé : le concept**

L'Europe vieillit, ce n'est pas un constat nouveau. L'allongement de l'espérance de vie témoigne de nombreux progrès opérés dans le domaine de la santé publique ces dernières années. Cependant, il est indéniable que ces avancées demeurent ternies par de fortes disparités sociales et spatiales. En effet, dans le domaine de la santé, de grandes différences subsistent entre les pays de l'UE. Par exemple, il existe un écart de 1 à 5 en ce qui concerne la mortalité des enfants de moins d'un an et l'écart atteint 8 ans (pour les femmes) et 14 ans (pour les hommes) en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance. Dans tous les pays, le taux de maladie et l'âge moyen de décès dépendent fortement de facteurs tels que l'emploi, le revenu, le niveau d'éducation et l'origine ethnique.

Les inégalités de santé sont également présentes en matière d'accès aux soins. On peut distinguer trois obstacles principaux à l'accès aux soins<sup>53</sup> : les disparités d'accessibilité géographique, le manque

52 Pour la Solidarité, « Agir pour une santé durable, priorités et perspectives en Europe », Cahier de la solidarité n°25, Janvier 2011, p.11.

53 Pour la Solidarité, « Agir pour une santé durable, priorités et perspectives en Europe », Cahier de la solidarité n°25, Cahier de la solidarité n°25, Janvier

de moyens financiers et l'opacité du système de santé. Une enquête sur la qualité de vie en Europe<sup>54</sup> souligne qu'« un nombre non négligeable d'Européens signale avoir des difficultés à accéder aux services de soins. Par exemple, plus de 25% des gens estiment qu'ils sont trop éloignés de leur médecin ou de l'hôpital, plus de 38% mentionnent des délais trop longs pour obtenir des rendez-vous chez les médecins, et plus de 27% ont des problèmes à assumer les frais de la consultation médicale ».

Le manque d'accès peut être lié à un manque de moyens, tant pour la consultation de spécialistes, la prise en charge des soins, ou encore l'achat de médicaments. En Belgique par exemple, on estime que 60% des personnes en situation de pauvreté ne peuvent intégrer les coûts liés aux soins de santé dans le budget du ménage, et que 17% doivent reporter les soins dont ils ont besoin<sup>55</sup>.

### Quelques chiffres sur les inégalités de santé

Entre les Etats membres de l'UE, il existe un écart d'espérance de vie à la naissance de 13,2 ans pour les hommes et de 8,2 ans pour les femmes, et un taux de mortalité chez les enfants de moins d'un an pouvant être multiplié par cinq.

En 2009, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance en Belgique était supérieure de 2,7 ans à la moyenne européenne pour les hommes et de 1,7 an pour les femmes. La Belgique se situe ainsi parmi les 10 premiers pays de l'Union européenne.<sup>56</sup>

En France, les hommes cadres et appartenant aux professions libérales ont une espérance de vie à 35 ans de 6,5 ans supérieure à celle des ouvriers.<sup>57</sup>

Alors qu'un homme estonien passe 71% de sa vie en bonne santé, un homme danois peut escompter vivre 90% de sa vie en bonne santé.

L'espérance de vie d'un homme de 25 ans sans diplôme est inférieure de 5,5 années à celle d'un homme du même âge titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type long. A 45 ans, la différence entre ces deux catégories passe à 4,4 ans.<sup>58</sup>

Dans l'UE, le nombre d'années de vies perdues à cause des décès pouvant être imputés aux inégalités sociales de santé est d'environ 11,4 millions.

La corrélation entre niveau de santé et conditions socioéconomiques 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 ».<sup>59</sup> Les inégalités sociales de santé apparaissent

---

2011, p.42.

54 Enquête Eurofound, « Deuxième enquête sur la qualité de vie en Europe », Fondation européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, Publications Europa, 2008.

55 Boyser K., « Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers », 2007, in *Inégalités de santé, Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé ?*, MC-Informations, numéro 231, Juillet 2008.

56 Résultats de l'étude sur « l'espérance de vie en bonne santé », Institut scientifique de Santé publique (WIV - ISP).

57 Jouglé E, Rican S, Le Toullec A., « Disparités sociales de mortalité en France », in A Leclerc, D Fassin, H Grandjean et al., « Les inégalités sociales de santé », Paris, Inserm-La Découverte, 2000, pp.147-162.

58 Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, Cahier de la santé n°40, les inégalités sociales de santé, Avril 2007.

59 La définition du concept de gradient social selon l'OMS : « Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé: ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun »,

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, en situation de handicap, 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.<sup>60</sup>

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.<sup>61</sup>

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 sept 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.<sup>62</sup>

#### 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 : 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 moins 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 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.

---

[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts/fr/](http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/)

60 Article sur le site de la Commission européenne, DG Emploi, Inclusion et Affaires sociales, « Un nouveau cadre en faveur de l'inclusion des Roms », 23 juin 2011, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=370&langId=fr&featuresId=132&furtherFeatures=yes>

61 Tableau statistiques Eurostat, « Nombre d'années de vie en bonne santé et espérance de vie à 65 ans, par sexe et par années », 2010 : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=fr&pcode=tsdph220>

62 Annuaire d'Eurostat 2010, « L'Europe en chiffre » : [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants_fr.htm)

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.<sup>63</sup>

## Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé (ISS)<sup>64</sup> renvoient aux différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux. Les ISS concernent toute la population selon un gradient social de santé<sup>65</sup>. Les inégalités sociales de santé sont considérées comme des « différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique ».<sup>66</sup>

Pierre Volovitch explique très clairement dans « La santé de l'Homme » en 2011<sup>67</sup>, comment les inégalités font systèmes et sont interconnectées entre elles. En effet, les inégalités socio-économiques comme géographiques ont un impact certain sur les inégalités sociales de santé.

Une étude réalisée par Emmanuelle Dubois et Florence Jusot sur les liens entre « vulnérabilité sociale et santé » montre clairement les liens entre l'état de santé des personnes d'une part, et les périodes de chômage, les problèmes de logement, l'isolement social présent ou passé de ces personnes, d'autre part. L'étude démontre également la grande complexité pour réduire ces inégalités, à cause de leur interconnexion et de la complexité de leurs liens. Cependant, l'auteur rappelle que l'immobilisme politique face à de tels constats n'est pas la solution : « [...] Nous ne pouvons en tirer la conclusion que l'action n'est pas possible parce que les moyens d'agir ne sont pas simples, mais plutôt retenir l'idée qu'une politique de réduction des inégalités ne peut être sectorielle, qu'elle doit prendre en compte le système des inégalités en menant des politiques globales »<sup>68</sup>.

L'approche transversale de la santé (la santé dans toutes les politiques) menées par l'UE doit donc être poursuivie, et la réduction d'autres inégalités ne pourra avoir que des résultats positifs en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Cependant, quelles seraient les politiques prioritaires à encourager si l'on creuse un peu plus loin ? Une réponse est donnée par le professeur Marmot, professeur de recherche à l'OMS : « Les actions touchant d'autres secteurs que celui de la santé, [...] affectent fréquemment les déterminants sociaux de santé et l'équité en santé. Il s'agit notamment de l'éducation, de l'aide sociale et de l'environnement »<sup>69</sup>. En conséquence, l'auteur prône une coordination de ces politiques par les ministères et agences, nationales et européennes, et un renforcement de celles-ci.

63 Pour la Solidarité, « *Les inégalités de santé en Europe* », Working paper, 2011.

64 Définition de la Banque de données en santé publique pour l'entrée « inéquités » (en santé).

65 Définition selon l'OMS : [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts/fr/](http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/)

66 OCDE, « *Croissance et inégalités. Distribution des revenus et de la pauvreté dans les pays de l'OCDE* », 2008.

67 Pierre Volovitch, « *Pourquoi et comment les inégalités "font système" ?* », La santé de l'Homme, n°414, Juillet-août 2011, p. 9.

68 *Ibid.*

69 Marmot Review Team, « *Interim second report on the social determinants of health and the health divide in the WHO European Region* », Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2011.

## 3.2. La réduction des inégalités de santé au cœur des stratégies communautaires

### Les stratégies institutionnelles

La réduction des inégalités en matière de santé est évoquée assez succinctement dans la stratégie européenne de santé 2008-2013<sup>70</sup>, sous le premier principe « une stratégie fondée sur des valeurs partagées dans le domaine de la santé » qui sont respectivement « l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité »<sup>71</sup>. La Commission y fait le constat d'une inégalité d'accès aux soins au sein des différents Etats membres de l'Union et des régions qui les composent.

Les mesures envisagées par la Commission pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé sont définies dans la Communication intitulée « Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne », publiée le 20 octobre 2009<sup>72</sup>. Dans le prolongement de celle-ci, l'UE entend :

- aider les pays de l'UE et les parties prenantes afin d'identifier ce qui fonctionne le mieux et comment mettre cela en pratique ;
- produire régulièrement des statistiques et des rapports sur la portée de l'inégalité dans l'UE et sur les stratégies pour la réduire ;
- améliorer ses procédures pour évaluer l'impact de ses politiques sur les inégalités de santé et de contribuer à les réduire, si possible ;
- aider les pays à utiliser les fonds de l'UE pour améliorer la santé des plus démunis et réduire les inégalités en matière de santé entre les régions - par exemple, au niveau de l'accès aux établissements de soins primaires, de l'accès à l'eau et de l'assainissement, ou encore au niveau de la rénovation des logements.

L'UE s'efforce de réduire ces inégalités en matière de santé, soit directement par la mise en œuvre de politiques, soit indirectement par l'intermédiaire des autorités nationales et des parties concernées. Ainsi, les Etats membres ont défini des objectifs communs afin de réduire les inégalités d'accès aux soins par le biais de la méthode de coordination (MOC), instrument privilégié des politiques d'inclusion sociale. En effet, « La Commission considère l'ampleur des inégalités de santé [...] comme un obstacle à la concrétisation de l'engagement de l'UE en faveur de la solidarité, de la cohésion économique et sociale, des droits de l'homme et de l'égalité des chances »<sup>73</sup>. Fort de ce constat, elle considère donc que « La lutte contre les inégalités de santé est l'une des priorités de la stratégie de l'UE en matière de santé pour la période 2008-2013, qui érige l'équité en matière de santé au rang de valeur fondamentale »<sup>74</sup>.

70 Livre Blanc, « Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013 », COM(2007) 630 final.

71 Conclusions du Conseil de l'Union européenne, « Les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne », 2006/C 146/01.

72 Communication de la Commission, « Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne », COM (2009) 567 final.

73 Communication de la Commission, « Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne », COM (2009) 567 final, p.2.

74 *Ibid*, p.4.

Le troisième programme d'action pluriannuel de l'Union dans le domaine de la santé pour la période 2014-2020, intitulé « La santé en faveur de la croissance »<sup>75</sup> pose également comme objectif l'accès à des soins de santé de meilleure qualité et plus sûrs pour les citoyens de l'Union. En effet, le Parlement européen et le Conseil des ministres considèrent qu'indépendamment de leurs revenus, de leur statut social, de l'endroit où ils se trouvent et de leur nationalité, l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour tous les citoyens est primordiale pour combattre les inégalités criantes dans le domaine de la santé. Les deux institutions soulignent les disparités géographiques et les inégalités socio-économiques concernant l'accès aux soins et insistent sur l'importance de prendre en compte ces inégalités en s'attaquant aux différents facteurs qui les engendrent ou les accentuent, de manière transversale dans toutes les politiques européennes de santé.

Ce nouveau programme, beaucoup plus centré sur la croissance économique comme remède à la crise, beaucoup moins ambitieux que le précédent en termes d'avancées sociales, maintient néanmoins l'égalité d'accès aux soins comme une priorité. Pour ce faire, il prévoit notamment la mise en place d'un réseau de centres européens de référence spécialisés et accessibles à tous les citoyens, le recensement et l'échange de bonnes pratiques en matière d'accès aux soins de santé ainsi que de nouvelles mesures établissant des normes strictes de sécurité, de qualité et d'efficacité dans les domaines du sang, des organes, des tissus et des cellules, des produits pharmaceutiques et des droits des patients en matière de soins transfrontaliers.

Cependant, de nombreux aspects de ce nouveau programme peuvent laisser pantois, et notamment l'absence de définition de la « croissance », qui est pourtant l'objectif principal de sa réalisation, ainsi que le caractère discriminatoire que le nom donné au programme peut présenter pour les personnes malades et handicapées. En effet, le Comité des Régions rappelle qu'une telle formulation suggère que les personnes en bonne santé sont les seules susceptibles de contribuer à la croissance économique et donc les seules admises dans la logique économique. Le nom « La santé en faveur de la croissance » ne reflète donc pas que ces personnes souffrantes peuvent prendre part à la vie professionnelle dans les mêmes conditions que les autres et sont à même d'apporter une contribution précieuse sur le plan économique, à condition d'être soutenues pour ce faire par des mesures d'accompagnement<sup>76</sup>.

En pratique, les stratégies européennes de réduction des inégalités de santé ont donné lieu à des projets afin de donner une dimension plus concrète aux priorités communautaires en la matière.

### Les projets européens

Malgré le fait que de nombreuses données soient disponibles grâce aux indicateurs de santé, les mécanismes qui produisent ces inégalités demeurent aujourd'hui encore assez mal connus. Les recommandations formulées dans les ouvrages sur la question restent très généralistes et peu étayées par des exemples de bonnes pratiques ou d'interventions s'appuyant sur des mesures d'impact. En effet, l'absence de modèles intégrés et la complexité du phénomène explique ce manque de données concrètes, d'autant plus qu'il est quasiment impossible de mesurer l'efficacité des politiques et des actions conduites au niveau européen. Les actions et stratégies européennes étant faites de manière transversale et sur des territoires aux réalités socio-économiques et géographiques tellement diffé-

75 Troisième programme d'action pluriannuel de l'Union dans le domaine de la santé pour la période 2014-2020, intitulé « La santé en faveur de la croissance », COM(2011) 709 final.

76 En ce sens, voir l'Avis du Comité des Régions – « La santé en faveur de la croissance – troisième programme d'action pluriannuel de l'union pour la période 2014-2020 », 2012/C 225/18.

rentes, elles se prêtent donc très mal aux méthodes classiques de démonstration d'une quelconque efficacité en la matière.

C'est dans ce contexte, que le projet européen « Closing the gap : stratégies d'action pour lutter contre les inégalités de santé en Europe »<sup>77</sup> a vu le jour, en 2004. Plus précisément, le projet visait à développer une vision claire et partagée de ce que recouvrait le principe de réduction des inégalités de santé à travers un dialogue entre l'Union européenne et les différents partenaires nationaux et locaux, dresser une typologie des pays membres de l'Union européenne en fonction de leur engagement dans la lutte contre les inégalités de santé et des moyens mis en œuvre à cette fin, et développer une base de données européennes des bonnes pratiques issues des mesures/interventions locales ayant montré leur capacité à lutter contre les inégalités de santé.

Pour succéder au programme « Closing the gap » (2005-2007), un nouveau projet européen intitulé « Determine »<sup>78</sup> a été mis en place de 2007 à 2010, dans la continuité des travaux engagés, poursuivant les mêmes objectifs. « Equity Action » est l'actuel programme qui couvre la période 2011 à 2014. Le programme met l'accent sur le développement des capacités dans les Etats membres à améliorer le partage de connaissances entre les Etats membres et les autres parties prenantes, soutenir les mesures efficaces de lutte contre les inégalités socio-économiques de santé et développer les connaissances en la matière<sup>79</sup>. Le projet « Crossing bridges » utilise les deux précédents programmes pour mettre en avant et développer les objectifs du programme « Equity Action » dans la mise en œuvre de l'approche transversale (HIAP<sup>80</sup>), afin d'améliorer l'équité en santé dans et entre les Etats membres<sup>81</sup>.

### La Plateforme européenne contre la pauvreté

La Plateforme européenne contre la pauvreté a pour but d'assurer la cohésion économique et sociale avec un objectif : sortir au moins 20 millions d'Européens de la pauvreté d'ici à 2020. La Commission entend contribuer à cet objectif en renforçant les efforts sur la promotion de la santé et de la prévention en mettant l'accent sur la réduction des inégalités de santé.

Cette Plateforme met au point des financements innovants et durables liés à la santé et aux services aux personnes âgées. Elle appuiera également les réponses communautaires aux besoins sociaux tels que les soins pour les personnes âgées, la santé des enfants et des menaces sanitaires mondiales. Le groupe de recherche sur la santé, de l'observatoire sur la situation sociale, financé par la Commission européenne, a produit un rapport sur la santé en Europe<sup>82</sup>. Ce rapport investigate les variations de l'état de santé aussi bien entre les pays européens qu'à l'intérieur de ceux-ci. Il analyse le lien entre les conditions de vie, les facteurs socio-économiques et la santé avec l'objectif de stimuler un débat et une action politique visant à améliorer la santé dans une société plus équitable.

77 « Closing the gap: strategies for actions to tackle health inequalities in the EU », 2004-2007 sur le Portail européen des actions sur les inégalités de santé : [http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/projects/equity\\_action/](http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/projects/equity_action/)

78 Rapport final du Consortium DETERMINE, « L'histoire du projet DETERMINE, mobiliser l'action pour l'équité en santé dans l'Union européenne », 2010.

79 Portail européen des actions sur les inégalités de santé : [http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/projects/equity\\_action/](http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EN/projects/equity_action/)

80 La santé dans toutes les politiques.

81 Plus d'informations sur le site : [www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu)

82 European Observatory on health systems and policies, « Health in the European Union, trends and analysis », Observatory Studies n°19, 2009.

### 3.3. Les enjeux

#### Les années de vie en bonne santé

« Une longévité accrue ne présente guère d'intérêt. L'espérance de santé est plus importante que l'espérance de vie »<sup>83</sup>.

Les logiques de réflexions sur la santé ont beaucoup évolué depuis ces vingt dernières années. Il y a une vingtaine d'années, le principal défi était d'améliorer les progrès en médecine pour allonger l'espérance de vie, le fait de vivre vieux étant le gage d'une bonne santé. Cependant, après que ces avancées eurent engendré des progrès spectaculaires dans l'allongement de la vie, le souci a été et demeure encore aujourd'hui que ces années soient vécues « en bonne santé ». Les propositions sur l'allongement de l'âge de la retraite ont permis ce genre de réflexions, car la première des critiques sur ces mesures a été de rappeler que bon nombre de personnes vivent plus vieilles, mais souffrent de maladies chroniques ou de fatigue physique et intellectuelle, qui ne leur permet pas de profiter de leur retraite comme d'une fin de vie agréable.

Afin de quantifier les avancées en la matière, le nouvel indicateur structurel proposé par l'UE, les Années de Vie en Bonne Santé (HLY pour Healthy Life Years)<sup>84</sup> fait partie de la famille des espérances de santé, et plus précisément des espérances de vie sans incapacité. C'est le nombre d'années que l'on peut espérer vivre en bonne santé ou sans incapacité au sein de l'espérance de vie. Les espérances de santé ont été développées pour répondre à la question : « Vit-on plus longtemps mais aussi plus longtemps en bonne santé ? »

Les espérances de santé permettent d'ajouter une dimension de qualité de vie au nombre d'années vécues. On peut mesurer l'évolution dans le temps mais aussi comparer la situation des pays ou celle de groupes au sein d'une population (selon le sexe par exemple).

**Espérance de vie (EV) et Années de Vie en Bonne Santé (VBS) à la naissance, à 50 et 65 ans dans l'Union européenne (EU25), en 2009, par sexe<sup>85</sup>**

EU25	EV	VBS	Espérance de vie avec limitation d'activité modérée	Espérance de vie avec limitation d'activité sévère	VBS/EV
	(en années)	(en années)	(en années)	(en années)	(en %)
A la naissance					
Hommes	77.1	61.3	10.5	5.3	79.5
Femmes	83	61.9	14.1	7	74.6

83 Dr Hiroshi Nakajima, Directeur-Général, O.M.S 1997.

84 Nouvel indicateur structurel de l'Union européenne : « Les années de vie en bonne santé » : <http://www.healthy-life-years.eu/index.php?c=table1&l=fr&s=hly>

85 Eurostat, « Données statistiques pour les décès et les données de population », <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, Eurostat SILC pour les données sur les limitations d'activité, et EHEMU pour les calculs : [www.ehemu.eu](http://www.ehemu.eu).

Différence	5.9	0.6	3.6	1.7	-4.9
A 50 ans					
Hommes	29.5	17.4	7.7	4.4	59.0
Femmes	34.4	17.7	7.7	4.4	51.5
Différence	4.9	0.3	2.9	1.7	-7.5
A 65 ans					
Hommes	17.6	8.4	5.7	3.5	47.7
Femmes	21.1	8.4	7.7	5	39.8
Différence	3.5	0	2	1.5	-7.9

## Qualité de l'emploi et conditions de travail

La qualité de l'emploi et les conditions de travail sont un des déterminants de santé qui influent sur le mode de vie des personnes et conditionnent le nombre d'années de vie en bonne santé. Les questions liées à l'emploi et l'environnement de travail déterminent en partie l'état de santé des individus. Ainsi, les situations de chômage et d'incertitudes professionnelles augmentent les risques de mauvaise santé mentale, d'exclusion sociale et de suicide. En effet, la qualité de l'emploi et les conditions de travail ont une influence considérable sur la santé.

Un certain nombre d'études<sup>86</sup> donnent à penser que la qualité de l'emploi et les conditions de travail influencent de manière très forte l'état de santé des travailleurs selon différents facteurs tels que le taux de pression physique et de stress, le degré de maîtrise de la vie professionnelle, les possibilités d'acquisition de nouvelles compétences, le niveau de rémunération, les perspectives de promotion ou encore la reconnaissance professionnelle. Tous ces facteurs contribuent au bien-être des travailleurs, et leur absence, combinée à un manque de sécurité professionnelle, augmentent considérablement le risque de dépression, de burn out<sup>87</sup> et de stress au travail.

Comme le souligne Véronique de Keyser dans son livre « Petits crimes sans importance, la flexibilité au travail en Europe », « Les mutations du monde du travail sont plus qu'une équation économique ou un nouveau paysage social. Elles atteignent l'individu au cœur même de structure personnelle. Elles peuvent le pulvériser et l'anéantir »<sup>88</sup>.

La crise économique, la pression fiscale sur la zone euro et les techniques de management d'entreprise qui placent la rentabilité au cœur des rapports professionnels ont créé depuis ces dernières années de nouvelles formes de pathologies, qui pèsent sur notre économie. En effet, comme le souligne le professeur Christophe Dejourns, psychanalyste et directeur de la chaire santé au travail<sup>89</sup>, les dépenses liées au « stress au travail » représentent près de 3% du PIB dans certains pays européens comme la France. Ce mal-être est notamment dû aux techniques managériales déshumanisantes que pratiquent certaines entreprises afin d'augmenter rentabilité et efficacité. Les suicides au travail ou les

86 Par exemple, « *Etude multinationale ESTIME sur le stress au travail et le moral des salariés* », dont les résultats sont disponibles sur : [http://www.estimate-stress.com/php/index.php?doc\\_id=10](http://www.estimate-stress.com/php/index.php?doc_id=10)

87 Syndrome d'épuisement professionnel.

88 Véronique De Keyser, « *Petits crimes sans importances, la flexibilité au travail en Europe* », 2008, p. 25.

89 Pr. Dejourns, « *Un monde "sans fous" ?* », interview pour le site Mediapart : <http://www.mediapart.fr/content/un-monde-sans-fou-entretien-avec-christophe-dejourns>

« burn out » se multiplient depuis ces huit dernières années selon le professeur Dejours, et touchent principalement les cadres, pris en étau entre les logiques d'efficacité économique et de rendement et la souffrance des salariés auxquels ils doivent imposer ces cadences effrénées.

La crise économique actuelle a également de nombreuses répercussions, et notamment sur le mode de vie des Européens. En effet, une conjoncture macroéconomique difficile peut avoir un effet négatif considérable sur la santé. Il en résulte souvent une augmentation du stress et des comportements à risque, comme la consommation d'alcool ou le tabagisme.

Cette situation peut avoir un impact négatif sur la santé et mener à l'apparition de facteurs tels que l'augmentation des cas de dépressions, des troubles du système immunitaire ou des accidents. À leur tour, ces effets peuvent entraîner d'autres conséquences sanitaires et éducatives dans les familles, en particulier pour les enfants. Si elle se prolonge, la crise économique peut donner lieu à des effets négatifs de longue durée sur la santé. Des symptômes d'épuisement professionnel peuvent ainsi se manifester des semaines, des mois, voire des années après un licenciement.

Un autre effet de la crise économique, surtout pour les catégories socio-économiques les plus défavorisées, est l'accès plus restreint à des soins de santé et des services sociaux de qualité. Si l'accès aux soins dépend des moyens financiers ou si les Etats membres, en réaction à la crise, réduisent les ressources allouées aux soins de santé et aux services sociaux, il en résulte une diminution de la couverture ou de la qualité des soins. Les pressions financières sur les systèmes de santé sont un autre facteur susceptible d'accroître l'inégalité dans l'accès aux soins de santé. Ces pressions peuvent en effet inciter les pays à revoir l'affectation de leurs différents moyens d'action en matière de déterminants de la santé, dans un souci de plus grande efficacité et de meilleure rentabilité<sup>90</sup>.

Or, aucune de ces nouvelles réalités ne sont mises en avant et aucune solution concrète n'est avancée dans le nouveau programme stratégique présenté par la Commission européenne, bien au contraire. Le nouveau programme « La santé en faveur de la croissance » envisage la santé comme un vecteur de croissance, et un Européen en bonne santé comme un producteur de richesse. En temps de crise, envisager la relance de la croissance est tout à fait logique, mais la santé ne doit pas être vue uniquement comme cela, car dans cette perspective, beaucoup d'Européens, handicapés, malades, défavorisés, sont d'office exclus de cette croissance, alors même que la santé était présentée quelques années avant comme un vecteur d'inclusion sociale.

---

90 Publication de la Commission européenne, DG Emploi, Inclusion et Affaires sociales, « Réduction des inégalités sociales dans l'Union européenne », Juin 2010, p. 1 : <http://www.politiquessociales.net/IMG/pdf/KE3010290FRC.pdf>

## 4. LES INÉGALITÉS HOMMES-FEMMES

### 4.1. Etat des lieux au niveau mondial

La santé est également liée aux rapports sociaux qui produisent des conditions de vie favorables ou non à la santé. Ceci explique que certaines personnes, certaines catégories sociales, dont les femmes, sont en moins bonne santé que les autres. Alors qu'elles restent souvent celles qui dispensent les soins, elles subissent le plus des atteintes à leur santé. Les rapports sociaux inégalitaires ont de nombreux impacts et produisent des inégalités.

Dans son rapport final, la Commission des déterminants sociaux de la santé consacre son chapitre 13 à l'équité entre les sexes comme une des priorités mondiales en matière de santé<sup>91</sup>. Cette dernière promeut l'égalité de genre dans les politiques de santé par le biais de trois champs d'actions :

- Combattre le sexisme dans les structures de la société, les lois et leur application, dans la manière dont les organisations sont dirigées, les interventions sont conçues et la performance économique d'un pays est mesurée ;
- Elaborer et financer des politiques et des programmes qui comblent les disparités d'éducation et de compétences et qui favorisent la participation économique des femmes ;
- Réaffirmer l'engagement en faveur de l'accès universel à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation.

Il y a déjà plus de dix ans, le rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes<sup>92</sup> montrait que la réduction des budgets et, dans certains cas l'ajustement structurel, contribuent à la détérioration des systèmes de santé publique. À Pékin, ce rapport avait mis en évidence certaines réalités de la santé des femmes dans le monde : la discrimination en matière de nutrition et de santé qui résulte souvent d'une préférence pour la descendance masculine n'est pas sans incidences sur l'état de santé et le bien-être actuel et futur des jeunes femmes. Le VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles, parfois consécutives d'un viol, ont des effets dévastateurs sur la santé des femmes, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes. La violence sexuelle, y compris les sévices physiques et psychologiques, la traite des femmes et des enfants, l'exploitation sexuelle et autres mauvais traitements perdurent. D'autres problèmes de santé touchent de plus en plus les femmes, comme les troubles mentaux liés à la marginalisation, au sentiment d'impuissance et à la précarité, surmenage et stress, l'incidence croissante de la violence dans la famille (femmes battues) et la toxicomanie.

Afin de résoudre ces inégalités sur le territoire européen, les institutions ont décidé d'adopter une approche « genrée » qui veille au respect de l'égalité hommes-femmes dans toutes les politiques, et ont imposé aux Etats membres la prise en compte de cette approche dans leurs politiques nationales.

91 Commission des déterminants sociaux de santé – Rapport Final, « *Comblé le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de santé* », 2009.

92 Rapport de la cinquième conférence mondiale sur les femmes, 4-15 décembre 1995 :

[http://www.francophonie.org/IMG/pdf/Declarato\\_Prog\\_d\\_action\\_4e\\_Conf\\_femmes\\_Pekin\\_1995.pdf](http://www.francophonie.org/IMG/pdf/Declarato_Prog_d_action_4e_Conf_femmes_Pekin_1995.pdf)

## 4.2.L'approche européenne : Le « gender mainstreaming »

### L'application dans les textes

L'égalité entre les femmes et les hommes est l'un des objectifs de l'Union européenne. Avec le temps, la législation, la jurisprudence et les modifications des traités ont aidé à renforcer ce principe et son application dans l'Union.

En effet, l'égalité des hommes et des femmes est un objectif politique clairement affirmé au niveau européen depuis le traité de Rome, et ce par le biais du principe selon lequel les hommes et les femmes doivent recevoir un salaire égal pour un travail égal, disposition garantie par les traités européens. Avec le traité d'Amsterdam, le principe d'égalité hommes-femmes est devenu un objectif et un principe communautaire fondamental. En effet, l'article 2 du Traité CE stipule qu'une des tâches de la Communauté européenne est de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. L'article 3 prévoit que son but doit être d'éliminer les inégalités et de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes dans toutes ses activités. Ces objectifs ont donné lieu à la création d'une approche innovante : le gender mainstreaming.

Ainsi, le traité de Lisbonne renforce le principe d'égalité hommes/femmes en l'incluant dans les valeurs et objectifs de l'Union (articles 2 et 3, paragraphe 3, du TUE) et en intégrant la question du genre dans toutes les politiques de l'UE (article 8 du TFUE).

Selon le Groupe de spécialistes pour une approche intégrée de l'égalité (EG-S-MS) du Conseil de l'Europe, le *gender mainstreaming* est : « la [ré]organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus de prise de décision, aux fins d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines et à tous les niveaux, par les acteurs généralement impliqués dans la mise en place des politiques. »<sup>93</sup>

Le *gender mainstreaming* est d'abord une stratégie transversale, c'est-à-dire une stratégie qui s'applique à tous les domaines politiques (Emploi, Affaires sociales, Finances, Santé, Mobilité, Justice, etc.). Il est aussi une approche systématique qui s'applique à toutes les phases du « cycle politique » (préparation, décision, mise en œuvre, évaluation) mais également une stratégie préventive puisque son objectif est d'éviter que les pouvoirs publics ne mettent en place des politiques qui créent ou accentuent des inégalités entre hommes et femmes.

### Avancées européennes sur l'égalité hommes-femmes en matière de santé

Le Parlement européen et le Conseil européen ont créé en décembre 2006 un Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, dans l'objectif général de contribuer à la promotion de l'égalité entre hommes et femmes et de la renforcer en intégrant la question du genre dans toutes les politiques communautaires et nationales. L'Institut lutte également contre les discriminations fondées sur le sexe et sensibilise à l'égalité entre hommes et femmes en fournissant une assistance technique aux institutions communautaires. Il a notamment pour activités la collecte, l'analyse et la diffusion de données et d'outils méthodologiques.

93 Analyse du Groupe de spécialistes pour une approche intégrée de l'égalité du Conseil de l'Europe :

[http://igvm-iefh.belgium.be/fr/domaines\\_action/gender\\_mainstreaming/](http://igvm-iefh.belgium.be/fr/domaines_action/gender_mainstreaming/)

Egalement en mars 2006, la Commission a présenté sa « feuille de route pour l'égalité entre les femmes et les hommes »<sup>94</sup>. Elle s'inspire de l'expérience de la stratégie-cadre pour l'égalité entre les femmes et les hommes pour la période 2001-2005 et met en avant six domaines prioritaires pour l'action de l'UE en matière d'égalité hommes/femmes pour la période 2006-2010:

- une indépendance économique égale pour les hommes et les femmes ;
- la conciliation de la vie privée et vie professionnelle ;
- une représentation égale dans la prise de décisions ;
- l'éradication de toute forme de violence basée sur le genre,
- l'élimination des stéréotypes de genre, la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes dans les politiques externes et de développement.

Actuellement, deux programmes-cadres financent directement la promotion de l'égalité hommes-femmes, de manière transversale ou en lien direct avec la santé :

Les actions de l'UE dans le domaine de l'égalité hommes/femmes reposent essentiellement sur le programme communautaire pour l'emploi et la solidarité sociale (Progress). L'égalité entre les hommes et les femmes est l'un des quatre champs d'action de ce programme. Un minimum de 12% de son budget de près de 658 millions d'euros y est consacré au cours de la période 2007-2013.

Le programme Daphné III (2007-2013) est un programme communautaire visant à prévenir et combattre la violence envers les enfants, les jeunes et les femmes et à protéger les victimes et les groupes à risque. Il poursuit le travail des programmes Daphné (2000-2003) et Daphné II (2004-2006), et il est doté d'un budget de 116,85 millions d'euros pour la période 2007-2013<sup>95</sup>.

### 4.3. Les enjeux

Face à ces constats, de nombreuses mesures peuvent être prises, car la défense de l'égalité de genre est avant tout un choix politique. Ainsi, la concrétisation de l'égalité de santé pour les femmes, particulièrement en Europe, doit prendre en compte :

- l'application effective du « gender mainstreaming » dans toutes les strates nationales, y compris en matière de santé ;
- l'accès aux services de santé, en particulier aux soins de santé primaires – prévention et traitement des maladies infantiles, de la malnutrition, de l'anémie, des maladies diarrhéiques, des maladies transmissibles, etc. ;
- le droit des femmes de jouir du meilleur état de santé possible doit être garanti pendant toute leur vie, à égalité avec les hommes ;
- la santé de la femme en matière de procréation qui est un état de bien-être total, tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités ;
- la lutte contre la discrimination envers les femmes, soit par une législation avec nouveaux rôles et nouvelles responsabilités confiés aux femmes ;

94 Communication de la Commission, COM(2006) 92final.

95 Voir thématique de l'égalité hommes/femmes sur le site du Parlement européen.

- la prise en compte prioritaire de la santé des femmes âgées : non discrimination concernant la pension/retraite, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie et du nombre de femmes âgées seules, isolées, et en situation de précarité<sup>96</sup>.

Sur ce dernier point, il est à noter que les femmes de plus de 65 ans ont généralement un risque de pauvreté plus élevé que les hommes de plus de 65 ans, et ceux-ci ne sont dans l'ensemble pas plus exposés au risque de pauvreté que les hommes plus jeunes. Ces différences entre les sexes sont toutefois parfois faibles comme en France (mais aussi en Belgique, au Danemark, au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Portugal), mais elles tendent généralement à s'accroître pour les cohortes les plus anciennes (âgées de 75 ans et plus).

En Belgique en 2010, le taux de dépendance des personnes âgées était de près de 32% chez les hommes, contre 23% chez les femmes<sup>97</sup> et 14.955 femmes âgées reçoivent uniquement une allocation et ne bénéficient d'aucune pension, pour 2.751 hommes.

## 5. LA SANTÉ FACE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION EUROPÉENNE

Le vieillissement démographique constitue l'un des plus grands défis économiques et sociaux du XXI<sup>e</sup> siècle pour les sociétés européennes. Tous les pays de l'UE seront concernés et le phénomène aura des répercussions dans la plupart des secteurs. D'ici 2025, plus de 20% des Européens seront âgés de 65 ans ou plus, avec une augmentation particulièrement rapide du nombre d'octogénaires. Les personnes âgées ayant des besoins différents en matière de soins de santé, les systèmes de santé doivent s'adapter pour être capables de proposer des soins appropriés tout en restant financièrement viables<sup>98</sup>.

### 5.1. La stratégie européenne en matière de santé dans une Europe vieillissante

*L'année 2012 a été déclarée « Année Européenne du Vieillissement Actif et de la Solidarité entre les Générations »<sup>99</sup>. Celle-ci a donné lieu à de nombreux échanges de bonnes pratiques et à des projets innovants pour changer les perspectives de fin de vie des Européens, selon trois objectifs :*

1. Favoriser l'emploi des personnes âgées, leur permettre de travailler aussi longtemps qu'elles le souhaitent, mettre en place des programmes intergénérationnels dans le milieu professionnel pour favoriser les échanges d'expériences entre les générations et mettre fin aux discriminations liées à l'âge sur le lieu de travail ;

<sup>96</sup> Sur les trois quart de personnes pauvres âgées de plus de 65 ans vivant seules, il s'agit le plus souvent de femmes, qui perçoivent la pension de réversion de leur conjoint.

<sup>97</sup> Institut pour l'égalité des hommes et des femmes, « Femmes et Hommes en Belgique, statistiques et indicateurs de genre - 2<sup>e</sup> édition » : [http://igvm-iefh.belgium.be/fr/binaries/GenderStat\\_F\\_Hfdst1-8\\_tcm337-160843.pdf](http://igvm-iefh.belgium.be/fr/binaries/GenderStat_F_Hfdst1-8_tcm337-160843.pdf)

<sup>98</sup> Thématique « politiques de santé publique » sur le site de la DG Santé et protection des consommateurs de la Commission européenne.

<sup>99</sup> Voir le site : <http://europa.eu/ey2012/ey2012.jsp?langId=fr>

2. Offrir les ressources humaines et financières nécessaires pour permettre aux personnes âgées de continuer à participer à la vie de la communauté dans l'objectif de prévenir l'exclusion sociale, l'isolement et la dépendance, ainsi que mettre en place un environnement accessible qui leur permette d'effectivement prendre part à la vie sociale ;
3. Maximiser l'autonomie des personnes pour leur permettre de continuer à gérer leur quotidien et rester actif dans la société.

Le premier constat qui ressort de cette Année européenne ainsi que des nombreuses études menées sur l'augmentation de l'espérance de vie est qu'un allongement quantitatif ne peut pas se dissocier d'une amélioration qualitative de la fin de vie. En effet, le vrai défi consiste pour les instances européennes à promouvoir un vieillissement en bonne santé, ce qui signifie par là même renforcer la lutte contre les maladies chroniques et dégénératives telles que le diabète, le cancer, etc. Or, le meilleur moyen de lutter contre ces maladies reste la promotion de modes de vie plus sains et la prévention contre les mauvaises habitudes et les addictions multiples.

Cette perspective est l'une des nouvelles priorités du programme pluriannuel de santé 2014-2020. La Commission voit en effet dans le changement de tous ces modes de vie à risques un formidable gain d'argent et un facteur économique de croissance. Une personne malade est une personne dépendante qui coûte cher à la société, or prévenir et anticiper des habitudes plus saines permettrait de réduire le nombre d'addictions et de maladies chroniques en Europe.

### **Le Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif en bonne santé**

Ce projet pilote vise à prolonger de deux ans la durée de vie en bonne santé des Européens d'ici 2020 en améliorant leur santé et leur qualité de vie, en portant une attention particulière aux personnes âgées, en renforçant la viabilité et l'efficacité des systèmes de soins de santé sur le long terme ainsi qu'en améliorant la compétitivité des entreprises de l'UE par les échanges commerciaux et l'expansion vers de nouveaux marchés. Le partenariat instaure une coopération entre la Commission européenne et les Etats membres, les régions, le secteur privé, les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux et les organisations représentant les personnes âgées et les patients, et ce, afin d'améliorer les conditions d'existence des personnes âgées en les aidant à apporter leur contribution à la société, afin de réduire la pression sur les systèmes de santé et de soutenir les objectifs de croissance durable.

Les domaines d'action prioritaires ont été fixés dans le plan de mise en œuvre stratégique<sup>100</sup> adopté en 2011. En février 2012, la Commission a adopté une Communication<sup>101</sup> précisant le plan de mise en œuvre stratégique du Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé<sup>102</sup>. Les acteurs concernés ont commencé à travailler ensemble au sein de groupes d'action qui permettront de traduire ce plan dans la pratique. Les parties prenantes peuvent également s'associer au partenariat en participant au marché des idées novatrices (« Halle à l'innovation »<sup>103</sup>).

100 Site de la Commission européenne, rubrique « Innovations », « Plan de mise en œuvre stratégique du partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé » : [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=implementation-plan](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=implementation-plan)

101 Communication de la Commission sur ce partenariat, « La poursuite du plan de mise en œuvre stratégique du partenariat européen innovant pour un vieillissement actif et en bonne santé » : [http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/com\\_2012\\_83\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ageing/docs/com_2012_83_en.pdf)

102 Voir le paragraphe sur les années de vie en bonne santé p.33.

103 Site internet de la Commission européenne sur le partenariat européen innovant pour un vieillissement actif et en bonne santé : <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>

## 5.2. Les enjeux économiques

Le vieillissement de la population en Europe entraîne un certain nombre de nouveaux enjeux, et notamment la création d'emplois pour les seniors, ainsi qu'une réforme des systèmes de santé et de protection sociale.

### La croissance

Le ralentissement de l'activité économique engendré par les changements démographiques pourrait conduire à une diminution importante de l'accumulation de richesses ; il pourrait entraîner une perte du PIB par habitant d'environ 10% d'ici à 2020. L'UE devrait alors supporter une dette publique telle qu'elle serait incapable de répondre aux besoins du nombre croissant de retraités<sup>104</sup>. Pour faire face à cette nouvelle situation, les pays de l'UE devront donc s'adapter, de manière à ce que le vieillissement n'ait pas un impact économique trop lourd. Selon l'UE, il faudra non seulement atteindre, mais aussi dépasser l'objectif de la Stratégie Europe 2020 : un taux d'emploi de 75% pour compenser la baisse attendue de la population d'âge actif<sup>105</sup>.

Cependant, le vieillissement de la population est également synonyme de création d'emplois. En effet, plus le nombre de personnes âgées augmente, plus les besoins de soins liés à la prise en charge de la dépendance sont nombreux. C'est pourquoi, le secteur des services à la personne est amené à croître. Si actuellement les services à la personne représentent seulement 3% des emplois en Europe, il y a fort à parier que ce chiffre augmente dans les années à venir<sup>106</sup>.

Une récente étude financée par la Commission européenne<sup>107</sup> précise qu'environ 20 millions de personnes occupent un « emploi blanc » (l'emploi des personnes qui travaillent dans les secteurs de la santé et des services sociaux) dans l'UE et que ce chiffre augmentera au cours des années à venir compte tenu du vieillissement démographique auquel est confrontée la société et de l'impact des nouveaux développements, comme les traitements novateurs, sur la prestation de soins. L'étude souligne par ailleurs que pour relever ces défis, l'UE devra évaluer le besoin d'emplois blancs avec plus de précision et investir dans les compétences. Les services sociaux et de santé représentent entre 5 et 13% du produit intérieur brut de l'UE, apportant à l'économie européenne une valeur ajoutée d'environ 800 milliards d'euros par an. De plus, c'est un domaine de l'économie à très forte densité de main-d'œuvre, ce qui signifie que la main-d'œuvre joue un rôle essentiel dans la prestation de services efficaces et de haute qualité.

### La réforme du système des retraites et des systèmes de protection sociale

Afin de contrer les conséquences économiques néfastes du vieillissement démographique, de nombreux pays européens ont choisi d'actionner le levier « âge effectif de départ en retraite » afin d'assurer

104 Site de la Commission européenne, Affaires économiques et financières, « Propositions de l'UE sur l'incidence du vieillissement démographique en période de crise économique », <http://bit.ly/9xLBXg>

105 Communication de la Commission européenne, « Rapport sur l'état d'avancement de la stratégie Europe 2020 - Examen annuel de la croissance 2012 », p.28.

106 Pour la Solidarité, Cahier de la Solidarité Hors série : « Les services à la personne en Europe », pp. 5-6.

107 Eurofound, « Investing in the Future of Jobs and Skills - Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs - Health and Social Services », May 2009.

l'équilibre financier des régimes de retraite à long terme. Pour augmenter l'âge moyen de départ à la retraite, trois solutions sont envisageables<sup>108</sup>.

- Reculer l'âge légal d'ouverture des droits ;
- Augmenter la durée de cotisation sans reculer l'âge légal ;
- Inciter financièrement les salariés à travailler au-delà de la durée ou de l'âge requis.

Cependant, la majorité des débats sur l'augmentation des retraites et la compression des coûts ont tendance à négliger la fonction de base des systèmes de protection sociale qui consiste à transférer des revenus disponibles de la population active vers la population qui n'est pas en activité. Il convient de garder cette réalité à l'esprit si l'on veut éviter que la population sans emploi ne s'enfonce dans la pauvreté<sup>109</sup>.

Les réformes politiques doivent tenir compte des enjeux multiples du vieillissement démographique, afin d'assurer un équilibre satisfaisant entre la possibilité de financer le système à long terme, la solidarité, et l'équité entre les générations<sup>110</sup>. Car si une réforme du système des retraites est indispensable, elle doit nécessairement être pensée de manière cohérente, durable et juste.

Le débat sur la réforme des retraites pose de nombreuses questions et met en lumière des enjeux de société fondamentaux. Ainsi, s'il est évident que l'UE entend renforcer le taux d'emploi et modifier le financement de la sécurité sociale, certaines questions doivent être posées. Suffit-il d'allonger la durée du temps de travail pour résoudre les problèmes de financement ? Quels sont les freins à l'emploi des seniors ? Et comment prendre en compte les inégalités des conditions de travail, la pénibilité ? Les employeurs sont-ils disposés à employer plus longtemps les seniors ?

Pierre Leroutier, expert français consultant en régimes sociaux, affirme par exemple que :

*« Les entreprises continueront de se séparer des personnes qui souhaitent partir avant l'âge légal de la retraite, dès lors que le cadre légal leur en laissera la possibilité. Ces départs ne s'effectueront sans doute plus sous forme de préretraites, comme on peut déjà le voir dans les récents plans sociaux. Mais les entreprises continueront de financer ces départs comme c'est déjà le cas aujourd'hui, avec en toile de fond un Etat qui n'interviendra plus dans ces financements et qui imposera des pénalités de plus en plus lourdes aux entreprises qui ne joueraient pas le jeu »<sup>111</sup>.*

L'Union européenne n'a jamais acquis, malgré la volonté initiale des six membres fondateurs, la compétence institutionnelle nécessaire pour intervenir dans le domaine de la protection sociale, qui reste la « chasse gardée » des Etats membres<sup>112</sup>. Selon le principe de subsidiarité, chaque Etat reste maître de la conception, de la gestion et du financement de son système de sécurité sociale. Un phénomène d'harmonisation, ou du moins de convergence, semble d'autant plus impossible que les systèmes de protection sociale sont très différents d'un pays à l'autre.

108 Site de l'Observatoire des retraites, « Age légal et condition de durée des retraites » : <http://www.observatoire-retraites.org/index.php?id=102>

109 Commission européenne, « Vers une société de tous les âges. Emploi, Santé, Retraites et Solidarité Intergénérationnelle », Document de référence, <http://bit.ly/dATeDC>

110 Y. Rival, « Réformes des retraites : un calendrier et des enjeux », <http://bit.ly/a9USbn>.

111 Y. Rival, « Réformes des retraites : un calendrier et des enjeux », <http://bit.ly/a9USbn>.

112 D. Natali, « Pensions in Europe, European pensions: the evolution of pension policy at national and supranational level », Observatoire social européen.

Cependant, l'Europe pourrait agir indirectement sur l'évolution des systèmes de protection sociale. Le vieillissement de la population met en effet en cause les systèmes de retraite par répartition, créés après-guerre. Une augmentation non maîtrisée des dépenses de retraite risque d'entraîner une hausse des déficits publics et de déstabiliser l'équilibre budgétaire. Au nom de l'Union économique et monétaire, les acteurs européens deviennent donc légitimes pour agir dans un secteur qui, normalement, échappe à leurs prérogatives. L'objectif est de faire face à la pression financière du vieillissement démographique, tout en respectant les objectifs sociaux des systèmes de retraite, pour des « pensions sûres et viables ».

### 5.3. Les enjeux sociaux<sup>113</sup>

Si l'allongement de l'espérance de vie est incontestablement une bonne chose en soi, il n'en reste pas moins que de nouvelles solidarités doivent être développées entre les générations<sup>114</sup>. La transformation de la structure d'âge de la population peut en effet affecter les relations entre les générations, voire attiser des conflits entre elles. Le sociologue Louis Chauvel évoque même la possibilité d'un conflit générationnel qui résulterait des inégalités des destinées entre les jeunes générations, et celles du baby boom. Selon lui, les jeunes générations supportent bien plus que leur part de difficultés rencontrées par notre société ; il évoque de nouvelles sortes d'inégalités « silencieuses et déniées ». Ces nouvelles inégalités s'ajoutent aux inégalités traditionnelles qui existent depuis longtemps au sein d'une même génération (entre catégories sociales, entre hommes et femmes, entre diplômés et non diplômés, etc.)<sup>115</sup>. C'est pour pallier ces nouvelles problématiques que l'année 2012 a été déclarée Année européenne pour le vieillissement actif et la solidarité entre les générations<sup>116</sup>.

Mais au-delà du constat de ces nouvelles solidarités intergénérationnelles à développer, la promotion du vieillissement actif passe par la perception que les personnes âgées ont d'elles-mêmes et de la place qu'elles se voient accorder dans la société. Ainsi, l'emploi des seniors, leur participation active dans la société et leur autonomie sont autant de facteurs qui contribuent à valoriser la place des anciens dans la société.

#### L'emploi des seniors

L'emploi des seniors est à la fois un enjeu économique en termes de croissance, mais également un enjeu social pour repenser la place des seniors dans notre société. Différents problèmes rendent la relation des personnes âgées à l'emploi difficile, particulièrement à partir de 55 ans et jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite. En matière d'emploi des seniors, il faut souligner le rapport délicat voire le « divorce » d'un nombre important de travailleurs âgés du monde du travail. Un premier élément réside dans la manière dont notre société se met en scène. La société exerce actuellement une forte pression sur les individus : tout doit être jeune, les personnes comme les choses. Dès que quelque chose est usé, on en achète une nouvelle. Cette tyrannie de la jeunesse est relayée par les médias, la publicité

113 Pour la Solidarité, Cahier de la Solidarité hors série, « *Vieillessement actif et solidarité intergénérationnelle, constats, enjeux et perspectives* », Mars 2011, p. 19.

114 Site Europe, synthèses de la législation européenne, « *Livre vert, "Face aux changements démographiques, une nouvelles solidarité entre les générations"* », <http://bit.ly/ciB0aM>

115 D. Clerc, « *Lutte des classes ... d'âges ?* », Alternatives économiques, hors série n°85, 3ème trimestre 2010.

116 Pour en savoir plus : <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=970&langId=fr>

et la communication. Lorsque des personnes âgées sont présentées dans les médias, on présente une image faussée de la personne âgée ultra-dynamique.<sup>117</sup>

Nous vivons dans une société paradoxale qui développe une phobie du vieillissement (chirurgie esthétique, secteurs d'activités dédiés à l'entretien et à la réparation des corps, au corps jeune), alors que les progrès de la médecine nous promettent, voire nous condamnent, à vivre de plus en plus longtemps et mourir de plus en plus tard. Cela est lié au fait que le vieillissement est un phénomène à la fois imprévisible et individuel, ce qui entretient la peur et l'hyperactivité des seniors.

Plus que la retraite légale, l'échéance de la retraite vitale, c'est-à-dire le moment où l'on devient dépendant, pousse à un activisme compulsif des personnes âgées, qui en raison du jeunisme ambiant dans nos sociétés, appréhendent le vieillissement. Parmi ces activités compulsives, les activités professionnelles entrent très rarement en ligne de compte. Au contraire, on remarque que de nombreuses personnes considèrent que leur activité professionnelle est un frein à l'épanouissement personnel<sup>118</sup>.

Comment expliquer le fait que l'activité professionnelle n'entre pas dans cet activisme compulsif ? On dit aux travailleurs âgés de travailler plus longtemps par nécessité pour la croissance et au paiement des pensions. En revanche, le discours adressé aux jeunes porte davantage sur les possibilités d'épanouissement, de progression et de conciliation vie privée/vie professionnelle offertes par un emploi. Alors que le discours vers les jeunes est un discours individuel axé sur les aspirations de carrière, le discours adressé aux aînés est un discours collectif, sociétal, qui ne colle pas nécessairement aux aspirations individuelles.

Le défi gigantesque posé aux pouvoirs publics et aux entreprises réside dans la conduite du management : il s'agit de réaffilier les personnes âgées avec le travail, les compétences, cesser de les considérer uniquement comme des consommateurs mais comme des producteurs, bref avoir une véritable gestion intergénérationnelle dans les entreprises<sup>119</sup>.

## La participation active

On ne peut s'arrêter à la dimension de l'emploi des personnes âgées. En effet, une fois que l'individu prend sa retraite, il existe un risque patent que cette retraite soit perçue comme un retrait global de toutes les dimensions inhérentes à la société. Souvent, une fois exclue du marché du travail, on tend à considérer que la personne âgée n'a plus sa place dans la société. Comme nous l'avons vu précédemment, les images véhiculées aujourd'hui participent au retrait inconscient des personnes âgées de toute forme de participation sociétale. Le vieillissement actif, au contraire, postule que pour éviter l'exclusion et l'isolement trop souvent constatés, les personnes âgées doivent continuer à prendre part à la vie sociétale après leur retraite. Les activités telles que le bénévolat prennent dans ce contexte tout leur sens. Ainsi, il faut encourager ces personnes à rester actives dans leur communauté et continuer à entretenir leurs liens sociaux.<sup>120</sup>

Le défi est dès lors de réfléchir à la place des personnes âgées dans la société et à la création d'un environnement qui leur est favorable. Si les politiques publiques ne mettent pas les moyens en œuvre

---

117 Pour la Solidarité, « *Rencontres Européennes des Services à la Personne : Rapports et recommandations* », Juin 2012.

118 *Ibid.*, p.15.

119 *Ibid.*, p.17.

120 *Ibid.*, p.17

pour assister les personnes âgées dans ce tournant de leur vie, en leur offrant un cadre de vie adapté, le risque d'exclusion est réel. Si certaines personnes souhaitent continuer à travailler après l'âge légal de la retraite, cela doit être rendu possible, de même si elles souhaitent s'investir dans quelque projet que ce soit. Promouvoir le vieillissement actif doit devenir une priorité dans toute politique ciblée sur les personnes âgées. Maintenir leur participation sociétale le plus longtemps possible est un enjeu essentiel dans la société afin que tous puissent continuer à bénéficier de leurs expériences et compétences, trop souvent sous-estimées. C'est également dans ce cadre que doivent s'inscrire les transferts intergénérationnels.

Développer des politiques dans ce sens, c'est aussi lutter contre la marginalisation et le risque accru de pauvreté chez les personnes âgées. Leur permettre de conserver des activités rémunérées est une priorité au cœur des politiques de vieillissement actif. La retraite ne peut être considérée comme un synonyme d'inactivité mais doit au contraire ouvrir la porte à de nouvelles formes de participation sociétale<sup>121</sup>.

### L'autonomie des personnes âgées

Le vieillissement actif, c'est aussi donner aux personnes âgées les clés qui leur permettront de rester autonomes le plus longtemps possible. L'état de santé décline avec l'âge mais de multiples adaptations peuvent être amenées à l'environnement pour rendre le quotidien de ces personnes le plus vivable possible et leur permettre de continuer à assurer les tâches essentielles de la vie. Le domicile reste le choix majoritaire des personnes en perte d'autonomie pour leur lieu de vie. Mais il va falloir faire face à des besoins plus complexes. Des interventions ponctuelles d'aidants et de soignants non coordonnées ne suffiront plus. C'est une logique globale de prise en charge qui devra être envisagée : coordination sanitaire et médico-sociale, adaptation de l'habitat, intégration des TIC (Technologies de l'information et de la communication), démarche de prévention, développement de la solidarité intergénérationnelle, etc. Pour permettre aux personnes âgées de continuer à vivre en toute autonomie et leur assurer une participation sociétale la plus longue possible, il faudra intervenir dans différents domaines : l'emploi, les soins de santé, les services sociaux, la formation permanente, le bénévolat, le logement, l'informatique ou encore les transports.

Pour faire face aux défis du vieillissement de la population et de l'égalité d'accès aux soins, l'innovation que constitue l'introduction des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine de la santé demeure la solution d'avenir prônée par l'UE<sup>122</sup>.

## 6. L'INCLUSION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES DANS LA SANTÉ EN EUROPE

L'utilisation des technologies de l'information et de la communication (ci-après « TIC ») peut, dans une certaine mesure, pallier les problèmes de dépendance liés à l'âge. Les nouvelles technologies, telles que la télésanté, la télésurveillance et la télémedecine peuvent permettre aux seniors de bénéficier d'une plus grande autonomie. Les personnes âgées peuvent ainsi continuer à vivre chez elles, dans un environnement familial, entourés de leurs proches<sup>123</sup>.

121 *Ibid.*

122 *Ibid.*

123 Commission européenne DG emploi, Affaires sociales et Egalités des chances, « Soins de longue durée dans l'Union européenne », Août 2008, <http://bit.ly/bQ1Uuo>

## 6.1. La stratégie européenne

L'UE considère les TIC tant comme une nécessité sociale que comme une opportunité économique. La Communication de la Commission : « *Bien vieillir dans la société de l'information : Une initiative i2020, Plan d'action sur le vieillissement et les technologies de l'information et des communications* »<sup>124</sup> souligne ainsi que « *Les TIC peuvent aider les personnes âgées à améliorer leur qualité de vie, à rester en bonne santé et à vivre plus longtemps de manière autonome* ». Ainsi, la Commission rappelle que les TIC aident à remédier aux problèmes de vue, d'ouïe ou de mobilité depuis longtemps maintenant, et aident les personnes âgées à rester actives dans leur travail ou dans leur communauté. De manière plus générale, les TIC contribuent à rendre plus efficaces la gestion et la fourniture des soins de santé et des services sociaux, à élargir les possibilités de prise en charge par la communauté, de vie en autonomie et à renforcer l'innovation en matière de services. Les TIC offrent des avantages considérables pour l'économie et la société en général<sup>125</sup>.

Sans nous étendre dans des définitions trop complexes du terme de « télémédecine », retenons tout de même la définition de l'OMS de 1997 « *la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique* » et celle, beaucoup plus récente et très explicite de la Commission Européenne en 2008 :

*« La télémédecine est la fourniture à distance de services de soins de santé par l'intermédiaire des technologies d'information et de communication dans des situations où le professionnel de la santé et le patient (ou deux professionnels de la santé) ne se trouvent pas physiquement au même endroit. Elle nécessite la transmission en toute sécurité de données et d'informations médicales par le texte, le son, l'image ou d'autres moyens rendus nécessaires pour assurer la prévention et le diagnostic ainsi que le traitement et le suivi des patients »*<sup>126</sup>.

La Commission européenne investit dans la recherche pour la santé en ligne depuis plus de 20 ans. Depuis 2004 lorsque le premier plan d'action e-santé a été lancé, elle a également mis au point des initiatives ciblées visant à favoriser l'adoption généralisée des technologies de santé en ligne à travers l'UE. Plus récemment, la Commission a lancé le Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé, qui réunit les secteurs public et privé, les chercheurs, les praticiens, les patients et les soignants et ce afin d'augmenter de deux ans le nombre moyen d'années de vie en bonne santé dans la UE d'ici 2020.<sup>127</sup>

---

124 Communication de la Commission européenne, « *Bien vieillir dans la société de l'information, une initiative du plan Action i2020 sur les technologies de l'information et de la Communication* », COM(2007) 332 final.

125 *Ibid.*, p.3

126 Communication de la Commission européenne, « *La télémédecine au service des patients, des systèmes de soins de santé et de la société* », COM(2008) 689 final, Novembre 2008.

127 Communiqué de presse RAPID du Parlement européen : « *Stratégie numérique : Un groupe de travail de l'UE va faire des recommandations sur la promotion de la santé en ligne au profit des patients et des systèmes de santé en Europe* », [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-11-551\\_fr.htm?locale=FR](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-11-551_fr.htm?locale=FR)

## 6.2. Les services à la personne (soins à domicile)

Les technologies de l'information et de la communication sont de précieux atouts pour limiter les inégalités d'accès aux soins, favoriser l'autonomie et le maintien à domicile des personnes dépendantes. Ces technologies peuvent être utilisées dans deux objectifs distincts : les services à la personne qui relèvent davantage de l'assistance des services d'aide à domicile, et la télémédecine qui permet de pratiquer des consultations ou des actes médicaux à distance.

### Le concept

Dans le contexte de l'Année 2012 pour le Vieillissement Actif et la Solidarité entre les Générations, l'Union européenne reconnaît aux services à la personne un rôle de tout premier plan étant donné l'implication qu'ils peuvent avoir, notamment pour répondre aux besoins de la population vieillissante et lui permettre de rester à domicile en conservant une certaine autonomie.

Les services à la personne (SAP) apportent en effet une contribution essentielle afin de répondre aux problématiques actuelles et évoquées ci-dessus, à trois égards :

- Les services à domicile permettent aux personnes de rester le plus longtemps possible chez elles et de rester intégrées à la société en maximisant leur autonomie ;
- Les SAP permettent aussi d'accorder du répit aux aidants familiaux et du temps libre aux femmes, notamment pour occuper un emploi sur le marché du travail ;
- Enfin, les SAP constituent de nouvelles opportunités d'emplois.

Les transformations de la société, telles que l'éclatement de la cellule familiale, mettent en exergue la nécessité d'offrir des services de qualité aux populations, y compris aux groupes les plus vulnérables. Cela est d'autant plus crucial dans un contexte où les femmes sont victimes d'inégalités sur le marché du travail : il n'est pas acceptable qu'elles doivent sacrifier leur vie professionnelle, faute de services suffisants.<sup>128</sup>

### Les enjeux

Comme nous l'avons évoqué précédemment, garantir l'autonomie des personnes âgées est la première raison du recours aux technologies de l'information et de la communication. Certaines techniques permettent aux personnes âgées de rester plus longtemps chez elles, les assistent dans leur tâches de la vie quotidienne via différents appareils, en d'autres termes les maintiennent indépendantes.

Les enjeux des technologies en matière de services à la personne sont nombreux. Pour une personne âgée isolée, les TIC offrent des avantages : la domotique<sup>129</sup> par exemple permet l'assistance pour des tâches de la vie courante, comme monter un escalier ou entrer dans une baignoire. Les TIC offrent aussi confort et sécurité. La sécurité est en effet un atout majeur des TIC, tels que les détecteurs de chutes qui permettent de rassurer la personne tout en lui permettant de conserver une certaine autonomie. La sécurité des personnes âgées vivant seules peut aussi être renforcée par les TIC en diminuant les

128 Pour la Solidarité, « *Rencontres européennes des services à la personne, rapport et recommandations* », Juin 2012, p. 15.

129 Le Larousse définit la domotique comme : « Ensemble des techniques visant à intégrer à l'habitat tous les automatismes en matière de sécurité, de gestion de l'énergie, de communication, etc. »

risques d'agressions, de vol ou encore de consommation excessive de gaz ou d'électricité. De plus, ces technologies sont aussi des vecteurs de lien social. Par le biais d'Internet et des conversations en ligne, des webcams, les personnes âgées peuvent ainsi utiliser des outils technologiques adaptés et communiquer avec leurs proches de façon instantanée, réduisant ainsi leur sentiment d'éloignement ou de solitude.

Grâce à toutes ces applications, on peut aisément constater que l'avantage principal de l'utilisation des technologies de santé dans les services d'aide à la personne est de remettre le patient au cœur du processus de soins, de l'informer et de le responsabiliser, ce qui à terme, maintient plus longtemps son autonomie et sa santé physique et mentale.

Ces nouvelles technologies doivent également être acceptées par une génération qui n'est pas habituée à les manipuler et les trouve souvent trop compliquées. L'enjeu ici réside dans l'association de la mise à disposition et l'utilisation des TIC à des formations ludiques, adaptées et collectives, le groupe favorisant là aussi le lien social.

Le personnel d'aide à domicile, souvent plus enclin à la relation humaine doit aussi être formé pour ne pas exclure d'emblée ces pratiques de leur travail. Ces formations, pour être efficaces, doivent s'inscrire dans une réorganisation en profondeur des services de soins qui puissent allier technologie et respect de la relation humaine.

Une autre difficulté peut aussi être les risques d'atteinte à la vie privée vu les débordements que peuvent engendrer les TIC. Un autre enjeu pour ces nouvelles technologies doit donc résider dans le respect d'une utilisation éthique de ces dernières, au service des personnes et dans le respect de leur humanité et de leur autonomie.

Enfin, les technologies de l'information et de la communication génèrent un coût important et doivent donc convaincre de leur utilité sociale et économique, trouver des moyens de financement innovants et prendre pleinement leur place dans les systèmes de santé.<sup>130</sup>

### **6.3. Les services de soins : la télémédecine**

En marge des technologies classiques d'aide à domicile, la télémédecine est en train de se développer, et ce afin de favoriser l'autonomie des personnes âgées en situations de handicap ou atteintes de maladies chroniques à se maintenir à domicile et à faciliter l'égalité d'accès aux soins, indépendamment des situations géographiques des patients.

Bien que son développement actuel soit en plein essor, la télémédecine, ou médecine à distance, n'est pas une idée nouvelle. En effet, celle-ci connaissait déjà ses prémices dans les tous premiers programme-cadres financés par la Commission européenne, mais a vu son expansion ralentir par la suite, lors de la mise en place des premiers programmes pilotes. En cause, de nombreuses failles de ce système mises en évidence par leur application concrète, telles que des raisons techniques (performance des réseaux et des dispositifs médicaux) ou l'acceptation de la pratique-même par les professionnels de la santé.

130 Plus d'informations et de bonnes pratiques dans : Fanny Cools, Pour la Solidarité, Etudes et Dossiers de la Solidarité, « Services de proximité et nouvelles technologies : une union prometteuse pour l'économie plurielle », Septembre 2012.

Aujourd'hui, cette dernière semble revenir en force et offrir des solutions crédibles aux défis actuels de notre société, et notamment le vieillissement de la population qui aggrave le nombre de maladies graves (celles-ci représentant 70% des coûts de soins actuellement), le besoin croissant des patients d'être plus impliqués et de devenir acteurs de leur soins de santé, le manque de personnel et de disponibilité des praticiens dans certains domaines de la santé, ainsi que la nécessité d'une maîtrise constante des coûts tout en maintenant un niveau élevé de qualité de soin.

## Le concept

« La télémédecine englobe une grande variété de services. Les applications les plus fréquemment mentionnées dans les évaluations par les pairs sont la téléradiologie, la télépathologie, la télédermatologie, les téléconsultations, la télésurveillance, la téléchirurgie et la téléophtalmologie. Parmi les autres services éventuels, on peut citer les centres d'appels et les centres d'information en ligne des patients, les consultations à distance ou visites en ligne et les vidéoconférences entre professionnels de la santé [...] »<sup>131</sup>.

Partant du constat en 2008 que « la plupart des initiatives prises dans le domaine de la santé ne sont que des projets ponctuels de faible envergure qui ne sont pas intégrés dans des systèmes de soins de santé »<sup>132</sup>, la Commission européenne a souhaité développer des mesures concrètes ces dernières années en vue de susciter la confiance à l'égard des services de télémédecine et de les faire accepter, leur apporter une certaine clarté juridique et résoudre les problèmes techniques afin de faciliter le développement du marché dans ce domaine.

En termes de santé à proprement parler, les TIC permettent à la personne âgée, par le biais de logiciels simplifiés et de l'outil internet, de suivre son état de santé, de contrôler ses résultats médicaux et de surveiller leur évolution. L'outil leur rappelle quand prendre leurs médicaments (c'est le cas du pilulier électronique) et quand leur état de santé nécessite une intervention médicale (un signal peut être envoyé à un centre de santé ou aux proches qui alertent à leur tour le médecin).

## La stratégie européenne

La Commission européenne entretient de bons espoirs, en termes de croissance, dus au rapprochement entre TIC et santé. En mars 2010, lors de l'instauration de la stratégie « Europe 2020, pour une croissance intelligente, durable et globale », s'est développée l'idée d'une économie basée sur la croissance et l'innovation. Par la suite, la stratégie numérique pour l'Europe, s'appuyant sur les fondements d'Europe 2020, a visé à transformer la recherche en matière de télésanté, et ce afin qu'elle puisse entrer pleinement dans le quotidien des Européens.

Les ambitions de cette stratégie numérique sont multiples : l'amélioration de la qualité des soins, la réduction des coûts médicaux et l'augmentation de l'autonomie de vie des personnes âgées et handicapées. Les bénéfices attendus n'en sont pas moins ambitieux, et sont de vrais défis pour ce système de gestion des soins : l'amélioration de la prise en charge et du diagnostic du malade à distance, le renforcement du rôle du patient et sa responsabilité dans le traitement de sa maladie, ainsi que le développement du travail collaboratif entre professionnels concernés.

131 Communication de la Commission européenne, « La télémédecine au service des patients, des systèmes de santé et de la société », COM(2008)689, final p. 3.

132 Communication de la Commission européenne, « La télémédecine au service des patients, des systèmes de santé et de la société », COM(2008)689 final, p. 1.

Dans une interview pour Les Dossiers Européens en 2010, Neelie Kroes, vice-présidente de l'Union européenne et Commissaire responsable de l'agenda numérique pour l'Europe, pose les jalons des ambitions européennes actuelles pour la télémédecine :

*« La Commission Européenne a compris depuis longtemps le potentiel d'effets positifs que les technologies de l'information et de la communication (TIC) peuvent avoir sur la vie des patients. Ayant investi ces vingt dernières années plus d'un milliard d'euros dans la recherche en matière d'e-santé, nous disposons de nombreuses preuves du fait que rapprocher les TIC et la santé peut améliorer, voire sauver des vies. Il est temps désormais de transformer les résultats de la recherche en bénéfices concrets à grande échelle. Nos finances l'exigent. Nos citoyens l'attendent. Et nous avons absolument besoin de maintenir la force de cette industrie en pleine croissance et des métiers rémunérateurs qu'elle soutient »<sup>133</sup>.*

### Les enjeux et perspectives

Les premiers enjeux de la télémédecine sont respectivement l'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé et l'augmentation de la qualité des soins.

En effet, la télémédecine permettrait d'améliorer l'accès aux soins spécialisés dans des endroits isolés où l'accès aux soins est difficile et qui manquent de spécialistes, voire de généralistes. La télésurveillance, quant à elle, pourrait améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques et réduire la durée des hospitalisations. D'autres services tels que la téléconsultation ou la téléradiologie pourraient aider à réduire les listes d'attente, à optimiser l'utilisation des ressources et augmenteraient ainsi le gain de productivité.

Au-delà de ces enjeux, la télémédecine pourrait efficacement contribuer d'une manière significative à l'économie de l'UE, puisque le secteur comprend de nombreuses petites et moyennes entreprises, dont la croissance et la compétitivité sont remarquables en temps de crise, et ne cessent d'augmenter.

Les défis de la télémédecine sont nombreux pour faire face aux difficultés qu'elle rencontre actuellement : d'abord instaurer la confiance des patients, des praticiens et des pouvoirs publics en ancrant la plus-value de la télémédecine dans les esprits et les cultures de soins des Européens. Il sera également nécessaire à l'avenir de clarifier le cadre juridique des services de télémédecine afin de préserver notamment la confidentialité du dossier médical, la situation de santé des patients mais aussi le partage des responsabilités en cas d'erreurs médicales ou de complications. Il faudra enfin résoudre les problèmes techniques que ces services peuvent rencontrer et faciliter les investissements dans ces domaines en encourageant le développement du marché.

Le « E-health Action Plan » représente une nouvelle perspective pour les politiques de santé : associer toutes les parties prenantes afin de trouver des solutions novatrices qui tiennent compte des réalités de terrain.

---

133 Les dossiers européens, « Les défis de la télémédecine en Europe », n°20, Juin-juillet 2010.

## Le « Ehealth Action Plan 2012 »

En décembre 2009, les Etats membres ont adopté les conclusions du Conseil sur les soins de santé sûrs et efficaces grâce à la télésanté, dans lesquelles le Conseil a expressément demandé à la Commission de « mettre à jour le plan d'action e-santé ».

En mars 2011, la Commission européenne a lancé une consultation sur le Plan d'action e-santé (EHAP) 2012-2020<sup>134</sup>. Ce deuxième plan d'action e-santé (EHAP) sera l'occasion de consolider les actions qui ont été adressées à ce jour afin de co-construire les futures politiques de santé en partenariat avec toutes les parties prenantes et trouver un consensus sur les futurs objectifs des politiques de santé en la matière. Cette consultation vise à offrir une vision à long terme pour la santé en ligne en Europe, dans le contexte de la Stratégie Europe 2020, l'Agenda numérique pour l'Europe ainsi que l'innovation de l'Union et de son partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé.

La consultation a impliqué toute une gamme de parties prenantes, notamment les ONG, les institutions académiques, les entreprises, les fournisseurs de soins de santé et sociaux et les autorités publiques de nombreux Etats membres, dans le but de valider quatre objectifs proposés et d'étudier les actions possibles à entreprendre dans les années à venir. Plus de 90% des intervenants se sont entendus avec les quatre principaux objectifs du plan d'action e-santé et ont conclu que le principal avantage de la solution e-santé était d'améliorer la qualité, l'efficacité et la durabilité des services de santé disponibles.

Les quatre objectifs qui ont trouvé un consensus sont les suivants:

- Mieux faire connaître les avantages et les possibilités de la santé en ligne, et l'autonomisation des citoyens, des patients et des professionnels de la santé ;
- Résoudre les problèmes qui empêchent actuellement l'interopérabilité des outils de télésanté ;
- Améliorer la sécurité juridique en matière de télésanté ;
- Soutenir la recherche et l'innovation en matière de télésanté et le développement d'un marché européen compétitif.

Egalement, l'absence d'interopérabilité, la sensibilisation des utilisateurs, à la fois des patients et des professionnels de la santé, les problèmes de remboursement ainsi que les cadres juridiques inappropriés, ont été identifiés comme constituant les principaux obstacles au déploiement à grande échelle de solutions de santé en ligne.

Afin de remédier à ces obstacles dans le cadre du plan d'action e-santé 2012-2020, les participants ont proposé que la Commission européenne puisse :

- Appuyer l'évaluation systématique des avantages, les coûts et l'utilité des solutions de santé en ligne ;
- Fournir des orientations en vue d'une interopérabilité large des systèmes européens (par exemple, l'utilisation de normes communes, des profils, des terminologies) ;
- Renforcer le soutien des services de télésanté par des solutions fondées sur des preuves ;
- Faciliter la coopération entre les Etats membres et/ou les régions à relever les défis communs.

134 Informations disponibles sur le site : [http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/health/docs/policy/ehap2012public-consult-report.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/policy/ehap2012public-consult-report.pdf)

## 7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS : POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ DURABLE DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS

D'une évocation discrète dans les traités, la santé occupe aujourd'hui une place de premier plan dans les politiques européennes, et ses grands principes imprègnent toutes les politiques actuelles. Aujourd'hui, face au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, à l'ampleur des épidémies et aux inégalités de santé croissantes en Europe, la santé est plus que jamais un enjeu crucial dans l'avenir des politiques européennes.

*Pour la Solidarité*, par le biais de cette étude, tire des conclusions sur les perspectives souhaitables en matière de politiques de santé européennes, et demande :

- Une politique de santé « durable », qui prenne en compte les aspects environnementaux et les déterminants de santé dans une perspective de réduction des inégalités de santé en Europe. La durabilité s'inscrivant dans le long terme, la santé n'est plus ainsi vue comme un gouffre financier qui pallie l'urgence, mais comme un laboratoire d'innovations qui constitue un investissement pour l'avenir.
- Une politique de santé « individualisée », dans laquelle la prévention, l'accès aux soins, les prestations de soins et le suivi sont intégrés dans un « parcours de soins » individuel et adapté aux personnes.
- Une politique de santé « solidaire » qui place les acteurs mutualistes au premier plan et défend l'économie sociale et solidaire et la non-soumission des systèmes de protection sociale au marché.
- Une politique de santé « intégrée » qui nourrit toutes les autres politiques européennes, renforce la MOC sociale, le partage de bonnes pratiques et le benchmarking en associant tous les acteurs de santé en Europe. L'Union européenne pourrait ainsi continuer son rôle d'intermédiaire, de co-constructeur avec les Etats d'une politique transnationale, intégrée, tout en respectant le principe de subsidiarité.
- Enfin, une politique de santé « innovante » qui mette en place des actions novatrices, investisse dans la recherche et prenne en compte le nouvel enjeu économique et social que revêtent les technologies de l'information et de la communication dans l'accès aux soins et la médecine à distance.

## 8. BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

### Etudes et publications

- Bruno Palier, « *Les évolutions de la protection sociale en Europe* », Fondation Jean-Jaurès, n° 13, août 2005.
- Denis Stokkink, « *Diversité continentale* », in *Le modèle mutualiste au défi de l'Europe*, Les dossiers du Monde Diplomatique, mars 2011.
- Enquête Eurofound, « *Deuxième enquête sur la qualité de vie en Europe* », Fondation européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, Publications Europa, 2008.
- European Observatory on health systems and policies, « *Health in the European Union, trends and analysis* », Observatory Studies n°19, 2009.
- Fanny Cools, Pour la Solidarité, Etudes et Dossiers de la Solidarité, « *Services de proximité et nouvelles technologies : une union prometteuse pour l'économie plurielle* », Septembre 2012.
- Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, « *Les inégalités sociales de santé* », Cahier de la santé n°40, Avril 2007.
- Le plus du Nouvel Observateur, « *La privatisation de la sécurité sociale par Bruxelles, pourquoi ce serait un scandale ?* », 15 octobre 2012.
- Marmot Review Team, « *Interim second report on the social determinants of health and the health divide in the WHO European Region* », Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2011.
- Noëlle Burgi, « *Enjeux d'une sécurité sociale universelle* », in *Le modèle mutualiste au défi de l'Europe*, Le Monde Diplomatique, Mars 2011.
- OCDE, « *Croissance et inégalités - Distribution des revenus et de la pauvreté dans les pays de l'OCDE* », 2008.
- Pierre Volovitch, « *Pourquoi et comment les inégalités "font système" ?* », La santé de l'Homme, n°414, Juillet-Août 2011.
- Pour la Solidarité, « *Agir pour une santé durable – Priorités et perspectives en Europe* », Cahier de la Solidarité, Janvier 2011.
- Pour la Solidarité, « *Les inégalités de santé en Europe* », Working paper, 2011.
- Pour la Solidarité, « *Santé et développement durable, quels enjeux prioritaires ?* », Working paper, Mai 2011.

- Pour la Solidarité, « *Rencontres Européennes des Services à la Personne : Rapports et recommandations* », Juin 2012.
- Pour la Solidarité, « *Vieillessement actif et solidarité intergénérationnelle, constats, enjeux et perspectives* », Cahier de la Solidarité hors série, Mars 2011.

### **Documents officiels des institutions européennes**

- Avis du Comité des Régions, « *La santé en faveur de la croissance – Troisième programme d'action pluriannuel de l'union pour la période 2014-2020* », 2012/C 225/18.
- Communication de la Commission, « *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne* », COM (2009) 567 final.
- Communication de la Commission, « *Un engagement renouvelé en faveur de l'Europe sociale : renforcement de la méthode ouverte de coordination pour la protection sociale et l'inclusion sociale* », COM(2008) 418 final.
- Livre Blanc, « *Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013* », COM(2007) 630 final.
- Travaux du Parlement européen, direction générale des politiques internes, département thématique A : politiques économiques et scientifiques, emploi et affaires sociales, « *Le rôle des sociétés mutuelles au XXIème siècle* », IP/A/EMPL/ST/2010-004, Juillet 2011.

*Pour la Solidarité (PLS)* est une association au rayonnement européen qui s'est constituée en un **Think tank au service des citoyens et des décideurs politiques, sociaux et économiques de l'Union européenne**. *PLS* se positionne en tant que prestataire de services pour les acteurs socioéconomiques et politiques désireux d'agir avec professionnalisme dans le champ européen de la solidarité. En lien constant avec les institutions européennes, *PLS* répond aux attentes des acteurs de la solidarité en Europe.