

FR

FR

FR



COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Bruxelles, le 20.10.2009
COM(2009) 567 final

**COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN,
AU CONSEIL, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN
ET AU COMITÉ DES RÉGIONS**

**SOLIDARITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ:
RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ DANS L'UNION EUROPÉENNE**

{SEC(2009) 1396}
{SEC(2009) 1397}

**COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN,
AU CONSEIL, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN
ET AU COMITÉ DES RÉGIONS**

**SOLIDARITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ:
RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ DANS L'UNION EUROPÉENNE**

(Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)

1. ÉGALITÉ DES CHANCES ET SOLIDARITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les citoyens de l'Union européenne (UE) vivent en moyenne plus longtemps et en meilleure santé que les citoyens des générations qui les ont précédés. L'UE doit néanmoins faire face à un problème important, à savoir l'existence de disparités considérables dans le domaine de la santé entre les États membres et à l'intérieur même de ceux-ci. De surcroît, il semble que certaines de ces disparités se creusent. La hausse du chômage et l'incertitude accrue entraînées par la crise économique actuelle aggravent encore cette situation. La présente communication amorce le débat qu'il est nécessaire d'avoir pour définir les mesures d'accompagnement européennes susceptibles d'appuyer l'action menée par les États membres et les autres acteurs pour remédier au problème.

Les institutions de l'UE et de nombreux acteurs ont exprimé leurs préoccupations (y compris lors de la consultation sur la présente communication) au sujet de l'étendue et des conséquences des inégalités de santé existant entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci. Le Conseil européen de juin 2008 a souligné qu'il était essentiel de combler l'écart existant entre les États membres et à l'intérieur de ceux-ci sur le plan de la santé et de l'espérance de vie¹. Dans le livre blanc définissant une stratégie pour l'UE dans le domaine de la santé², publié en 2007, la Commission a manifesté l'intention de poursuivre l'action visant à réduire les inégalités en matière de santé. Elle a confirmé cet engagement dans sa communication de 2008 sur un agenda social renouvelé³, qui réaffirmait les objectifs sociaux fondamentaux de l'Europe, à réaliser par une action en faveur de l'égalité des chances, d'un accès équitable et de la solidarité, et annonçait la publication, par la Commission, d'une communication sur les inégalités dans le domaine de la santé.

La Commission considère l'ampleur des inégalités de santé entre les personnes vivant dans des endroits différents de l'UE et entre les citoyens européens appartenant à des couches sociales différentes 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. C'est pourquoi la Commission est résolue à soutenir et à compléter les initiatives prises par les États membres et d'autres acteurs pour lutter contre ces inégalités.

¹ http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/ec/101351.pdf.

² COM(2007) 630.

³ COM(2008) 412.

2. INÉGALITÉS DE SANTÉ DANS L'UE

Si le niveau de santé moyen dans l'UE a continué de s'améliorer au cours des dernières décennies, les variations entre personnes de régions différentes de l'UE et entre les couches les plus favorisées et les moins favorisées de la population restent considérables et ont augmenté sous certains aspects. L'écart entre États membres se situe dans une fourchette de 1 à 5 pour la mortalité des nourrissons de moins d'un an, tandis qu'il atteint respectivement quatorze et huit ans pour ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes. Il existe également des disparités importantes sur le plan de la santé entre régions, zones rurales et urbaines et quartiers.

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 appelle le gradient social de la santé⁴. Les travailleurs qui accomplissent principalement des tâches manuelles ou répétitives et systématiques sont en moins bonne santé que les travailleurs s'acquittant de tâches non manuelles ou moins répétitives. La différence d'espérance de vie à la naissance entre la catégorie socioéconomique la plus basse et la plus élevée atteint dix ans pour les hommes et six ans pour les femmes. La dimension homme-femme a également de l'importance: les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes, mais peuvent souffrir d'une santé médiocre durant une partie plus longue de leur existence.

Les groupes vulnérables et victimes d'exclusion sociale tels que les migrants, les personnes appartenant à une minorité ethnique, les handicapés ou les sans-abri ont un état de santé moyen particulièrement médiocre⁵. Il est estimé, par exemple, que les Roms ont une espérance de vie inférieure de dix ans à celle de l'ensemble de la population⁶. La santé médiocre de ces groupes peut s'expliquer par des conditions de logement déplorables, une mauvaise alimentation et des comportements préjudiciables à la santé, ainsi que par la discrimination, la stigmatisation et les difficultés d'accès aux soins de santé et à d'autres services⁷.

Les inégalités de santé sont dues aux disparités existant entre les différents groupes de la population pour un large éventail de facteurs ayant une influence sur la santé. Ces facteurs comprennent: les conditions de vie; les comportements liés à la santé; l'éducation, l'activité et le revenu; les soins de santé, les services de prévention des maladies et de promotion de la santé, ainsi que les politiques publiques agissant sur la quantité, la qualité et la répartition de ces facteurs. Les inégalités de santé apparaissent à la naissance et subsistent jusque dans la vieillesse. Les personnes qui, à un moment donné de leur existence, ont été victimes d'inégalités en matière d'accès à l'éducation, à l'emploi et aux soins de santé, ainsi que d'inégalités fondées sur le sexe et la race, risquent d'en subir des conséquences préjudiciables à leur santé durant le reste de leur vie. La combinaison de la pauvreté et d'autres facteurs de vulnérabilité (tels l'enfance ou la vieillesse, le handicap ou l'appartenance à une minorité) accroît encore les risques pour la santé.

⁴ Health inequalities: Europe in profile. Mackenbach J., 2006.

⁵ SEC(2006) 410.

⁶ SEC(2008) 2172.

⁷ Vaincre les obstacles – L'accès des femmes roms à la santé publique. Observatoire européen des phénomènes racistes et xénophobes, 2003.

Les différences en matière de santé sont dues à une série de facteurs de nature socioéconomique⁸. Les conditions économiques peuvent influencer de nombreux aspects des conditions de vie et avoir ainsi des répercussions sur la santé. Certaines régions de l'UE sont encore dépourvues d'équipements de base tels que des réseaux adéquats de distribution d'eau et d'assainissement. Les facteurs culturels qui influencent le mode de vie et le comportement en matière de santé diffèrent également de manière sensible d'une région à une autre et d'une catégorie de la population à une autre. Un grand nombre de régions, en particulier dans certains des nouveaux États membres, peinent à fournir à leur population des services de santé indispensables. L'accès aux soins de santé peut être entravé par, entre autres, l'absence d'assurance, le coût élevé des soins, le manque d'informations sur les services disponibles, ainsi que des obstacles linguistiques et culturels. Selon certaines études, les groupes sociaux plus pauvres ont moins recours aux soins de santé que les groupes plus riches pour des besoins médicaux équivalents.

Étant donné que les inégalités de santé ne sont pas le simple fruit du hasard, mais qu'elles sont fortement liées à l'action des individus, des pouvoirs publics, des parties concernées et des collectivités, elles ne sont pas inéluctables. La réduction des inégalités de santé passe par une action orientée vers les facteurs qui ont, sur la santé de la population, un effet inégal pouvant être corrigé au moyen de politiques publiques.

3. POLITIQUES D'ACCOMPAGNEMENT ACTUELLES DE L'UE

En 2006, le Conseil a adopté des conclusions sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne⁹, dans lesquelles il a insisté sur l'objectif fondamental de réduction des inégalités liées à la santé. Il est un fait certain que l'amélioration de l'accès aux soins de santé et aux systèmes de prévention des maladies et de promotion de la santé permettrait d'atténuer certaines des inégalités de santé relevées dans le cadre de la stratégie de l'UE en matière de santé. La contribution à la réduction des inégalités de santé devrait être assurée par la mise en œuvre d'initiatives telles que la recommandation du Conseil relative au dépistage du cancer, la communication concernant la télémédecine¹⁰, la communication sur la sécurité des patients¹¹ ou la proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

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 et oriente la lutte contre les inégalités de santé sur des fronts tels que la santé mentale, le tabagisme, la jeunesse, le cancer et le VIH/sida. L'UE a apporté un soutien, par l'intermédiaire de son programme de santé publique, au recensement et à la mise en place d'activités destinées à combattre les inégalités de santé, contribuant, entre autres, à la création d'un répertoire européen de bonnes pratiques¹². Les premières mesures visant à améliorer la

⁸ Monitoring progress towards the objectives of the European Strategy for Social Protection and Social Inclusion (Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs communs de la stratégie européenne de protection sociale et d'inclusion sociale), 2008.

⁹ JO C 146 du 22.6.2006, p. 1.

¹⁰ COM(2008) 689.

¹¹ COM(2008) 836.

¹² European Directory of Good Practices to reduce health inequalities (Répertoire européen de bonnes pratiques en matière de réduction des inégalités de santé). <http://www.health-inequalities.eu/?uid=98d60efadbd9cc4f957f36c9b0e2b0b5&id=main2>.

collecte de données et l'établissement de réseaux entre les États membres et les principaux acteurs ont été adoptées.

Grâce à la méthode ouverte de coordination des politiques de protection sociale et d'inclusion sociale (MOC sociale)¹³, les États membres de l'UE se sont fixé comme objectif de résorber les inégalités dans le domaine de la santé. Ils s'appuient, pour atteindre cet objectif, sur une série d'indicateurs communs définis sur la base des travaux accomplis par Eurostat dans le domaine des statistiques de santé publique. L'analyse au niveau européen des rapports des États membres sur la stratégie nationale pour la protection sociale et l'inclusion sociale a contribué à stimuler le débat et l'action dans les États membres. Au niveau de l'UE, un groupe d'experts est chargé, depuis 2005, de l'évaluation des données et de l'échange des informations sur les politiques et les pratiques¹⁴. L'UE a, par l'intermédiaire de ses programmes de santé, apporté un soutien à un certain nombre d'initiatives visant à réduire les inégalités de santé. Les programmes-cadres de recherche (actuellement le septième programme-cadre) apportent une aide importante à la recherche dans ce domaine, tandis qu'une série de programmes d'action, dont le programme de santé et le programme PROGRESS pour l'emploi et la solidarité sociale¹⁵, financent des études, le recensement des pratiques exemplaires et les politiques innovantes.

D'autres politiques de l'UE peuvent également contribuer à la réduction des inégalités de santé. Ce processus constitue également l'un des grands enjeux de santé publique définis dans la stratégie de l'UE en faveur du développement durable¹⁶. Les objectifs généraux de croissance économique et de solidarité sociale de l'UE (stratégie de Lisbonne) concourent à la concrétisation d'une plus grande égalité dans le domaine de la santé. La législation européenne dans les domaines du droit du travail et de la santé et la sécurité au travail contribue à réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles. La politique environnementale et les politiques du marché relevant de la politique agricole commune soutiennent une série d'initiatives susceptibles de contribuer à l'amélioration de la santé. L'UE accorde, par l'intermédiaire de la politique de cohésion et du Fonds européen agricole pour le développement rural, des aides financières qui peuvent servir à réduire les disparités régionales en étant investies dans les déterminants des inégalités sociales tels que les conditions de vie, les services de formation et d'emploi, les transports, les technologies et l'infrastructure des soins de santé et d'aide sociale. Le rôle des politiques européennes existantes est examiné de manière plus approfondie dans l'analyse d'impact accompagnant la présente communication.

4. AGIR SUR LES INÉGALITÉS DE SANTÉ: UNE MÉTHODE PRIVILÉGIANT LA COLLABORATION

Il est nécessaire de prendre des mesures supplémentaires, car des données de plus en plus nombreuses confirment l'ampleur et l'omniprésence des inégalités de santé dans l'UE, et les conséquences négatives pour la santé, la cohésion sociale et la croissance économique qu'aurait une action inefficace contre ces inégalités sont préoccupantes. Les actions menées jusqu'ici n'ont eu qu'un effet limité et le risque existe que les disparités se creusent en raison des récentes difficultés économiques. Par ailleurs, dans le contexte du vieillissement de la

¹³ COM(2005) 706.

¹⁴ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/events_socioeco_en.htm.

¹⁵ JO L 354 du 31.12.2008, p. 70.

¹⁶ Conseil de l'Union européenne. Doc 10117/06, 9 juin 2006.

population européenne, il est essentiel que le niveau de santé de tous les groupes de la population s'améliore, pour contribuer à la pérennisation des systèmes de protection sociale.

Bien que la politique de santé incombe principalement aux États membres, tous ne disposent pas des mêmes ressources, outils ou réservoirs de compétences pour s'attaquer aux différentes causes des inégalités de santé. La Commission européenne peut apporter sa pierre à l'édifice en veillant à ce qu'il soit tenu compte, dans le cadre de ses différentes politiques et actions, de l'objectif de lutte contre les facteurs qui sont à l'origine ou en partie responsables des inégalités de santé parmi la population de l'UE.

L'UE devrait exploiter le plus efficacement possible les mécanismes et les outils disponibles à cette fin. Elle peut, par exemple, jouer un rôle majeur consistant à susciter une prise de conscience, à favoriser et à soutenir l'échange d'informations et de connaissances entre les États membres concernés, à recenser et à diffuser les pratiques exemplaires, et à faciliter l'élaboration de politiques spécialement adaptées aux problèmes spécifiques rencontrés par les États membres et/ou par des groupes sociaux particuliers. Elle peut également suivre et évaluer les progrès accomplis dans l'application de telles politiques.

5. GRANDES QUESTIONS À TRAITER

L'expérience acquise à ce jour montre qu'il est nécessaire de résoudre un certain nombre de problèmes importants pour renforcer les mesures visant à réduire les inégalités dans le domaine de la santé.

Répartition équitable de la santé dans un contexte de progrès social et économique général

En termes généraux, le niveau de santé est associé au niveau de richesse. Les pays et régions les plus riches présentent en moyenne les meilleurs résultats dans le domaine de la santé, selon différents indices. Cette constatation n'est toutefois pas valable dans tous les cas. Plus on dispose de ressources économiques, plus on est en mesure de maintenir et d'améliorer le niveau de santé, à condition toutefois que ces ressources soient affectées adéquatement. Il est évident que tous les groupes n'ont pas bénéficié de la même manière du progrès économique. L'important, c'est de créer un modèle de développement économique et social général qui génère davantage de croissance économique ainsi que davantage de solidarité, de cohésion et de santé. Les Fonds structurels de l'UE ont un rôle essentiel à jouer à cet égard.

La concrétisation des objectifs de croissance économique et de renforcement de la cohésion sociale est le but de l'agenda de Lisbonne. L'indicateur des «années de vie en bonne santé» sert actuellement d'étalon des progrès réalisés dans le domaine de la santé dans le contexte de la mise en œuvre de l'agenda de Lisbonne. On pourrait se pencher sur la question de savoir si une surveillance rigoureuse des indicateurs des inégalités de santé constituerait un moyen utile d'assurer le suivi de la réalisation de la dimension sociale de cet agenda.

Amélioration des données et connaissances disponibles et des mécanismes de mesure, de suivi, d'évaluation et de notification

La mesure des inégalités est un préalable indispensable à toute action qui se veut efficace. Même s'il existe des données solides dans un certain nombre de domaines, il est nécessaire de disposer d'informations plus détaillées sur l'effet et l'importance des différents déterminants

de la santé pour pouvoir mener une action efficace à l'égard de groupes de la population et de déterminants précis.

Il y a également lieu d'améliorer les connaissances relatives à l'efficacité des politiques de lutte contre les inégalités. Bien que des études aient été consacrées à l'efficacité des interventions de santé publique et à l'incidence d'autres politiques et actions sur la santé, seul un petit nombre de ces interventions ont fait l'objet d'une évaluation spécifique portant sur les effets différenciés qu'elles ont eus sur la santé de groupes sociaux ou de régions. L'évaluation de l'incidence des politiques étrangères au secteur de la santé publique est encore plus limitée.

L'absence de données européennes régulières et comparables et de connaissances issues de la recherche entrave l'évaluation de la situation actuelle, le réexamen des priorités stratégiques, l'établissement de comparaisons, le recensement des pratiques exemplaires et la réaffectation des ressources en fonction des besoins prioritaires. Les données qui sont et qui seront disponibles au niveau de l'UE grâce, notamment, à la réalisation complète d'enquêtes européennes telles que l'enquête sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), l'enquête de santé européenne par interview et l'enquête européenne sur le handicap, et à la mise en œuvre des règlements d'application relatifs aux statistiques de tous les domaines de la santé publique devraient servir à la définition d'étalons des inégalités de santé qui permettront l'établissement de comparaisons dans le temps et dans l'UE. Il conviendra également d'assurer la cohérence entre ces données et les autres données internationales.

Les causes des inégalités de santé varient selon les États membres et les groupes de population. Les États membres devraient s'employer à établir, en étroite collaboration avec la Commission, un ensemble commun d'indicateurs de suivi des inégalités de santé et une méthode de contrôle de la situation en matière de santé prévalant dans les États membres, en vue de recenser les domaines à améliorer et les pratiques exemplaires et de les classer par ordre de priorité. La Commission pourrait aider les États membres à atteindre leurs objectifs en leur fournissant une analyse et un soutien, sur la base des informations disponibles. Cette aide pourrait être utilement mise à profit par les États membres pour concevoir, hiérarchiser et mettre en place des politiques plus efficaces, adaptées à leur propre situation, et pour mieux exploiter les outils que l'UE met à leur disposition pour appuyer leurs actions.

Le financement de projets pilotes et de projets de jumelage ainsi que de programmes d'évaluation par les pairs pourrait faciliter la mise en œuvre de telles politiques par les États membres. Les évaluations par les pairs devraient comprendre un examen approfondi des politiques, programmes ou mécanismes institutionnels existants considérés comme des pratiques exemplaires.

Actions au niveau de l'UE:

Soutenir la mise au point et la collecte de données et d'indicateurs des inégalités de santé en fonction de l'âge, du sexe, de la situation socioéconomique et de la localisation géographique.

Élaborer des méthodes de contrôle des inégalités de santé dans le contexte du programme de santé, en concertation avec les États membres désireux de participer à ce processus.

Orienter la recherche européenne de manière à combler les lacunes dans le domaine des connaissances sur les inégalités de santé (y compris en menant des actions relevant des thèmes «Santé» et «Sciences socioéconomiques et humaines» du septième programme-cadre de recherche de l'UE).

Accorder une place importante à la recherche et à la diffusion des pratiques exemplaires utiles aux agences de l'UE dans le contexte de la lutte contre les inégalités de santé, y compris: la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail.

Associer tous les acteurs sociaux à l'effort

Réduire les inégalités de santé, c'est avoir un impact sur la santé des personnes dans leur vie quotidienne, au travail, à l'école, durant leurs loisirs et au sein du tissu local. Outre les pouvoirs publics nationaux, les autorités régionales de nombreux États ont des compétences importantes en matière de santé publique et de services de santé et elles doivent donc être activement associées aux actions menées dans ces domaines. Un rôle de premier plan incombe au secteur de la santé, s'agissant d'assurer un accès équitable aux soins de santé et de donner aux professionnels de la santé et aux intervenants d'autres secteurs les moyens de suivre une formation adéquate et d'acquérir les connaissances nécessaires. Les autorités locales, les lieux de travail et les autres acteurs ont, eux aussi, un rôle essentiel à jouer.

Par conséquent, l'amélioration de l'échange d'informations et de connaissances ainsi que de la coordination des politiques menées à différents niveaux de pouvoir et dans différents secteurs (soins de santé, emploi, protection sociale, environnement, éducation, jeunesse et développement régional) peut rendre les actions plus efficaces et leur permettre d'avoir des effets plus étendus et plus cohérents. Il est également nécessaire de nouer des partenariats plus efficaces avec des acteurs capables de contribuer à faire progresser les actions orientées vers différents déterminants sociaux et à améliorer ainsi leurs effets sur la santé.

Il s'agit d'un domaine dans lequel chaque État membre peut tirer des enseignements de l'expérience des autres au moment d'élaborer sa propre stratégie politique. L'UE peut apporter sa contribution à cet effort en renforçant les mécanismes de coordination des politiques et en facilitant l'échange d'informations et de pratiques exemplaires entre États membres et acteurs. Des initiatives telles que le Forum européen sur la politique de la santé, le Partenariat pour la lutte contre le cancer, le Forum «Alcool et santé» ou la Plateforme de l'UE relative à l'alimentation, l'activité physique et la santé sont des moyens importants de faire progresser l'action à mener dans le domaine de la lutte contre les inégalités de santé.

La Commission a indiqué¹⁷ qu'elle avait l'intention, dans le contexte de la MOC sociale, d'avoir davantage recours aux évaluations par les pairs et aux interventions financières du programme PROGRESS et d'envisager des objectifs concernant l'état de santé qui concourent à la mobilisation et à la réalisation des objectifs communs.

La Commission a également l'intention de rebondir sur l'intérêt manifesté par le Comité des régions lors de la consultation sur la présente communication et elle s'efforcera d'accorder une attention particulière aux inégalités de santé dans le cadre des mécanismes de coopération régionale dans le domaine de la santé.

Actions au niveau de l'UE:

¹⁷ COM(2008) 418.

Concevoir des moyens de faire participer activement les parties concernées à l'échelon européen, dans le but d'encourager l'adoption et la diffusion de pratiques exemplaires.

Faire des inégalités de santé l'une des priorités dans le contexte des mécanismes permanents de coopération dans le domaine de la santé entre les régions européennes et la Commission.

Mettre au point des actions et des outils concernant la formation professionnelle en matière de lutte contre les inégalités de santé, au moyen du programme de santé, du FSE et d'autres mécanismes.

Stimuler la réflexion sur la définition d'objectifs au sein du comité de la protection sociale au moyen de documents de consultation.

Répondre aux besoins des groupes vulnérables

Pour être efficace, la lutte contre les inégalités de santé doit reposer sur des politiques comprenant des actions orientées vers le gradient social en général ainsi que des actions ciblant spécifiquement les groupes vulnérables. Une attention particulière doit être accordée aux besoins des personnes vivant dans la pauvreté, des groupes défavorisés de migrants et de personnes appartenant à des minorités ethniques, des personnes handicapées, des personnes âgées ou des enfants vivant dans la pauvreté. Lorsqu'elles se traduisent, par exemple, par un accès limité à des soins de santé adéquats, les inégalités de santé qui frappent certains groupes peuvent être qualifiées d'atteintes aux droits fondamentaux.

La charte des droits fondamentaux de l'Union européenne reconnaît le droit à une aide sociale et à une aide au logement destinées à assurer une existence digne à tous ceux qui ne disposent pas de ressources suffisantes, le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux, et le droit à des conditions de travail qui respectent la santé. La convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant reconnaît différents droits portant sur des besoins élémentaires des enfants, qui ont une influence sur leur santé, tandis que la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées reconnaît à celles-ci le droit d'accéder aux services de santé. La lutte contre les inégalités de santé est l'une des quatre priorités de l'initiative que la Commission a prise en 2009 dans le domaine de la santé des jeunes.

L'évolution démographique et le vieillissement de nos sociétés entraîneront l'apparition de nouveaux enjeux dans le domaine de la santé.

Le Conseil a reconnu la nécessité de prendre des mesures supplémentaires pour répondre aux besoins sanitaires des migrants, des Roms¹⁸ et des jeunes moins favorisés¹⁹. La Commission entame la réalisation d'un projet pilote d'intégration des Roms portant, entre autres, sur la santé et soutenant des interventions intégrées dans les domaines éducatif, social et économique ainsi que la coopération transfrontalière.

Il y a lieu d'accroître le recours à la politique de cohésion et aux Fonds structurels connexes pour promouvoir des interventions visant à améliorer la santé de groupes vulnérables tels que les Roms.

¹⁸ Conclusions du Conseil sur l'intégration des Roms: <http://tinyurl.com/kne9s5>.

¹⁹ Résolution du Conseil du 20 novembre 2008 relative à la santé et au bien-être des jeunes.

Actions au niveau de l'UE:

Prendre, en collaboration avec les États membres, des initiatives de sensibilisation et d'encouragement d'actions visant à améliorer l'accessibilité et l'adéquation des services de santé, la promotion de la santé et les soins préventifs à l'intention des migrants, des minorités ethniques et des autres groupes vulnérables, au moyen d'activités de recensement et d'échange de pratiques exemplaires cofinancées par le programme de santé et d'autres programmes.

Veiller à ce que l'objectif de réduction des inégalités de santé soit pleinement pris en compte dans le cadre des initiatives futures consacrées à la promotion du «vieillissement en bonne santé».

Un rapport sur l'utilisation des instruments et politiques communautaires en faveur de l'intégration des Roms, comprenant une section consacrée aux inégalités de santé, sera élaboré pour le sommet sur les Roms de 2010.

Examiner comment l'Agence des droits fondamentaux pourrait, dans les limites de sa mission, collecter des informations sur l'ampleur de l'exposition des groupes vulnérables aux inégalités de santé dans l'UE, en particulier en ce qui concerne l'accès à des soins de santé appropriés et l'aide sociale et au logement.

Mener des actions dans le domaine des inégalités de santé dans le contexte de l'Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2010).

Améliorer l'efficacité des politiques de l'UE

Comme indiqué au point 3, un certain nombre de politiques européennes sont susceptibles de contribuer directement ou indirectement à la lutte contre les inégalités de santé et il existe, à l'échelle de la Communauté, plusieurs instruments pouvant être mis à profit. Il reste possible d'améliorer la contribution des politiques de l'UE en affinant la compréhension que l'on a de leurs effets sur la santé et en renforçant leur intégration. Il en résulterait une meilleure définition des priorités et une utilisation plus efficace des outils existants.

Même si le principe de la réduction des inégalités de santé fait l'objet d'un consensus général, le degré de sensibilisation au problème et l'étendue des actions correctrices menées varient considérablement. Dans l'UE, plus de la moitié des États membres ne font pas de la réduction des inégalités de santé une priorité politique et les stratégies intersectorielles globales font défaut²⁰. De surcroît, les politiques appliquées font l'objet d'une évaluation et d'une publicité insuffisantes, si bien que la connaissance que l'on a de l'efficacité de ces politiques est limitée. Il incombe, entre autres, à l'UE d'améliorer la coordination des politiques et de promouvoir l'échange de pratiques exemplaires.

Il convient que la Commission continue, par différentes politiques, d'encourager les États membres à assurer un accès plus équitable à des soins de santé et à des systèmes de prévention des maladies et de promotion de la santé qui présentent une qualité élevée. L'UE pourrait participer à l'instauration d'une meilleure coopération entre les systèmes de santé, comme indiqué dans la proposition de directive relative à l'application des droits des patients

²⁰ SEC(2006) 410.

en matière de soins de santé transfrontaliers. Par ailleurs, elle pourrait concourir à une meilleure compréhension des difficultés auxquelles les systèmes de santé doivent faire face en ce qui concerne la capacité de la main-d'œuvre européenne dans le domaine de la santé et proposer des solutions en la matière. Enfin, elle peut contribuer à déterminer les moyens d'utiliser efficacement les nouvelles technologies dans le secteur de la santé.

La politique de cohésion de l'UE est essentielle à la réalisation des objectifs de cohésion économique et sociale de la stratégie de Lisbonne et peut constituer un instrument efficace de lutte contre les inégalités de santé. Les orientations stratégiques actuelles de la Communauté font état de la possibilité d'affecter des fonds à des actions concernant la santé. Environ 5 milliards d'EUR provenant des fonds de cohésion (1,5 % du montant total disponible) seront investis par les États membres dans les infrastructures de santé au cours de la période 2007-2013. Un recours accru aux possibilités de financement qu'offre la politique de cohésion dans le contexte de la lutte contre les inégalités de santé suppose une amélioration de la connaissance des possibilités d'utilisation des fonds dans ce domaine, de la coordination des politiques des différents départements ou services ministériels nationaux et de la capacité technique à concrétiser des investissements dans ce domaine. Il faut s'efforcer d'accorder davantage d'importance à la question de la santé au cours de la prochaine période de programmation et de renforcer la concordance des documents stratégiques de la politique de cohésion de l'UE et des priorités définies dans le contexte de la MOC sociale.

L'application nationale de la législation communautaire en matière de santé et de sécurité au travail ainsi que la stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail offrent une occasion de réduire les inégalités de santé dans l'UE en protégeant la santé des travailleurs et en diminuant l'incidence négative de certains déterminants de la santé. Il conviendrait également d'accorder davantage d'attention à la question des inégalités de santé dans le contexte des efforts visant à promouvoir l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.

À l'heure actuelle, rares sont les actions stratégiques de l'UE qui sont évaluées, après leur mise en œuvre, sous l'angle de leur incidence sur les inégalités de santé. Il importe de s'appuyer sur les travaux existants pour mettre au point un plus grand nombre de mécanismes permettant d'évaluer l'incidence des politiques existantes (ex post) sur la santé de différents groupes de la population, afin de disposer d'informations utiles à l'élaboration des politiques futures. Il ne pourra s'agir de mécanismes «passe-partout» et il conviendra qu'ils s'inspirent des pratiques exemplaires mises en place dans les États membres. En outre, l'UE peut exploiter les rapports existants, tels le rapport sur la cohésion, le rapport sur l'emploi et le rapport sur la stratégie de Lisbonne, afin d'analyser le lien entre les politiques menées et les résultats obtenus dans le domaine de la santé dans les différentes régions de l'UE et dans les différents groupes de la population.

L'UE a également la volonté d'apporter une aide à des pays tiers dans le domaine de la santé et dans les domaines connexes. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a récemment décrit les grandes inégalités de santé existant entre les pays et les groupes sociaux à l'échelle de la planète et elle a préconisé une action concertée à tous les niveaux de pouvoirs²¹. L'action de l'UE dans de nombreux domaines, tels le commerce, l'aide au développement, la collaboration avec des organisations internationales et l'échange de connaissances, peut avoir une influence sur la santé dans les pays tiers. L'expérience acquise

²¹ Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. OMS, 2008.

par l'UE dans le domaine de la lutte contre les inégalités de santé peut également présenter un intérêt en dehors de son territoire. Les possibilités de synergie entre la politique d'aide au développement de la Commission et les actions de réduction des inégalités de santé dans l'UE devraient dès lors être explorées. L'UE devrait également coopérer dans ce domaine avec les organisations internationales compétentes.

Actions au niveau de l'UE:

Maintenir le soutien apporté aux instruments existants de coordination des politiques et d'échange de pratiques exemplaires en matière d'inégalités de santé entre les États membres, comme le groupe d'experts UE sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé²², qui est en rapport tant avec le comité de la protection sociale qu'avec le groupe «Santé publique» du Conseil.

Réexaminer les moyens d'aider les États membres à faire un meilleur usage de la politique de cohésion et des Fonds structurels de l'UE pour soutenir des actions concernant les facteurs qui contribuent aux inégalités de santé.

Encourager les États membres à exploiter davantage les possibilités d'aider les groupes vulnérables et les zones rurales où les besoins sont énormes, que leur offrent la politique de développement rural et la politique des marchés de la PAC (distribution de lait et de fruits dans les établissements scolaires et d'aliments aux personnes les plus démunies).

Maintenir un dialogue stratégique avec les États membres et avec les acteurs sur la question de l'équité et sur d'autres valeurs fondamentales pour la santé, comme le prévoit la stratégie de l'UE en matière de santé.

Fournir un financement au titre du programme PROGRESS, y compris en faveur d'évaluations par les pairs, et publier un appel à propositions en 2010, dans le but d'aider les États membres à élaborer des stratégies adaptées.

Organiser un forum «Restructurations et santé» afin d'examiner les mesures susceptibles de réduire les inégalités de santé.

Adopter une initiative de la Commission sur le rôle de l'UE en matière de santé à l'échelle mondiale.

6. PROCHAINES ÉTAPES

La lutte contre les inégalités de santé est un processus de longue haleine. Les actions énoncées dans la présente communication ont pour but de constituer les grandes lignes d'une stratégie à long terme dans ce domaine. Sur la base dudit document et des discussions futures au Conseil, la Commission entend collaborer activement avec les États membres et les acteurs dans la période qui s'annonce. Un premier rapport sur l'évolution de la situation sera rédigé en 2012.

²² Le mandat actuel peut être consulté à l'adresse suivante:
http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/osc/l_29120061021fr00110032.pdf.