

Europe communautaire et **santé publique**

En 1990, un colloque de l'École nationale de la santé publique interrogeait *où se décide l'Europe de la santé ?*, nous pourrions reprendre la question sous la formule *où se construit l'Europe de la santé ?* La réponse est sans ambiguïté : à Bruxelles et à Luxembourg (CEE) mais également à Strasbourg (CEE et Conseil de l'Europe) et à Copenhague (OMS). C'est dire que la Communauté économique européenne n'a pas eu jusqu'à présent le monopole des initiatives en matière de programmes de santé européens, loin de là : les travaux du « groupe Pompidou », au sein du Conseil de l'Europe, depuis 1971, sur la lutte contre la toxicomanie ou le récent programme de lutte contre l'alcoolisme proposé par le bureau européen de l'OMS en sont deux témoignages parmi beaucoup d'autres.

Cependant, à l'heure de Maastricht, nous avons choisi de centrer ce dossier, l'Europe et la santé, sur l'Europe communautaire, « l'Europe des douze ».

L'Europe de la santé, pas plus que l'Europe sociale ou l'Europe « verte » (environnement), ne figurait dans les objectifs premiers du *traité de Rome* (1957), traité à objectifs essentiellement économiques privilégiant surtout l'établissement d'un marché commun.

Pourtant l'idée de la construction européenne a depuis beaucoup évolué et une forte volonté politique des États membres a permis un élargissement progressif des compéten-

ces et des interventions de la Communauté européenne, soit par une modification des termes du traité, soit par une interprétation plus large de ceux-ci. Par rapport au champ qui nous intéresse, deux dates clés méritent d'être relevées.

1972. Réunis pour une première conférence au sommet, les chefs d'État ou de gouvernements redécouvrent l'article 2 du traité de Rome et sa référence au « relèvement accéléré du niveau de vie » et se prononcent pour la promotion de politiques de « la qualité de vie » : environnement, protection des consommateurs, protection des travailleurs.

1986. L'Acte unique européen est signé, qui consacre l'introduction de l'environnement et de la recherche dans les compétences de la Communauté, et une (timide) référence à la santé (article 100 A). 1986 est également l'année à partir de laquelle le Conseil des ministres de la santé se réunit régulièrement en tant que formation du Conseil.

Malgré le manque de base juridique, une volonté politique de promouvoir une politique de santé s'est ainsi progressivement affirmée, en particulier au travers du Conseil européen (chefs d'État ou de gouvernement). Cette volonté va se traduire soit dans le cadre de l'application des libertés communautaires fondamentales (libre circulation des marchandises et des personnes), soit par le développement du volet sanitaire de politiques communes. Par ailleurs, même en l'absence de compétence particulière, les ministres de la santé ont, depuis 1986, ébauché la construction d'une politique commune de santé publique, à laquelle la mise en œuvre des dispositions du traité de Maastricht, s'il devient applicable, devrait donner un nouvel essor. ■

Sommaire

- II La santé dans les politiques communautaires
- VI La politique communautaire de santé publique
- XII La santé publique et le traité de Maastricht
- XIV Tribunes
- XX Annexes



La santé

dans les politiques communautaires

Antérieurement puis parallèlement à la construction d'une politique européenne de santé publique, les initiatives communautaires à caractère sanitaire n'ont cessé de se développer depuis les années 1970 dans le cadre des politiques communes. La mise en place du marché unique et l'application des libertés communautaires fondamentales (libre circulation des personnes et des biens) a conduit à construire une Europe des médicaments et une Europe des professions de santé, tandis que d'autres politiques communautaires (Europe sociale, environnement, recherche, protection des consommateurs) prenaient de plus en plus en compte des préoccupations liées à la santé.

Dans un premier temps, l'application des libertés communautaires fondamentales a entraîné la construction de l'Europe des médicaments et de l'Europe blanche.

L'Europe des médicaments

Le médicament a d'abord été perçu dans sa dimension marchande. C'est à ce titre que les premières mesures prises ont visé à supprimer les entraves techniques à sa libre circulation. La politique communautaire s'est accélérée dans ce domaine depuis 1983, intégrant progressivement la dimension santé, notamment au travers d'une politique d'information sur le médicament. Cette politique a abouti en particulier à l'adoption en mars 1992 de quatre directives applicables au 1^{er} janvier 1993, concernant la distribution en gros des médicaments, leur statut légal, l'étiquetage et la notice, les règles de publicité et à l'adoption d'un règlement prévoyant la mise en place d'une agence européen-

ne du médicament (futur système d'autorisation et d'enregistrement des médicaments)

« L'Europe blanche »

L'Europe des professions de santé, communément appelée « Europe blanche » trouve son origine dans l'article 57 du traité CEE qui prévoit, dans le cadre du principe de la libre circulation des personnes, le processus juridique de reconnaissance mutuelle des diplômes et la coordination des conditions d'exercice dans les différents États membres. L'adoption d'une première directive, concernant les médecins remonte à 1975, cinq autres ont ensuite été adoptées concernant les dentistes (1978), les sages-femmes (1980), les pharmaciens (1985), les infirmières (1987) avant qu'une directive plus générale instaure un système de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur sanctionnant des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans (directive du

20 janvier 1988). L'Europe blanche est donc une réalité juridique mais elle n'a pas donné lieu jusqu'à présent à d'importants flux migratoires.

D' autres politiques communautaires développent un volet santé.

L'Europe sociale et la protection des travailleurs

« Malgré la volonté des signataires du traité de Rome de promouvoir l'amélioration des conditions de vie et de travail, la construction européenne a toujours été caractérisée par un retard de la dimension sociale par rapport à la dimension économique dans le processus économique »*. La politique sociale, menée notamment à travers les interventions du Fonds social européen mis en place dès 1960, s'est surtout axée sur les problèmes d'emploi (mobilité, reconversion... et actuellement lutte contre le chômage de longue durée, insertion professionnelle des jeunes de moins de 25 ans). Les questions concernant la protection sociale par contre n'ont que peu avancé (sauf l'adoption dès 1958 d'un régime de sécurité sociale des travailleurs migrants dans l'objectif, économique, de faciliter la mobilité des travailleurs). L'adoption de la Charte sociale européenne en 1989 par onze États membres (les douze moins le Royaume-Uni) qui pose un certain nombre de principes et consacre des droits sociaux qui devront être garantis et mis en œuvre et le programme d'action sociale triennal qui l'a accompagnée, ont relancé la

politique sociale.

Par contre on ne peut parler de retard en ce qui concerne la protection (physique) des travailleurs. « La protection contre les accidents et les maladies professionnelles » était dès l'origine inscrite dans le traité de Rome (article

Les actes communautaires

Nature des actes

Les actes communautaires sont définis par l'article 189 du traité CEE.

Règlement

Le règlement communautaire a une portée générale, il est obligatoire dans tous ses éléments et est directement applicable dans tout État membre. Il est obligatoirement publié au *journal officiel* des Communautés européennes. Il s'impose à tout ressortissant communautaire (au même titre qu'une loi nationale).

La procédure d'élaboration et d'adoption de ces actes est complexe et diffère selon les matières, cependant on peut dire qu'elle fait intervenir trois institutions (la Commission, le Parlement et le Conseil) entre lesquels les rôles se répartissent, de façon générale, ainsi :

La Commission

La Commission fait les propositions et les transmet au Con-

Directive

La directive lie les États membres, elle leur impose un résultat à atteindre tout en laissant aux instances nationales la compétence quant à la forme et aux moyens à mettre en œuvre pour parvenir à ce résultat.

Décision

La décision ne s'adresse qu'aux destinataires qu'elle désigne, un ou plusieurs États, un ou plusieurs particuliers. Elle est obligatoire dans tous ces éléments pour ces destinataires.

Recommandation, résolution et avis

La recommandation, la résolution et l'avis n'ont aucun caractère obligatoire, l'avis n'est souvent guère plus que l'expression de l'opinion d'une institution, la résolution est une déclaration d'intention politique et la recommandation est une invite à l'adoption par les États membres de comportements ou de lignes de conduite suggérés.

Élaboration et adoption

seil, et le cas échéant au Parlement ; les différentes procédures lui confèrent un large pouvoir d'initiative qui a parfois été critiqué.

Le Parlement

Le Parlement est consulté sur l'adoption de certains actes, il vote alors un avis. Le rôle du parlement dans cette procédure a quelque peu été renforcé par l'Acte unique européen

(1987) – procédure dite de coopération – et le serait encore par l'entrée en application du traité de Maastricht.

Le Conseil

Le Conseil adopte les actes, par un vote à la majorité requise (majorité simple, majorité qualifiée ou unanimité, selon la matière et selon la procédure préalable).

118), puis l'Acte unique européen a simplifié les procédures pour l'adoption de directives quant à des prescriptions minimales concernant « l'amélioration notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des

* Y. Stamatou, in L'Europe des communautés, les notices.

travailleurs » (article 118 A). La Communauté a été très active sur ce champ, à titre d'exemple, la dernière directive adoptée en avril 1993 concerne la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à certains agents biologiques sur leur lieu de travail.

Enfin notons que la politique communautaire en faveur des handicapés est également développée dans le cadre de l'Europe sociale (cf. *Actualité et dossier en santé publique* n° 1)

Environnement

Bien avant que l'adoption de l'acte unique européen vienne, en 1986, consacrer juridiquement la compétence de la Communauté en matière d'environnement (article 130 R), celle-ci a développé une politique dans ce domaine. Depuis 20 ans, quatre programmes se sont succédés et plus de 200 directives ont été adoptées, elles concernent la lutte contre les pollu-

tions et les nuisances (eau, déchets, produits chimiques, bruit), la sécurité nucléaire, la protection et la valorisation des ressources naturelles et la maîtrise des risques de biotechnologies. Toutes ces mesures ont évidemment un impact sur la santé, certaines très directement, par exemple : la protection des travailleurs contre le bruit, la protection contre les rayonnements ionisants des travailleurs de l'industrie nucléaire et de la population en général... La mise en œuvre de ces directives n'est cependant pas toujours bien respectée par les États membres, ce qui n'empêche pas la Communauté de continuer à avoir

une politique ambitieuse en la matière. Un cinquième programme « vers un développement soutenable » a été adopté par la Commission en mars 1992 (1993-2000), l'intégration d'une composante environnementale dans toutes les autres politiques est aussi recherchée.

Recherche

La compétence européenne en matière de recherche a également été consacrée par l'adoption de l'Acte unique européen (article 130 F). Mais dès 1973, sous l'impulsion politique, un comité européen de la recherche et du développement est réuni, et en 1974 quatre premières résolutions sont adoptées jetant les bases d'une coordination et d'actions communes. L'Acte a institutionnalisé une procédure en deux temps, un programme cadre donnant les orientations et les masses budgétaires, mis en œuvre par des programmes spécifiques, le rôle de la Communauté se situant surtout au niveau de la coordination des efforts nationaux. Le troisième programme cadre (1990-1994) comprend six domaines d'action qui donnent encore la priorité aux préoccupations de compétitivité industrielle, pourtant, on y voit apparaître un nouveau pôle fort, sciences et technologies du vivant (13 % des dépenses) dont un programme « recherche biomédicale et santé » doté de 133 millions d'euros.

Protection des consommateurs

Depuis un arrêt de la cour de justice rendu en 1979, tout produit légalement fabriqué et commercialisé dans un pays de la Communauté doit être admis sur le marché de tout État membre. Une réglementation nationale ne peut interdire l'importation d'un produit que pour des raisons touchant à la santé publique ou à la défense des consommateurs (qui priment alors sur l'exigence de libre circulation des marchandises). La Commission a depuis lors concentré ses efforts sur la définition et l'application de « normes fondamentales de santé et de sécurité », de très nombreuses directives réglementent ainsi la composition de denrées alimentaires, de produits cosmétiques, l'utilisation des colorants, la sécurité des voitures ou des jouets, etc. Par ailleurs des systèmes d'alerte et de collecte de données (par exemple sur les accidents à domicile) ont été mis en place.

À noter que cette jurisprudence sur la protection de la santé publique a été confirmée dans des affaires concernant la publicité. Ainsi, dans un arrêt du 25 juillet 1991, la Cour de justice européenne a considéré que « la publicité constitue une incitation à la consommation et qu'une réglementation qui limite les possibilités de publicité en faveur des boissons alcoolisées et cherche à lutter contre l'alcoolisme répond à des préoccupations de santé publique ».

Le SGCI

Bien que peu connu du grand public, ni même des fonctionnaires, le secrétariat général du comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne (SGCI) est la plaque tournante et le catalyseur de toutes les liaisons en amont et en aval, entre le gouvernement et les administrations françaises d'une part, les institutions communautaires d'autre part. Son rôle est déterminant pour l'élaboration des positions françaises, pour les négociations et pour l'insertion des décisions communautaires dans le droit interne.

SGCI, 2, boulevard Diderot, « Carré Austerlitz », 75012 Paris

Les institutions de la Communauté européenne

sont communes depuis 1967 aux trois organisations : CEE, CECA, Euratom.

Le Conseil européen réunit les chefs d'État ou de gouvernement des États membres. Il a été institutionnalisé par l'Acte unique européen (1986) mais il se réunit depuis 1974, au moins deux fois par an. Il n'a pas de pouvoir décisionnel mais il joue un rôle important d'impulsion et d'orientation politiques.

La Commission européenne comprend 17 membres (dont deux français, M. Delors et M^{me} Scrivener) désignés d'un commun accord et pour 4 ans par les gouvernements des « douze ». Elle a pour mission ► d'assurer le respect des règles communautaires et des principes du marché commun (elle peut infliger des amendes, saisir la cour de justice,...) ► de proposer au Conseil toute mesure utile au développement des politiques communautaires (cf. son rôle dans l'élaboration des actes communautaires) ► de mettre en œuvre les politiques communautaires sur la base des décisions du Conseil, ou directement des dispositions des traités. À ce titre, la Commission administre des fonds (ex. le fonds social européen) et des programmes communs qui absorbent l'essentiel du budget communautaire.

Comité économique et social

Le parlement européen est composé de 518 membres élus, depuis 1979, au suffrage universel direct. Il a pouvoir de contrôle politique sur la Commission qu'il peut démettre par le vote d'une motion de censure à la majorité des 2/3. Il vote le budget. Il participe au processus législatif de la Communauté en donnant des avis sur les textes proposés par la Commission.

Le Conseil ou **Conseil des ministres** est le centre des décisions de la Communauté. C'est lui qui adopte les principaux textes communautaires et est donc le législateur de la Communauté. Il rassemble les représentants des États membres. Il n'existe qu'un seul Conseil des ministres mais il se réunit en différentes formations selon les matières inscrites à l'ordre du jour des réunions (Conseil *agriculture* ou Conseil *santé*,...). Le Conseil est aidé dans ses travaux par le COREPER (comité des représentants permanents des États membres auprès des Communautés) et par un secrétariat général.

La cour de justice européenne est formée de treize juges assistés de six avocats généraux, tous nommés pour six ans d'un commun accord par les gouvernements des « douze ». Elle a pour mission ► d'annuler, à la demande d'une institution communautaire, d'un État ou d'un particulier directement concerné, les actes de la Commission, du Conseil ou d'un gouvernement qui seraient incompatibles avec le droit communautaire ► de se prononcer, à la demande d'un tribunal national, sur l'interprétation ou la validité des dispositions du droit communautaire.



La politique communautaire de santé publique

À partir de 1986, sans véritable fondement juridique, mais sous l'impulsion politique des chefs d'État et de gouvernement qui souhaitent rapprocher la construction de l'Europe des préoccupations de ses citoyens, se dessine peu à peu une politique de santé publique. La réunion régulière du Conseil des ministres de la santé en est une première manifestation. Mais cette politique prend une véritable dimension avec l'adoption de programmes de lutte contre les grands « fléaux ».

À partir de 1986, le Conseil se réunit régulièrement dans une formation « Conseil des ministres de la santé » et adopte de nombreux textes dans des domaines variés : tabac, cancer, sida, toxicomanie, dopage, maladies cardio-vasculaires, produits sanguins, toxicologie,... (voir liste en annexe). La très grande majorité des textes sont des résolutions ou conclusions prises sur la base de l'article 235 (article « fourre-tout » du traité de Rome), cependant quelques directives sont prises sur la base de l'article 100 A (mise en place du marché unique) en particulier les directives tabac.

Parallèlement des crédits sont votés par le Parlement (dépenses non obligatoires) pour soutenir des études, actions ou programmes en santé publique (voir page ci-contre).

Enfin une unité « Santé Publique » est constituée au sein de la DG v (direction générale de l'emploi, des relations industrielles et des affaires sociales, voir ci-contre).

La variété des textes adoptés par le Conseil santé donne une impression de pointillisme voire d'opportunisme, comme si chaque présidence avait tenu à marquer son passage par

l'adoption d'un ou plusieurs textes sur un thème auquel son pays est particulièrement sensible. Cependant, parallèlement, le besoin de développer une approche plus globale et intégrée s'est fait ressentir. C'est à partir de cette idée que sont construits les trois programmes qui constituent les interventions les plus apparentes de la politique communautaire en matière de santé publique : le programme européen de lutte contre le cancer, le programme européen de lutte contre le sida, le plan de lutte contre la drogue.

Lutte contre le cancer

Le programme européen de lutte contre le cancer est le programme phare de l'Europe de la santé. Il a été le premier programme santé global de la Communauté et son adoption a même constitué, par la volonté politique qui l'a sous-tendue, l'amorce de la politique de santé communautaire.

Réunis à Milan en juin 1985, en Conseil européen, les chefs d'État ou de gouvernement

Budget général des Communautés européennes

Chapitre B 3-43 Santé

B 3-430	Actions dans le domaine de la protection sanitaire des citoyens.	
B 3-4300	Lutte contre le cancer	10 785 000
B 3-4301	Lutte contre le sida et autres maladies transmissibles	8 300 000
B 3-4303	Protection sanitaire du citoyen et mesures de lutte contre l'abus d'alcool	4 800 000
B 3-4304	Pollution de l'environnement et santé	1 000 000
B 3-431	<i>Santé et sécurité sur les lieux de travail</i>	
B 3-432	<i>Année européenne pour la sécurité, l'hygiène et la santé sur le lieu de travail</i>	

Chapitre B 3-44 Lutte contre les drogues

B 3-440	Lutte contre l'abus des drogues	3 300 000
B 3-441	Observatoire européen des drogues et actions préparatoires	4 800 000

La Commission subventionne directement les projets qui lui sont soumis (sans passer par les États membres). Ces projets doivent entrer dans l'une des lignes d'action de la politique de santé communautaire.

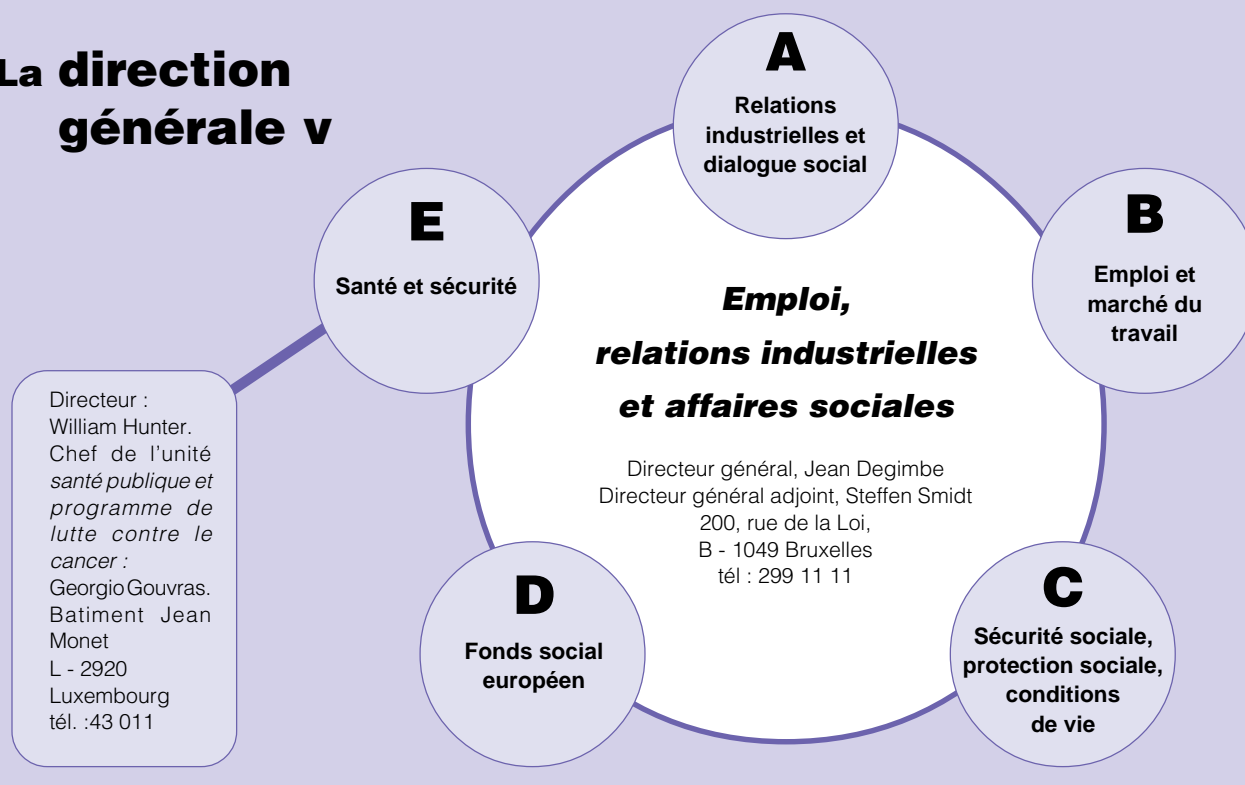
La Commission retient également comme critère de sélection la « plus value communautaire » qu'offre le projet.

Les formulaires de demande de financement doivent être demandés à l'adresse suivante :

Commission des Communautés européennes
DG V/E/I, Unité santé publique
Bâtiment Jean Monnet C 4/90
L-2920 Luxembourg

*Les sommes sont en écu (1 écu vaut 6,58 F au 28/5/93).
Sources : JO des Communautés européennes L 31 du 8 février 1993.*

La direction générale v



adoptent le principe d'un programme européen de lutte contre le cancer. Dès janvier 1986, un comité de cancérologues est nommé auprès de la Commission pour la conseiller dans l'élaboration de ce programme et le 7 juillet 1986 le Conseil des ministres adopte une résolution concernant un programme d'action contre le cancer (JO des Communautés européennes du 23 juillet 1986). La Commission prépare alors un plan d'action 1987-1989. Ce premier plan d'action ne compte pas moins de 75 proposi-

tions d'actions... regroupées dans 4 chapitres, prévention, information et éducation sanitaire, formation des personnels de santé, recherche. En mai 1990, elle présente au Conseil un rapport d'exécution sur ce plan (COM 90/85) et le 7 mai 1990, un deuxième plan d'action 1990-1994 est adopté par décision du Conseil (cf. annexe). Il est plus précis et plus concis à la fois que les textes de 1986 et 1988 pré-cités et a été doté de 50 millions d'écus.

Le programme européen de lutte contre le cancer

Sans pouvoir être exhaustif, on peut citer quelques réalisations concrètes de ce programme

Information, sensibilisation du public

- Mise en œuvre d'une année européenne (1989) et de semaines européennes de l'information sur le cancer
- Adoption et promotion du « code européen contre le cancer »
- Réalisation d'un sondage Eurobaromètre

Éducation pour la santé

- Conférences européennes sur « l'éducation à la santé et la prévention du cancer dans les écoles » à Dublin en 1990 et Montpellier en 1991
- Universités d'été de formation de formateurs
- Festival européen de l'éducation à la santé par l'audiovisuel à Royan en 1992

Formation des personnels de santé

- La Commission a réuni trois comités consultatifs pour proposer des recommandations concernant la forma-

tion des médecins, des infirmières, et des dentistes en matière de cancer (JO des Communautés européennes du 27 novembre 1989)

- Ces programmes de formation ont été repris dans les attendus de la décision du 7 mai 1990 comme devant être diffusés
- Soutien financier des actions de formation continue

Diagnostic précoce et campagne de dépistage

- Un réseau européen de dépistage précoce des cancers du sein a été mis en place dès 1989
- Un réseau équivalent de dépistage des cancers du col de l'utérus est prévu pour 1993
- En octobre 1992, la Commission publiait des recommandations européennes en matière d'assurance de la qualité du dépistage mammographique (DG V -775-92)

Lutte contre le tabac

C'est surtout dans ce domaine que les mesures prises ont le plus marqué, puisque trois directives ont pu être adoptées, sur la base de l'article 100 A (réalisation du marché unique) : deux

directives concernant l'étiquetage des produits du tabac (avertissements spécifiques), une directive concernant la teneur maximale en goudron des cigarettes. Par contre, une proposition de directive concernant la publicité à laquelle la France tient beaucoup, n'a pour le moment pas abouti.

Lutte contre les agents cancérigènes

Il faut souligner également de nombreuses avancées dans la lutte contre les agents cancérigènes : plusieurs directives ont été prises dans le cadre de la politique communautaire de protection des travailleurs ou de celle de protection des consommateurs et beaucoup d'études, sur ces facteurs, financées.

Programme de recherche

De même il faut souligner le vaste programme de recherche, géré dans le cadre du programme communautaire de recherche, mais partie intégrante de ce programme « Europe contre le cancer » et qui concerne aussi bien l'observation (registres) que la recherche sur les cancers professionnels ou la recherche clinique.

Lutte contre le sida

Le sida est, avec le cancer, l'un des thèmes qui aura contribué à forger une Europe de la santé et là également, l'impulsion politique aura été déterminante.

En 1986, au sommet de Londres, le Conseil européen mandate le Conseil et la Commission pour organiser une coopération en matière de lutte contre le sida. À partir de cette date, ce thème figure pratiquement toujours à l'ordre du jour du Conseil des ministres de la santé et pas moins de 15 décisions, résolutions ou conclusions ont été adoptées. Beaucoup de ces textes ont été pris sous impulsion française et, dans le contexte de l'époque, ils ont été déterminants par rapport à la définition des politiques nationales (sur le dépistage par exemple ou sur la non discrimination à l'égard des personnes infectées). Mais l'ensemble était révélateur de la dispersion des initiatives des Conseils santé, aussi en 1989, sous présidence française du Conseil, l'idée d'un véritable programme de lutte contre le sida est avancée.

Cette idée débouche sur l'adoption de la résolution du 22 décembre 1989 qui invite la Commission à présenter un plan d'action globale. Dix-huit mois plus tard, le 4 juin 1991, le Conseil des ministres de la santé adopte un plan d'action 1991-1993, le programme « L'Europe contre le sida ». Ce plan d'action se décompose en 10 « actions » (cf. annexe). Pour sa mise en œuvre, la Commission est assistée d'un comité consultatif composé des représentants des États membres. Il est doté d'un budget de 6 millions d'écus.

Lutte contre la toxicomanie

Alors que le Conseil de l'Europe a, dès 1971, au travers des travaux du groupe de travail dit « groupe Pompidou », manifesté une activité de coordination intense en matière de lutte contre la toxicomanie, ce n'est qu'à partir de 1989 que les douze ébauchent une politique communautaire en la matière, d'abord au travers de l'adoption de plusieurs conclusions du Conseil des ministres de la santé (cf. liste en annexe). Mais là encore, le véritable coup d'envoi est donné par le Conseil européen : mise en place en 1989 d'une structure originale composée de hauts fonctionnaires, le Comité européen de lutte anti drogue (CELAD), en juin

Le programme européen de lutte contre le sida

La Commission a présenté en mars 1993 un rapport intermédiaire sur la réalisation du programme adopté en juin 1991. « Le soutien de projets réalisés dans les États membres constitue la principale méthode de mise en œuvre du programme. Ces projets ont été sélectionnés sur la base de demandes de financement présentées à la Commission par des organismes travaillant ou souhaitant travailler dans le domaine du sida. La Commission a en outre été à l'origine de divers projets visant à garantir l'équilibre entre les différentes actions du programme. » En tout, quelque 80 projets avaient reçu, fin 1992, un soutien au titre de ce programme.

Action par action, ce rapport donne un aperçu du type de projets subventionnés : il s'agit d'interventions, mais aussi largement d'études, de colloques, d'échanges de professionnels...

On peut retenir qu'au titre de l'action 2 « information et sensibilisation du public et de cer-

tains groupes cibles », le comité consultatif ne souhaite pas organiser des campagnes à l'échelle communautaire compte tenu des différences importantes de culture et de traditions entre États membres. Seule l'élaboration d'un code européen fait l'objet d'une étude de faisabilité. On relève également, au titre de l'action 4 « prévention de la transmission du VIH » le souhait de la Commission de promouvoir l'autosuffisance en produits sanguins et le projet d'introduire une norme communautaire en matière de préservatifs masculins.

Il ne faut pas omettre, à propos de la lutte contre le sida, dans la Communauté, le soutien au sein du programme de recherche « BIOMED » (biomédecine et santé, cf. *supra*), de projets de recherche dans les domaines suivants : prévention du sida, recherche fondamentale et recherche clinique sur le sida, mise au point de vaccins et essais de médicaments anti-viraux contre le sida.

1990, le Conseil européen de Dublin invite le CELAD à élaborer un plan européen de lutte contre la drogue qui est adopté par le Conseil européen de Rome du 14 décembre 1990. Le caractère intersectoriel de la lutte contre la drogue nécessitait l'intervention des chefs d'État. Ceux-ci ont donc défini le cadre politique qui devait être ensuite mis en œuvre par les instances compétentes. Ce plan propose cinq domaines d'actions ► action de coordination

au niveau des États membres ; ► observatoire européen sur le phénomène de la drogue (voir page ci-contre) ; ► actions en vue de la réduction de la demande de drogue ; ► actions dans le domaine de la répression du trafic illicite ; ► actions au niveau international.

Les trois premiers volets recouvrent soit des actions à mettre en œuvre au niveau des États membres, soit des actions communautaires, les deux derniers volets sont particulièrement développés. Ce plan fait largement référence aux travaux du groupe Pompidou mais également, compte tenu du caractère mondial du problème

Le plan européen de lutte contre la drogue

La Commission a rendu deux rapports sur les politiques nationales de lutte contre la toxicomanie et la politique communautaire (rapports du 8 novembre 1990 et du 25 mai 1992). Le premier précédait l'adoption du plan européen. Dans le deuxième (communication du 25 mai 1992 au Conseil SEC (92)725 final) la Commission fait état des évolutions dans la réponse des différents États aux problèmes des toxicomanes, du fait de l'apparition du sida, elle mentionne les quelques activités communautaires dans les domaines de la prévention et de la formation (en lien avec le plan Éducation pour la santé), et « des mesures spécifiques de santé publique » à prendre en lien avec le programme l'Europe contre le sida.

Les réalisations concrètes restent cependant encore relativement modestes : première semaine européenne de lutte contre la drogue et la toxicomanie en novembre 1992 ; mise en place de l'observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (règlement adopté le 8 février 1993, JO des Communautés européennes du 12 février 1993) qui n'est pourtant pas encore effective faute d'un accord sur son siège.

Il faut mentionner des mesures complémentaires dans deux domaines :

- la surveillance du commerce international des précurseurs (produits chimiques susceptibles d'être détournés pour la fabrication de stupéfiants et psychotropes), règlements du 13 décembre 1990 et du 31 mars 1992 ;
- la lutte contre le blanchiment de l'argent, directive de juin 1991.

du trafic et de l'usage de drogue et des mesures qu'il appelle, au programme mondial d'action adopté le 23 février 1990 par les Nations unies. Ce plan a été révisé et actualisé au Conseil européen d'Edimbourg (décembre 1992).

Nouvelles approches

On peut voir au travers des thèmes des textes adoptés ou même des trois programmes précédents que, jusqu'à présent, l'approche des problèmes de santé par la Communauté européenne est restée le plus souvent verticale, par pathologies ou facteurs de risque. Deux textes relativement récents méritent d'être commentés parce qu'ils proposent une approche différente et présagent peut-être de la future Europe de la santé, la résolution du 13 novembre 1992 concernant l'éducation à la santé et celle du 11 novembre 1991 concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé.

L'éducation pour la santé

La Communauté européenne a depuis 1989 un programme d'éducation pour la santé. Mais de façon un peu paradoxale, ce programme faisait suite à une résolution des ministres de l'Éducation (résolution du Conseil du 23 novembre 1988, JO des Communautés européennes du 5 janvier 1989) et ne concernait donc que l'éducation pour la santé à l'école. Cependant ce programme était suivi, au niveau de la Commission par la DG v (cf. encadré page VII). Cette résolution engageait la Commission et les États membres à développer des activités au niveau des États et au niveau communautaire afin de promouvoir au sein de l'école des modes de vie qui favorisent la santé, au travers de la vie scolaire quotidienne, de l'ensemble des matières enseignées et du développement de programmes spécifiques.

Dans sa communication au Conseil sur la mise en œuvre de cette résolution (communication de la Commission au Conseil, 11 mai 1992, SEC(92)476 final), la Commission, après avoir fait valoir les progrès réalisés au niveau de chaque État membre et les activités communautaires développées, demandait le prolongement et le renforcement de ce programme. C'est chose faite, mais sous une forme élargie. Le 13 novembre 1992, ce sont d'abord les

Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie

Fonctions¹

Collecte et analyse des données existantes	Diffusion des données	Amélioration de la méthodologie de comparaison des données
Demande et réduction de la demande de drogues	Stratégies et politiques nationales et communautaires	Coopération avec des organismes et organisations européens et internationaux et avec des pays tiers
Coopération internationale et géopolitique de l'offre	Contrôle du commerce des stupéfiants, des substances psychotropes et des produits précurseurs	Implications du phénomène de la drogue pour les pays producteurs, consommateurs et de transit, y compris blanchiment de l'argent

Domaines prioritaires²

¹ article 2 du règlement du 8 février 1992

² article 4 et annexe

ministres de la santé qui ont adopté des conclusions sur l'éducation pour la santé, en élargissant considérablement son champ : ces conclusions insistent sur « tous les milieux » dans lesquels doit être diffusée une meilleure éducation à la santé, ainsi que sur « la coopération des différents professionnels et des autorités responsables de la santé publique et celles qui sont chargées de l'enseignement ». Les ministres de l'Éducation, dans une session du Conseil du 27 novembre 1992, ont de leur côté adopté des conclusions dans le même sens.

La résolution du 11 novembre 1991

La résolution du Conseil du 11 novembre 1991 concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé constitue la proposition la plus avancée, jusqu'à présent, en matière

de définition d'une politique globale de la santé de la part de la Communauté. Dans ce texte les ministres de la santé réunis en Conseil, s'ils commencent par rappeler qu'il « appartient aux États membres de définir l'organisation et le financement de leur système de soins de santé et d'arrêter les choix fondamentaux de leur politique en matière de santé », dressent ensuite une liste de sujets « qui méritent une réflexion commune... et/ou des efforts communs », aussi vaste et variée que l'établissement de données comparatives par la mise en place de systèmes d'information pertinents, sur la base de priorités fixées au préalable, la mise au point de stratégies et la définition de priorités, l'allocation des ressources, la suppression des disparités entre offre et demande, la démographie médicale, ou encore la réduction des différences de l'état de santé dans les États membres et entre eux. ■



La santé publique et le traité de Maastricht

Le traité de Maastricht, malgré les dispositions relativement restrictives de son article 129, ouvre de nouvelles perspectives pour la construction d'une Europe de la santé publique. Les débats et propositions sur ce qu'elle pourrait être sont déjà largement entamés.

La santé fait partie des domaines sur lesquels les compétences de la Communauté ont été étendues par le traité de Maastricht au même titre que : l'éducation, les réseaux trans-européens, l'industrie, la protection des consommateurs, la culture et la coopération au développement.

Le principe de subsidiarité

Cette extension des compétences doit se faire dans le respect d'un principe, essentiel, le principe de subsidiarité qui commande de ne confier aux institutions européennes que ce qui peut être mieux fait au niveau communautaire.

La subsidiarité

« La Communauté agit dans les limites des compétences qui lui sont conférées et des objectifs qui lui sont assignés par le présent traité. Dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la Communauté n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire. L'action de la Communauté n'excède pas ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs du présent traité. » (article 3 B du titre II)

Ce principe veut éviter toute intervention abusive de la Communauté et assurer le respect des compétences entre les différents niveaux, régional, national, et communautaire.

Le traité de Maastricht propose aussi d'importantes modifications de procédure : afin d'accroître l'efficacité des actions entreprises par la future Union, le vote du Conseil à la majorité qualifiée est étendu à de nouveaux domaines. Parallèlement, afin d'accroître la légitimité démocratique de cette Union, les pouvoirs du Parlement sont accrus sur certains domaines, dont la santé, par l'institution de la procédure de co-décision (article 189 B) ; cette procédure permettra au Parlement d'arrêter conjointement avec le Conseil les règlements, directives, résolutions,... concernant ces domaines, et de disposer d'un droit de veto.

Enfin, notons que le traité prévoit une coopération renforcée dans des domaines qui ne relèvent pas des compétences communautaires, puisqu'elles touchent aux politiques judiciaires, douanières et policières des États, mais où cette coopération étroite est rendue nécessaire par la libre circulation des personnes, neuf « questions d'intérêt commun » sont concernées (article K 1), dont la lutte contre la toxicomanie.

L'article 129

C'est l'article 3 du traité de Maastricht qui énumère les futurs nouveaux domaines de compétences de la Communauté : « Aux fins énoncées à l'article 2, l'action de la Communauté comporte, dans les conditions et selon les rythmes prévus par le présent traité : [...] o) une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé, [...] ». Mais c'est l'article 129 qui définit le champ et la portée de cette nouvelle compétence en matière de santé.

L'action de la Communauté doit se situer au niveau de la coopération entre États membres (et avec des pays tiers). Cette action doit porter sur la prévention, en s'appuyant sur la recherche sur les causes et sur l'éducation pour la santé. Elle est ciblée sur les « grands fléaux », l'accent étant mis sur la toxicomanie.

Par ailleurs, l'article 129 n'apporte pas de moyens d'intervention nouveaux aux ministres de la santé : le Conseil ne pourra toujours adopter, sur la base de cet article, que des recommandations ou, selon la procédure de la co-décision, des programmes d'actions. Si des directives sont adoptées, ce sera comme jusqu'à présent sur la base d'autres articles.

Cette nouvelle compétence est donc extrêmement encadrée, elle légitimera par contre la politique menée jusqu'à présent. Encore que, du fait de l'application par ailleurs du principe de subsidiarité, certains ont pu craindre qu'une interprétation trop stricte des textes puisse entraîner un recul dans cette politique.

L'article 129 apporte un élément fondamental en officialisant que la santé doit être une composante des autres politiques communautaires. La santé devient ainsi une préoccupation transversale à toutes les politiques communautaires et les ministres de la santé acquièrent un droit de regard sur ces politiques.

Notons enfin que les questions concernant la protection sociale, et donc la couverture du risque maladie et l'accès aux soins, ne sont pas intégrées à la politique de santé. Elles le sont par contre à la politique sociale pour laquelle le traité de Maastricht ne propose cependant pas de véritables avancées.

Vers la définition d'un cadre stratégique ?

Bien que l'entrée en application du traité de Maastricht soit encore soumise à la condition de sa ratification par le Royaume-Uni, le débat s'est rapidement ouvert sur les modalités de sa mise en œuvre.

Quant à la santé, un certain nombre de contraintes ont de prime abord été identifiées : le respect du cadre de l'article 129 et du principe de subsidiarité, la compétence exclusive des États sur les services de santé, ou encore (contrainte ou avantage ?) la pré-existence de programmes.

D'où l'idée d'une stratégie cadre établissant

les principes et les objectifs des actions à mener, favorisant l'intégration des programmes existants et constituant un lien constructif entre les initiatives nationales et supranationales.

Depuis le deuxième semestre 1992, la présidence du Conseil (britannique puis danoise) d'une part, la Commission d'autre part, ont présenté au Conseil santé leurs propositions de définition d'un programme cadre pluriannuel. Beaucoup de questions ont été soulevées : sur quels critères définir des priorités, faut-il privilégier une approche horizontale ou verticale, faut-il conserver ou intégrer les programmes pré-existants ?...

Une résolution vient d'être adoptée au Conseil santé du 27 mai 1993 qui répond, pour partie, à ces questions : le Conseil a invité la Commission à lui faire des propositions concernant « un programme d'action d'ensemble dans le domaine de la santé ». Certains principes sont déjà posés : la définition d'objectifs, une programmation à 6 et à 3 ans, la fixation de priorités (notamment sur les critères de « problème de santé essentiel » et de « valeur ajoutée communautaire »), la suite à donner aux initiatives précédentes, l'amélioration de la collecte des données, la coopération internationale.

Il faut également mentionner la mise en place informelle d'un Haut Comité de la santé (High Level Committee on Health) par la Commission pour l'aider à définir cette politique globale de la santé.

On peut donc penser que, entre l'atout que représente l'élargissement des compétences de la Communauté européenne à la santé et le handicap que représenterait une lecture trop restrictive de l'article 129, le développement d'une véritable politique communautaire en matière de santé va, comme auparavant, largement dépendre de la volonté politique qui la sous-tendra. ■

Titre X Santé publique article 129

1 La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action.

L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

Les exigences en matière de santé sont une composante des autres politiques de la Communauté.

2 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.

4 Pour contribuer à la réalisation des objectifs visés au présent article, le Conseil adopte :

statuant conformément à la procédure visée à l'article 189 B et après consultation du Comité économique et social et du comité des régions, des actions d'encouragement, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres ;

statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, des recommandations.

L'éducation pour la santé pratique sociale

dans l'Europe communautaire

Ce n'est pas en juriste que j'aborderai cette question de l'Europe communautaire et de la santé publique mais en praticienne de la santé publique et plus particulièrement de ces disciplines que sont la promotion et l'éducation pour la santé, champs d'action en construction eux aussi, et qui donnent lieu à autant de consensus sur les principes qu'à des controverses sur leur efficacité supposée.

L'Europe communautaire est un mythe

Pour ceux qui l'ont conçue en premier lieu, après la dernière guerre mondiale, elle représente la réponse aux souffrances et aux massacres, l'idée du « plus jamais ça » – mythe fondateur de la fraternité retrouvée et d'un avenir dont aussi bien le drapeau aux douze étoiles – symbole du nombre parfait – que l'hymne choisi – *l'Ode à la Joie* – démontrent s'il en était besoin l'espoir d'universalité et de liberté.

Pour les générations qui suivent et en particulier les jeunes, vivant au quotidien les échanges scolaires universitaires, l'information ouverte, l'Europe communautaire représente l'égalité des hommes au-delà des particularismes locaux. L'augmentation des déplacements de cette population qu'il s'agisse de loisirs, travail ou de mariage sont le signe de la force de ce mouvement et de ses effets en profondeur.

L'Europe des traités

Il est remarquable que le traité de Maastrich accorde une place non négligeable à la santé publique, et particulièrement à l'éducation pour la santé (titre x, article 129).

Il est non moins remarquable que l'ensemble des débats publics ait porté sur l'Europe économique et politique, et de manière très liée, sur la défense des acquis en matière d'action sociale et de santé et sur la peur de voir disparaître ces avantages, la peur de perdre.

Je voudrais souligner ici l'irrationalité partielle de la « peur de perdre », et son rapport avec le contexte économique et social qui l'accompagne. Des premiers actes fondant l'Europe – le traité de Rome – à Maastrich, le paysage a considérablement changé, les cartes ne sont plus les mêmes. La déstabilisation profonde engendrée par la précarité économique et les difficultés de l'emploi, le passage de la conduite sociale normalisée et garantie par le plus grand nombre comme bonne, à une obligation de construire soi-même ses propres référents et ses propres valeurs conduisent naturellement à un plus grand repli sur soi, ce qui est connu et rassurant.

C'est dans ce contexte rapidement et sommairement brossé que s'inscrit l'article 129 du chapitre x dans le traité de Maastrich.

Nul ne peut, à la lecture de cet article, contester le bien-fondé des intentions qu'il révèle :

- Assurer un niveau élevé de protection de la santé.
- Favoriser la prévention des maladies et notamment des grands fléaux, la recherche...
- Favoriser l'information et l'éducation en matière de santé,
- Amener une coordination entre États membres.
- Favoriser la coopération avec des pays liés et les organisations internationales.
- Encourager plus que légiférer.

Mais au fond, rien n'est dit sur les moyens à mettre en œuvre, les démarches à adopter, les dispositifs à construire. Un

cadre existe, il reste à chaque responsable politique, à chaque acteur de santé, à s'en saisir, à définir au regard de la politique de santé particulière à son pays, les articulations et les potentialisations que lui apporte ce traité.

Les résistances

Comme je l'ai évoqué plus haut, elles sont nombreuses et d'origines diverses, sans qu'une classification précise puisse indiquer l'ordre d'importance.

La santé, la notion même de santé est rattachée à des valeurs culturelles pour les populations. Ces valeurs culturelles déterminent en partie l'appréhension qu'elles ont des priorités et leur comportement face aux réponses « d'importation » souvent proposées par les professionnels. Concevoir le bon et le bien en lieu et place des groupes concernés crée un mouvement de rejet, de repli sur soi et sur les valeurs traditionnelles.

Nombre d'exemples nous montrent la force de ces valeurs, de la fabrication des fromages à la chasse à la tourterelle, en passant par les traditions culinaires, la vie quotidienne de chacun en est imprégnée et elles constituent un cadre significatif.

Il ne s'agit pas d'opposer la réponse scientifique globale et l'approche spécifique, mais d'en montrer la difficulté d'articulation pour mettre en œuvre les moyens les plus adaptés aux progrès souhaités. Car le risque, et nous le savons bien, aujourd'hui, c'est de faire de chaque individu un immigré de sa propre culture, un consommateur aveugle du système de soin, un analphabète de la science.

Ce risque s'ajoute à la difficulté pour chaque personne, d'identifier et de structurer son propre système de valeur tant sur le plan éthique, que sur celui des priorités de la vie quotidienne.

L'absence de norme générale, si elle développe la liberté individuelle, renforce aussi les inégalités quant aux capacités de chacun à choisir pour lui-même ce qui est le meilleur. Ceci s'appliquant à la vie en général, est aussi valable dans le domaine de la santé.

Les perspectives

Au-delà des termes du traité, l'enjeu de l'Europe communautaire en matière de santé repose essentiellement sur un pari philosophique, celui d'amener chacun à une prise en charge de lui-même, intégrant à sa culture les apports des découvertes scientifiques et l'adhésion à une juste réglementation.

Le rôle de l'éducation pour la santé est dans ce domaine essentiel pour plusieurs raisons :

► Agissant au plus près des intérêts et des besoins des personnes, les acteurs de l'éducation pour la santé sont les relais entre les grandes orientations abstraites et la réalité quotidienne de chacun.

► Interface entre les questions touchant au bien public et les représentations culturelles propres à chacun de son idéal de vie, elle permet une meilleure communication entre les décideurs et les usagers.

► Agissant comme agent de développement en matière de santé, elle favorise à la fois les dynamiques de promotion collective, et l'éducation au plus près des personnes.

Véritable pratique sociale, l'éducation pour la santé, dans une politique de promotion de la santé, facilite la transformation des « groupes cibles » en « groupes d'action ». Cette implication réelle des personnes est probablement le point central de notre débat et des enjeux à venir. Car l'implication impose non seulement la redéfinition des systèmes par lesquels sont décidées les priorités mais aussi les analyses qui les fondent. La prise en compte des aspirations, des demandes des personnes et des groupes se pose plus que jamais comme une nécessité, non dans une relation de tutelle mais dans une relation de partenariat actif.

La tête dans les étoiles, les pieds dans le terroir

Le risque de toute construction, pour générale qu'elle soit est toujours de produire un système d'échange et de décision qui s'éloigne peu à peu de ses buts.

La crainte d'une bureaucratie trop envahissante repose certainement moins sur le refus de l'administration que sur celui de l'anonymat des décideurs et leur éloignement, tant en terme de distance que de connaissance des réalités. Les nombreux échanges qui existent déjà à l'intérieur de la communauté démontrent l'intérêt de mettre en relation les pratiques et les orientations des uns et des autres. Pour difficile qu'elle soit, la compréhension des fondements théoriques et des représentations mises en œuvre dans les actions et les politiques de prévention permet souvent en donnant le recul nécessaire, de préciser et de modifier nos pratiques en les enrichissant.

Si le lieu d'exercice des actions d'éducation pour la santé est la communauté de vie, de travail ou de loisir, c'est pour développer aussi la dimension d'une nouvelle citoyenneté non seulement territoriale mais humaine, enracinée dans les valeurs communes à tous et particulière à chaque groupe.

La question est donc posée non des systèmes mais de l'articulation des systèmes.

Le pari est difficile à gagner de garder à l'échelle de la communauté des douze, la tête dans les étoiles et les pieds dans le terroir. Il nous demandera de la souplesse, des qualités d'adaptation et la capacité de créer des échanges rapides, efficaces, conviviaux. Vouloir « contribuer à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine » est un choix quant au devenir de l'homme. Si nous devons utiliser les moyens adéquats, tant au niveau de l'organisation que des ressources humaines et matérielles, nous devons garder en tête qu'ils ne sont que des instruments dont le sens est donné par le but à atteindre et par la manière de s'en servir. Aujourd'hui l'éducation pour la santé, pour la part qui lui revient, peut contribuer à gagner ce pari.

Bernadette Constant, directrice du comité départemental d'éducation pour la santé de Gironde

Eaux d'alimentation déjà 20 ans de travail communautaire

Les eaux d'alimentation peuvent être à l'origine de réels problèmes de santé publique en cas de contamination microbiologique ou chimique. À partir de 1885, les hygiénistes ont engagé en France des actions contre ce risque en tenant compte de l'expérience acquise tant en France que dans d'autres pays. Au cours du temps, les mesures se sont précisées, une réglementation s'est structurée et surtout la qualité de l'eau a été améliorée en de nombreux endroits, réduisant les effets sur la santé.

Au début des années cinquante, l'Organisation mondiale de la santé a commencé à regrouper des experts sur le sujet pour émettre des recommandations qui ont été réactualisées à plusieurs reprises.

Dans le cadre de son programme pour l'environnement, le Conseil des ministres de la Communauté économique européenne a décidé au début des années soixante-dix d'élaborer des directives concernant les eaux d'alimentation.

Le débat aura été ardu et aura connu de nombreux rebondissements mais, en moins de dix ans, plusieurs directives ont été adoptées dont :

- ▶ la directive n° 75-440/CEE du 16 juin 1975 concernant la qualité requise des eaux superficielles destinées à la production d'eau alimentaire dans les États membres ;

- ▶ la directive n° 79-869/CEE du 9 octobre 1979 relative aux méthodes de mesure et à la fréquence des échantillonnages et de l'analyse des eaux superficielles destinées à la production d'eau alimentaire ;

- ▶ la directive n° 80-778/CEE du 15 juillet 1980 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine.

La principale de ces directives, la numéro 80-778/CEE, définit la notion d'eau destinée à la consommation humaine, elle détermine également, pour une série de plus de 60 paramètres, des niveaux guides et des concentrations maximales admissibles et prévoit un programme minimal de contrôle de la qualité des eaux distribuées.

La transcription juridique en France des directives

Comme toute directive, ce texte ne s'oppose pas directement aux citoyens, sa transcription en droit national par les États membres étant obligatoire pour être applicable et donc opposable. Un délai de deux ans était accordé, il n'aura pas été respecté par la plupart des États membres, y compris la France, les modifications apportées au cours des années 1980 dans la répartition des compétences entre l'État et les collectivités territoriales ayant rendu le problème encore plus complexe. Après de nombreuses discussions, la transcription en droit national a pris la forme d'un décret en Conseil d'État, en application du Code de la santé publique, en date du 3 janvier 1989. Sur quelques points, notamment l'interprétation à donner à la notion de niveau guide et la répartition des dispositions entre règlements et recommandations administratives, les arbitrages retenus au niveau national ont été jugés irrecevables par la Commission des Communautés qui a engagé des procédures contentieuses contre la France devant la Cour de justice des communautés européennes. Le décret a ainsi été modifié à deux reprises le 10 avril 1990 et le 7 mars 1991. Ce décret est complété par différents arrêtés et l'ensemble par de nombreuses circulaires.

L'approche technique

Mais l'action ne s'est pas limitée uniquement au niveau juridique. Parallèlement, des travaux techniques étaient menés sur le terrain grâce notamment à une réorganisation des directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, engagée au cours des années soixante-dix avec la mise en place de la structure de génie sanitaire. Les programmes de contrôle de la qualité des eaux, qui avaient déjà plusieurs décennies, ont été modernisés. Des bilans de la qualité des eaux distribuées ont été réalisés aux niveaux départemental, régional et national à partir des données disponibles et surtout ont été rendus publics.

Ils ont ainsi permis de mettre en évidence l'importance de plusieurs problèmes parmi lesquels :

- ▶ l'existence d'eaux distribuées de mauvaise qualité microbiologique ;
- ▶ l'augmentation importante des teneurs en nitrates des eaux (un bilan montre qu'au cours des années 1985-1986, environ 1,4 millions d'habitants, soit 2,5 % de la population ont consommé des eaux dont la teneur en nitrates a dépassé 50 milligrammes par litre) ;
- ▶ la présence de teneurs trop élevées en fluor dans plusieurs régions ;
- ▶ plus récemment (fin des années 1980, début des années 1990), a été relevée la présence de produits phytosanitaires dans des eaux distribuées, à des teneurs supérieures à la concentration maximale admissible au niveau européen.

À cela, s'ajoute la survenue de pollutions accidentelles de différentes nature et origine. La gestion de ces situations a fait l'objet d'analyses méthodologiques pour arriver progressivement à la définition d'une approche accordant une large place à l'évaluation comparative des risques, approche qui montre que, souvent, l'interruption de la distribution pose plus de problèmes sanitaires qu'elle n'en résoud.

Les différents ministères concernés, notamment ceux de l'agriculture et de l'environnement, les agences de l'eau ont mobilisé en conséquence leurs moyens pour lancer des programmes qui se pour-

suivent encore aujourd'hui afin d'aider les collectivités à corriger les problèmes prioritaires. Les distributeurs d'eau se sont également mobilisés et ont ainsi mis au point de nouveaux procédés de traitement des eaux.

Aujourd'hui, si globalement la qualité de l'eau distribuée en France est plutôt bonne, des travaux restent encore à mener pour parvenir à un respect complet de toutes les normes communautaires.

Des évolutions récentes

L'ouverture du marché unique a nécessité l'adoption de dispositions pour faciliter les échanges de produits et pour réglementer les marchés publics.

Aussi, depuis quelques années, des travaux ont été menés au sein du Comité européen de normalisation pour préciser les normes applicables à certains produits, procédés, matériaux, méthodes d'analyse... Sur plusieurs aspects, cette normalisation rejoint le contenu du règlement sanitaire français.

La Commission n'a jamais eu les moyens de connaître les conditions réelles de transcription et de mise en œuvre de ces directives par les États membres autrement que par l'étude de situations particulières, ce qui a conduit au développement de contentieux et, peu à peu, à des tensions. Le 23 décembre 1991, le Conseil des ministres a adopté la directive n° 91-692/CEE qui oblige les États membres, sur la base de questionnaires types publiés, à fournir en 1996 des rapports sur les modalités de mise en œuvre des directives relatives aux eaux et sur la qualité relevée pour ces dernières, de 1993 à 1995. Une synthèse communautaire doit être publiée mi-1997. La préparation de ces bilans constitue l'occasion de renforcer les conditions d'application desdites directives.

Par ailleurs, sur certains points, compte tenu des progrès enregistrés, depuis leur publication, dans les connaissances et dans les moyens technologiques disponibles et après une période de plusieurs années de discussion et d'échange d'information, la Commission engage ac-

tuellement des travaux préparatoires pour étudier les conditions d'une modification de ces directives.

Ainsi, en une vingtaine d'années, s'est mis en place, dans le cadre communautaire, un ensemble de dispositions applicables aux eaux d'alimentation. Ce premier cycle va se terminer par un bilan en 1997 qui permettra de mieux connaître la situation réelle dans les différents États membres et peut-être conduire vers une nouvelle étape, celle de la révision des textes qui devrait se faire dans le respect des principes du traité de Maastricht. Si des difficultés sont apparues lors de l'application des directives concernant les eaux d'alimentation, si des critiques se sont élevées vis-à-vis de certaines normes, la plupart des acteurs s'accordent pour reconnaître que ces directives ont eu des effets très positifs. Des problèmes restent encore à régler en France, mais les directives ont contribué à renforcer les contraintes applicables aux eaux, depuis la source jusqu'au robinet du consommateur, ainsi à améliorer leur qualité et donc la protection de la santé publique. Elles mettent aussi clairement en évidence que les actions réglementaires et administratives sanitaires ne relèvent plus du strict cadre national mais que les acteurs tant économiques qu'administratifs travaillent de plus en plus au niveau européen ; l'approche internationale doit même être élargie et tenir compte des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé ou d'autres organismes tels l'Organisation de coopération et de développement économique. L'organisation et les modes de fonctionnement de notre structure sanitaire doivent continuer à évoluer pour mieux s'adapter à ce nouveau contexte des années à venir si nous voulons être réellement présents dans les débats et ne pas uniquement transcrire et appliquer des décisions prises.

Dominique Tricard et Pascale Buffaut,
ingénieurs sanitaires, bureau VS4, DGS.

L'action européenne contre le **Cancer**

À leur réunion de juin 1985 à Milan les chefs d'État et de gouvernement des pays de la Communauté décidèrent de lancer, dans le cadre de l'Europe des citoyens, des actions européennes dans le domaine de la santé pour démontrer aux européens que l'Europe n'était pas seulement une construction technocratique et financière et qu'elle pouvait leur apporter une aide dans leur vie quotidienne. Un comité d'experts fut créé pour choisir ces actions. Très rapidement il apparut qu'il fallait cibler celles-ci contre une maladie, seul moyen de susciter l'intérêt de la population et la coopération d'un grand nombre de volontaires bénévoles.

Le cancer et le sida furent retenus et en novembre 1985 chaque gouvernement désignait un expert pour élaborer un plan d'action. Dès février 1985 ce plan fut adopté et dans les mois qui suivirent le budget fut accordé et l'action débuta sous la codirection harmonieuse d'un service administratif rattaché à la direction générale V de la Communauté et du comité d'experts. Celui-ci se réunit plusieurs fois par an, il a une responsabilité directe dans la politique et la stratégie et est étroitement associé au suivi des projets. L'action couvre cinq domaines :

Prévention

En Europe environ un tiers des cancers sont dus au tabac. La lutte contre le tabagisme est donc de l'avis unanime la priorité absolue. Dès 1986 une stratégie d'ensemble a été proposée car une action globale et cohérente est la condition du succès. Celle-ci comportait des mesures réglementaires dont plusieurs ont été traduites en directives et ont force de loi dans l'ensemble de

la Communauté : teneur maximale en goudron inférieur à 15 mg/cigarette (en France en 1987 la teneur atteignait environ 30 mg dans les Gitanes et la teneur médiane était de 15 mg), limitation de l'usage du tabac dans les lieux publics, des avertissements sanitaires de grande dimension sur tous les paquets de tabac, cigarettes et cigares, interdiction du tabac à usage oral. Interdiction de la publicité à la télévision et à la radio. Un projet de directive interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac est toujours en discussion du fait de l'opposition de l'Allemagne, la Grande-Bretagne et la Hollande.

Mais les retombées de l'action contre le cancer ne se limitent pas à ces directives. En effet la campagne entreprise auprès des hommes d'États des pays de la Communauté et des parlementaires a incité plusieurs pays tels la France, l'Italie, le Portugal, l'Espagne à adopter des législations nationales sévères ; l'interdiction de fumer dans les lieux publics édictée à l'ensemble de la Communauté a conduit les douze pays à promulguer des réglementations nationales. De même les hausses des taxes sur le tabac décidées par plusieurs pays membres ont amené d'une part les autres pays à adopter également une politique des prix et d'autre part la Communauté à harmoniser les taxes dans un premier temps et sans doute, pour éviter que les multinationales du tabac n'absorbent ces augmentations ou même malgré celles-ci ne diminuent les prix comme cela a été le cas en France, à envisager une harmonisation des prix de vente en s'alignant sur les prix les plus élevés.

L'information du public a entraîné une très large adhésion même chez les fumeurs à une politique comportant des restrictions et un surcoût financier. La communauté médicale a joué un rôle moteur dans cette évolution de l'opinion mais un long chemin reste à parcourir car dans tous les pays, et surtout en France, les jeunes, notamment les adolescentes, continuent à fumer.

Le régime alimentaire est à l'origine d'environ 30 % des cancers, mais en l'état actuel de nos connaissances on ne peut faire que des recommandations très générales telles que : « Consommez des fruits et légumes à chaque repas, réduisez votre consommation en graisses surtout celle d'origine animale ». Pour aller plus loin et approfondir les connaissances, une vaste enquête a été entreprise dans sept des pays membres sur une cohorte de 500 000 individus dont les habitudes alimentaires ont été enregistrées et seront ensuite suivies. Étant donné les différences importantes dans la fréquence des cancers du sein, de l'estomac, du colon d'une région à l'autre de l'Europe on peut escompter que cette

enquête, la plus importante ayant été effectuée dans le monde, apportera des renseignements capitaux pour la prévention.

Parmi les autres actions citons la prévention des cancers de la peau (mélanomes), la lutte contre les agents cancérigènes en milieu professionnel, l'extension du nombre de registres du cancer et leur harmonisation grâce à des études communes.

En terminant soulignons que les experts ont exprimé leur préoccupation devant le projet de directives sur la confidentialité qui risquerait, s'il était adopté tel que, de donner un coup fatal à la recherche épidémiologique et clinique en Europe.

Dépistage

Le comité des experts a recommandé le dépistage des cancers du sein par mammographie effectuée tous les 2 ou 3 ans entre 50 et 69 ans. Des actions pilotes ont été lancées dans tous les pays membres avec le soutien de l'Action européenne. Dans ce domaine certains pays (Grande-Bretagne, Hollande et Suède) avaient déjà une très grande expérience. La création de réseaux, les missions d'experts, des colloques réunissant tous les 6 mois l'ensemble des responsables des actions pilotes, ont permis aux autres pays d'en bénéficier. Très vite deux problèmes aigus sont apparus ► la qualité des images mammographiques et de leur interprétation ► le suivi des femmes chez qui des images suspectes avaient été découvertes. Si ces deux étapes ne s'effectuent pas de façon satisfaisante, les bénéfices du dépistage peuvent disparaître et à la limite celui-ci peut même devenir nuisible en rassurant à tort les femmes. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des mécanismes précis d'assurance de qualité pour ces deux étapes et dans ce but des recommandations ont été rédigées et largement diffusées.

L'analyse des données internationales par un groupe d'experts a montré qu'entre 40 et 49 ans l'efficacité du dépistage du cancer du sein n'avait jamais été prouvée. Il n'a donc pas été recommandé.

Il en est de même pour le dépistage du cancer du colon. Par contre le dépistage du cancer du col utérin a été recommandé entre 25 et 69 ans. Dans ce cas il apparaît que celui-ci ne sera utile que si une assurance de qualité était mise en place par les cytopathologistes pour améliorer la qualité des frottis et de leur interprétation.

Au total l'expérience européenne sur le dépistage est riche d'enseignements. Elle montre

notamment que toute opération de dépistage de masse est lourde et coûteuse. Pour atteindre un niveau acceptable de rapport coût/efficacité, l'organisation doit être rigoureuse et nécessite des équipes administratives bien rodées, une bonne formation de tous les médecins intervenant à un stade quelconque du dépistage (généralistes ainsi qu'anatomo-pathologistes, radiologistes, chirurgiens et cancérologues), un système sans faille d'assurance de qualité et de suivi, une coopération étroite entre généralistes, spécialistes et administrateurs dans le cadre d'actions à long terme menées avec le souci constant de rectifier les erreurs.

Information du public

Elle est dans l'ensemble fondée sur la diffusion des «dix commandements» dont la distribution à plusieurs millions d'exemplaires dans chacun des pays n'a été possible que grâce à l'appui des grands organismes de lutte contre le cancer (Ligue nationale contre le cancer, ARC, Fédération des centres anticancéreux, Assistance publique...) et l'appui des médecins généralistes. L'effort a porté ses fruits. Même si on ne se rappelle pas toujours l'origine de ces recommandations les sondages montrent que plus de 80 % de la population les connaît et c'est là l'essentiel. Il en est résulté une évolution dans les mentalités que l'attitude vis-à-vis du tabac illustre bien.

Ce résultat souligne la puissance d'une pression collective mais il en montre aussi les limites car seuls en bénéficient ceux qui sont capables de passer de la connaissance des méfaits du tabac à l'acte d'arrêter de fumer. Or cette aptitude dépend du niveau d'instruction. L'information des adultes accroît donc les inégalités sociales. Le contre poids évident est l'action sur les jeunes à un âge où les esprits sont ouverts et où l'influence du milieu n'est pas devenue prépondérante. C'est le but de l'éducation sanitaire à l'école entre 5 et 12 ans.

Formation et éducation des professions de santé

Toute stratégie cohérente contre le cancer nécessite l'appui de la communauté médicale, indispensable pour motiver le public et les hommes politiques. Informer, éduquer les médecins a donc été un objectif majeur. Ateliers de travail, séminaires, congrès, enseignement post-universitaire, formation des enseignants ont été utilisés.

À côté des médecins généralistes et des cancérologues, les pharmaciens, dentistes et infirmières jouent un rôle dans la lutte ; tous se sont montrés intéressés et désireux de participer.

Recherche

L'octroi de bourses permet aux jeunes médecins et chercheurs d'aller acquérir dans un autre pays européen une autre formation complémentaire. Un certain nombre de projets multinationaux de recherche fondamentale ont été soutenus, mais l'essentiel est allé à la mise en place d'infrastructures européennes : centre de recueil et de traitement des données de l'European organization for research and treatment of cancer (EORTC), Eurocode pour la transmission des données et leur traitement à distance, registre des essais, etc.

Dans l'avenir l'accent sera mis sur la recherche clinique : meilleures méthodes pour mettre en œuvre l'assurance de qualité, conférences de consensus pour faire le point sur les connaissances, servir de base à l'enseignement et identifier les domaines de recherche, et rassemblement des données de plusieurs essais grâce à une méta-analyse.

Conclusion

Ce rappel des principales réalisations de l'Action Européenne montre qu'avec un budget relativement modeste (environ 25 MF/an, soit environ 2 MF/an par pays), il a été possible d'initier et de coordonner un grand nombre de projets. Ceci n'a été possible que grâce à un accord profond entre le comité des experts et l'ensemble de la communauté médicale qui leur a fait confiance, à l'appui enthousiaste et bénévole des associations et de dizaines de milliers de personnes, enfin grâce à une cellule administrative petite mais efficace à la commission de Bruxelles. Il faut espérer que la poursuite de cette action permettra de se rapprocher du but qui lui a été fixé par les chefs d'État à savoir réduire de 10 % la mortalité par cancer au début du XXI^e siècle.

Maurice Tubiana, directeur honoraire de l'Institut Gustave-Roussy, membre du Haut Comité de la santé publique



Liste des instruments et autres textes adoptés

depuis 1986 par le

Conseil santé

Sommaire

XX

Liste des instruments et autres textes adoptés depuis 1986 par le Conseil santé

XXIV

Document de la Commission

XXVI

L'Europe contre le cancer

XXIX

L'Europe contre le sida

XXXI

L'éducation pour la santé

XXXII

Bibliographie
Adresses utiles

CANCER, LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 7 juillet 1986, concernant un programme d'action des Communautés Européennes contre le cancer (*JO* n° C du 23 juillet 1986, page 19).

Décision du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 21 juin 1988, adoptant un plan d'action 1988/1989 relatif à une campagne d'information et de sensibilisation dans le cadre du programme « L'Europe contre le Cancer » (*JO* n° L 160 du 28 juin 1988, page 52).

Résolution du Conseil et des Ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 18 juillet 1989 concernant l'interdiction de fumer dans les lieux accueillant du public (*JO* n° C 189 du 26 juillet 1989, page 1).

Directive 89/622 CEE du Conseil du 13 novembre 1989 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière d'étiquetage des produits du tabac (*JO* n° L 359 du 8 décembre 1989, page 1).

Directive 90/239 CEE du Conseil du 17 mai 1990 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres concernant la teneur maximale en goudron des cigarettes (*JO* n° LL 137 du 30 mai 1990, page 36).

Décision 90/238/EURATOM, CECA, CEE du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil du 17 mai 1990 adoptant un plan d'action 1990-1994 dans le cadre du programme « l'Europe contre le Cancer » (*JO* n° L 137 du 30 mai 1990, page 31).

Directive 92/41 CEE du Conseil du 15 mai 1992 modifiant la directive 89/622 CEE concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière d'étiquetage des produits du tabac (*JO* n° L 158 du 11 juin 1992, page 30 à 33).

■ SIDA

Résolution des représentants des gouvernements des États membres des Communautés européennes, réunis au sein du Conseil du 29 mai 1986, concernant le syndrome immuno-déficitaire acquis (sida) (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 21).

Conclusions du Conseil et des représentants des États membres, réunis au sein du Conseil du 15 mai 1987 concernant le sida (*JO* n° C 178 du 7 juillet 1987, page 1).

Conclusions du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 31 mai 1988 concernant le sida (*JO* n° C 197 du 27 juillet 1988, page 8).

Conclusions du Conseil et des Ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 31 mai 1988 concernant l'échange périodique et rapide de données épidémiologiques sur le sida au niveau de la Communauté (SN/2814/88).

Conclusions du Conseil et des Ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 31 mai 1988 concernant l'échange régulier d'information au niveau de la Communauté sur les mesures nationales de lutte contre le sida (SN/2814/88).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 15 décembre 1988 concernant le sida (*JO* n° C 28 du 3 février 1989, page 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 15 décembre 1988 concernant le sida et le lieu de travail (*JO* n° C 28 du 3 février 1989, page 2).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant les activités futures de prévention et de contrôle du sida (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 8).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant l'amélioration du système général de collecte des données épidémiologiques y compris l'application de la nouvelle définition du sida (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 7).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant la sensibilisation du personnel de santé (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 6).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant la prévention du sida chez les consommateurs de drogue par voie parentérale (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 3).

Résolution du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 22 décembre 1989 concernant la lutte contre le sida (*JO* n° C 10 du 16 janvier 1990, page 3).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 17 mai 1990 concernant la prise en charge médicale et psychosociale des personnes touchées par le VIH.

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 3 décembre 1990 concernant le sida (*JO* n° C 329 du 31.12.1990, page 21).

Décision 91/317/CEE du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 4 juin 1991 adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme « l'Europe contre le Sida » (*JO* n° L 176 du 4 juillet 1991, pages 26 à 29).

■ DROGUETOXICOMANIE

Résolution du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant un réseau européen de données sanitaires en matière de toxicomanie (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant la fiabilité des analyses de liquides corporels pour déceler l'usage de drogues illicites (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 2).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 8 novembre 1990 concernant le deuxième rapport sur la réduction de la demande de drogue dans la Communauté européenne.

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 13 novembre 1989 concernant la mise en œuvre d'actions coordonnées de prévention des toxicomanies et de prise en charge des toxicomanes (*JO* n° C 31 du 9 décembre 1990, page 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 concernant la prévention du sida chez les consommateurs de drogue par voie parentérale (*JO* n° C 185 du 22 juillet 1989, page 3).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, du 13 novembre 1989 concernant la mise en œuvre d'actions coordonnées de prévention des toxicomanies et de prise en charge des toxicomanes (*JO* n° C 31 du 9 février 1990, page 1).

Accord du Conseil et des ministres de la santé, sur une communication de la Présidence sur les travaux futurs concernant les aspects sanitaires et sociaux de la lutte contre la drogue (doc. 6096/1/90 DRUG 4 REV 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, du 3 décembre 1990 concernant la

réduction de la demande de stupéfiants et de psychotropes (*JO* n° C 329 du 31.12.1990, page 20).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil, du 4 juin 1991 concernant le suivi des actions relatives à la réduction de la demande de drogue (*JO* n° C 170 du 29 juin 1991).

Résolution du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, du 11 novembre 1991 concernant le traitement et la réinsertion des toxicomanes qui font l'objet de mesures pénales (*JO* n° C 304 du 23 novembre 1991).

Déclaration du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 15 mai 1992 relative à la semaine européenne de prévention de la drogue (*JO* n° C 148 du 12 juin 1992, page 3 et 4).

JEUNES ET SANTÉ

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 17 mai 1990 concernant les jeunes et la santé dans l'Europe des années 1990.

Accord du Conseil et des ministres de la santé sur les conclusions d'une communication de la présidence concernant la santé et les jeunes dans l'Europe des années 1990 (doc. 5854/90 SAN 22, point V, et doc. 6539/90 PV/CONS 20 SAN 41, point 4).

TOXICOLOGIE

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 29 mai 1986 concernant un programme d'action de la Communauté dans le domaine de la toxicologie aux fins de la protection sanitaire (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 1).

Conclusions du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 31 mai 1988 concernant la poursuite de la mise en œuvre du programme (doc. 6589/88 PV/CONS 27 SAN 39).

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, du 3 décembre 1990 relative à l'amélioration de la prévention et du traitement des intoxications aiguës chez l'homme (*JO* n° C 329 du 31 décembre 1990, page 6).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil, du 15 mai 1992 concernant la toxicologie aux fins de la protection sanitaire (*JO* n° C 148 du 12 juin 1992, page 1).

CARTE SANITAIRE EUROPÉENNE D'URGENCE

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 29 mai 1986 concernant l'adoption d'une carte sanitaire européenne d'urgence (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 4).

nis au sein du Conseil du 29 mai 1986 concernant l'adoption d'une carte sanitaire européenne d'urgence (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 4).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 13 novembre 1989, concernant la carte sanitaire européenne d'urgence.

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 3 décembre 1990 concernant les maladies cardio-vasculaires dans la Communauté (*JO* n° C 329 du 31 décembre 1990, page 19).

ABUS D'ALCOOL

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 29 mai 1986 concernant l'abus d'alcool (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 3).

DOPAGE

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 3 décembre 1990 relative à une action communautaire de lutte contre le dopage, y com-

pris l'abus de médicaments, dans les activités sportives (*JO* n° C 329 du 31 décembre 1990, page 4).

Déclaration du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 4 juin 1991 relative à la lutte contre le dopage, y compris l'abus de médicaments, dans les activités sportives (publiée au *JO* n° C 170 du 29 juin 1991).

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil relative à un code de conduite antidopage dans les activités sportives (*JO* n° C 44 du 19 février 1992).

DIALYSERÉNALE

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 16 juin 1986 relative à la protection des patients en dialyse par une réduction maximale de l'exposition à l'aluminium (*JO* n° C 184 du 23 juillet 1986, page 16).

PRODUITS SANGUINS AUTOSUFFISANCE

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 15 mai 1992 concernant l'approvisionnement suffisant en produits sanguins dans la Communauté.

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Conclusions du Conseil du 15 mai 1987 relatives à l'amélioration de l'usage des spécialités pharmaceutiques par le consommateur (*JO* n° C 178 du 7 juillet 1987, page 2).

NUTRITION SALUBRITÉ

Résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil du 3 décembre 1990 concernant une action communautaire sur la nutrition et la santé (*JO* n° C 329 du 31 décembre 1990, page 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, du 3 décembre 1990 relatives à la salubrité des aliments, des boissons et des eaux destinées à la consommation humaine (*JO* n° C 329 du 31 décembre 1990, page 19).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 15 mai 1992 concernant la nutrition et la santé (*JO* n° C 148 du 12 juin 1992, page 2).

SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

Résolution du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil du 11 novembre 1991 concernant

la santé et l'environnement (publiée au *JO* n° C 304 du 23 novembre 1991).

MALADIES HÉRÉDITAIRES

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 15 mai 1992 concernant les maladies héréditaires (*JO* n° C 148 du 12 juin 1992, page 3).

MALADIES TRANSMISSIBLES

Résolution du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 16 novembre 1992 sur le contrôle et la surveillance des maladies transmissibles.

ÉDUCATION À LA SANTÉ

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 11 novembre 1992 sur l'éducation à la santé (*JO* n° C 326 du 11 décembre 1992, page 2).

DIVERS

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 16 mai 1989 con-

cernant les suites à donner aux textes adoptés depuis 1986 (*JO* n° C 185, page 9).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 4 juin 1991 concernant les suites à donner aux textes adoptés depuis 1989 dans le domaine de la santé publique (publiées au *JO* n° C 170 du 29 juin 1991).

Résolution du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil du 11 novembre 1991 concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé (publiée au *JO* n° C 304 du 23 novembre 1991).

Mars 1993

Document de travail de la DG v E

L'avenir de la santé publique

*M. Hunter,
directeur de l'Unité
Santé, sécurité a
bien voulu nous
communiquer un
document élaboré
par ses services,
que nous
reproduisons pour
partie.*

L'AVENIR

On peut supposer que les demandes en faveur d'une action communautaire continueront à se multiplier indépendamment des ressources nécessaires pour y répondre.

De ce fait, les concepts fondamentaux de l'action communautaire sont la fixation de priorités, la transparence, la visibilité à profil haut, la valeur ajoutée, la subsidiarité et la complémentarité avec les mesures prises par les États membres, ainsi que le partenariat avec les professionnels.

La Commission va passer en revue les programmes existants afin de veiller à ce que chacun de ces critères soit bien respecté. Elle veillera également à ce que les actions de nature similaire existantes, dans le domaine de l'éducation et de la formation par exemple, soient regroupées, de façon à éviter les doubles emplois et à améliorer l'efficacité.

En se fondant sur l'expérience acquise à ce jour, il convient de déterminer avec

soin s'il est souhaitable de regrouper les différentes actions dans les programmes existants. Cette approche pourrait entraîner l'élaboration, d'une part, de programmes et d'actions spécifiques liées à des maladies identifiées et, d'autre part, d'actions de type horizontal (afin par exemple de promouvoir un mode de vie sain, de prévenir des maladies ou d'atteindre d'autres objectifs de portée générale). L'élaboration de ces actions pourrait se dérouler progressivement dans le cadre de programmes pluriannuels.

Les États membres ont déjà convenu, en principe, du cadre à utiliser pour les futures actions à entreprendre dans le domaine de la santé publique, telles qu'établies à l'article 129 du Traité sur l'Union européenne. En envisageant l'approche à adopter à l'avenir, il devra donc être tenu compte des aspects suivants :

- ▶ Respect de la subsidiarité
- ▶ Coordination entre les États membres
- ▶ Prévention des principaux risques pour la santé
- ▶ Protection sanitaire dans les autres politiques communautaires
- ▶ Coopération avec les pays tiers et les organisations internationales

Respect de la subsidiarité

La responsabilité des questions sanitaires incombe aux États membres. La contribution de la Communauté consiste à soutenir les actions des États membres.

Seul le respect du principe de subsidiarité et l'amélioration de l'attribution des priorités permettra d'obtenir une efficacité maximale et une réelle envergure de l'action communautaire, au vu à la fois des programmes existants et des futures activités dans ce domaine.

Afin de refléter de façon pratique le principe de subsidiarité, la Commission, en tenant compte de l'expérience acquise, devra étudier les possibilités d'action offertes par les différents organismes et structures disponibles. Il s'agira entre autres de l'utilisation de réseaux, de la coopération avec les différents acteurs concernés, de l'échange de connaissances, d'expérience et de bonnes pratiques

ainsi que de l'optimisation de la collaboration avec les organisations internationales.

Cela nécessitera peut-être un réexamen des procédures actuelles de consultation auxquelles participent les États membres. Toute modification des activités impliquera peut-être également une révision du rôle des comités existants.

Coordination entre les États membres

Les États membres coopèrent d'ores et déjà, mais ont exprimé le désir d'accroître cette coopération. A titre d'exemple, cette coopération accrue pourrait prendre la forme suivante :

- ▶ échanges d'informations concernant les pratiques nationales les plus performantes,

- ▶ collecte de données concernant la santé et comparaison au niveau communautaire,

- ▶ développement d'un système permettant de rendre les données comparables,

- ▶ élaboration d'un rapport sur la situation dans la Communauté en matière de santé, sur la base des rapports provenant de chaque État membre,

- ▶ inventaire des recherches et des études en cours dans chaque État membre, afin que les équipes réalisant ces travaux puissent éviter les doubles emplois. Cela devrait également permettre d'identifier des secteurs de recherche à explorer,

- ▶ programmes d'échanges d'experts nationaux,

- ▶ échanges de données et réseaux d'information concernant les problèmes de santé, tels que les choix fondamentaux en matière de santé, ainsi que l'évaluation de différents traitements et de nouvelles technologies.

Prévention des risques principaux pour la santé

Il convient d'identifier les maladies susceptibles de faire l'objet d'une action préventive et d'évaluer la nécessité d'une

éventuelle initiative communautaire. Il serait possible d'agir en deux temps :

- ▶ une première phase consisterait à identifier les principales maladies, ainsi que les autres maladies pour lesquelles une action au niveau communautaire serait bénéfique,

- ▶ une seconde phase aboutirait à la sélection d'un nombre restreint de maladies qui pourrait faire l'objet d'actions communautaires. Cela nécessiterait l'examen de chaque maladie identifiée au cours de la première phase sur la base de critères convenus, afin de déterminer lesquelles peuvent faire l'objet d'une prévention, et quelles actions doivent être entreprises au niveau communautaire. Les actions communautaires devraient notamment prendre la forme de mesures de promotion de la recherche et d'information et d'éducation sanitaires.

Les ministres de la santé réunis au sein du Conseil ont déjà décidé que certains risques pour la santé humaine devaient faire l'objet d'actions spécifiques. Il s'agit notamment du cancer, du sida, des maladies cardio-vasculaires, de l'abus d'alcool et de drogues. Tout ajout à cette liste devrait se fonder sur une évaluation approfondie de facteurs adéquats.

La protection sanitaire dans les autres politiques communautaires

Un grand nombre de mesures intégrant une composante de santé publique ont déjà été prises dans le cadre de divers programmes et politiques communautaires. Il s'agit notamment de la libre circulation des biens, des services et des personnes, de l'environnement, des nouvelles technologies, des politiques sociales et régionales, de la formation, des relations extérieures, et bien sûr de la recherche.

La Commission se propose de tenir compte des exigences liées à la protection sanitaire et à la prévention des maladies lors de conception de nouvelles initiatives s'intégrant aux politiques communautaires menées dans un domaine autre que celui de la santé.

La Commission entreprendra également un recensement exhaustif de tous

les aspects liés à la santé intégrés aux politiques existantes de la Communauté.

Coopération avec les pays tiers et les organisations internationales

On dispose déjà d'une base de coopération avec les programmes d'assistance mise sur pied dans le domaine de la santé publique pour les pays en voie de développement ainsi que les pays d'Europe centrale et orientale. Il existe également des accords de coopération avec diverses organisations internationales, dont la plus importante dans le domaine de la santé est l'Organisation mondiale de la santé.

Ces dispositifs devront être revus afin d'identifier les domaines où une coopération accrue serait bénéfique, et afin d'éviter les doubles emplois.

QUESTIONS ESSENTIELLES

Les principales questions à régler pourraient être les suivantes :

- ▶ Les futures actions devraient-elles être organisées dans le cadre d'un programme pluriannuel établissant certaines priorités ?

- ▶ Quelle serait la meilleure façon d'obtenir une plus grande synergie entre les actions de type horizontal et les actions spécifiques ?

- ▶ Quelles structures (réseaux, groupes et/ou partenariats) devraient être prises en compte au moment d'élaborer la future action communautaire afin de refléter pleinement le principe de subsidiarité ?

- ▶ Quelles sont les activités qui devraient faire l'objet d'une coordination entre les États membres ?

- ▶ Quels sont les critères à utiliser pour la sélection des principaux risques pour la santé et serait-il d'ores et déjà possible de sélectionner certaines maladies ?

Novembre 1992

L'Europe contre le cancer

Décision du Conseil et des représentants des gouvernements des états membres réunis au sein du Conseil du 17 mai 1990 adoptant un plan d'action 1990-1994 dans le cadre du **programme « L'Europe contre le cancer »**

(90/238/Euratom, CECA, CEE)

Le Conseil des communautés européennes et les représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil,

Vu les traités instituant les Communautés européennes, le projet de résolution soumis par la Commission,

l'avis du Parlement européen (1)
l'avis du Comité économique et social (2)

Considérant que lors des ses réunions de juin 1985 à Milan et de décembre 1985 à Luxembourg, le Conseil européen a souligné l'intérêt de lancer un programme européen de lutte contre le cancer ;

à sa réunion de décembre 1986 à Londres, le Conseil européen a désigné l'année 1989 comme l'année européenne de l'information sur le cancer, précisant qu'il s'agira de mettre en œuvre une campagne d'information concertée de longue durée dans tous les États membres sur la prévention, le dépistage précoce et le traitement du cancer ;

le Conseil et les représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, ont adopté le 7 juillet 1986 une résolution concer-

nant un programme d'action des Communautés européennes contre le cancer (3), programme qui est axé notamment sur la prévention du cancer ;

le Conseil et les représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, ont adopté, le 21 juin 1988, la décision 88/351/CEE concernant un plan d'action 1988/1989 relatif à une campagne d'information et de sensibilisation dans le cadre du programme « L'Europe contre le cancer » (4) ;

différentes actions communautaires visant à la prévention des cancers dus à une exposition à des rayonnements ionisants ou à des produits chimiques cancérigènes sont déjà mises en œuvre en application des traités instituant la Communauté économique européenne et la Communauté européenne de l'énergie atomique ;

des actions visant à réduire le risque de cancer dû à une exposition à des substances cancérigènes sont prévues dans un certain nombre de programmes communautaires existants relatifs à l'environnement, à la protection des travailleurs, à la protection des consommateurs, à la nutrition, à l'agriculture et au marché intérieur ; le droit à la santé est un droit naturel et que tout citoyen européen a droit au traitement le plus adéquat, quelle que soit sa situation sociale ;

le présent plan d'action a pour but de développer les connaissances sur les causes du cancer et les moyens possibles de prévention et de traitement ; les cancers professionnels représentent

4 % des cancers, soit 30 000 décès par an ;

en assurant une diffusion plus large des connaissances sur les causes du cancer, sur sa prévention, sur son dépistage et sur son traitement ainsi qu'une meilleure comparabilité des informations sur ces sujets, en ce qui concerne notamment la nature et le niveau de risque de cancer dû à une exposition à des substances ou à des procédés déterminés, le programme contribuera à la réalisation d'objectifs communautaires, tout en contribuant à la réduction globale des risques de cancer ;

il convient de promouvoir la diffusion et la mise en œuvre des recommandations concernant les contenus en cancérologie des programmes de formation qui ont été approuvés en 1988 par les trois comités consultatifs sur la formation des personnels de santé ;

il importe de reconnaître le rôle crucial du personnel de santé et de contribuer, conformément aux conclusions de l'Organisation européenne de recherche sur le traitement du cancer, à ce qu'une formation, tant théorique que pratique, soit dispensée à toutes les professions et à toutes les personnes associées à la prévention du cancer et au traitement des cancéreux ;

selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les soins palliatifs peuvent apporter une aide extrêmement précieuse au patient chez lequel toutes les thérapeutiques ont échoué ainsi qu'à sa famille et que ces soins doivent par conséquent être reconnus et soutenus ;

il convient de soutenir des actions de formation au cancer des personnels de santé d'un État membre dans des centres d'excellence d'un autre État membre ;

il convient d'encourager des actions d'information sur le cancer et sa prévention, y compris dans les écoles ;

il convient d'éviter des doubles emplois par la promotion d'échanges d'expériences et par la mise au point en commun de modules de base en matière d'information du grand public, d'éducation à la santé et de formation des personnels de santé ;

des efforts doivent être entrepris pour faire progresser la thérapeutique grâce à des essais cliniques contrôlés ; la politique de santé publique en tant que telle, à l'exception des cas où les traités en disposent autrement, est de

la responsabilité des États membres, mais que la promotion de la coopération et de la coordination d'activités nationales ainsi que la stimulation d'activités communautaires apportent une plus-value à la lutte contre le cancer ;

il y a lieu de poursuivre et de renforcer, de 1990 à 1994, l'action engagée de 1987 à 1989 en matière de prévention, d'information et d'éducation à la santé et de formation des personnels de santé,

DÉCIDENT :

Article premier

1 La Commission met en œuvre, en étroite coordination avec les autorités compétentes des États membres, le plan d'action 1990-1994 qui figure en annexe.

2 La Commission est assistée par un comité consultatif composé de représentants des États membres et présidé par le représentant de la Commission.

Le comité a pour tâche :
d'examiner les actions et mesures impliquant le cofinancement par des fonds publics,
de s'assurer de la coordination, au niveau national, des projets, financés en partie par les organisations non gouvernementales.

3 Le représentant de la Commission soumet au comité un projet des mesures à prendre. Le comité émet son avis sur ce projet dans un délai que le président peut fixer en fonction de l'urgence de la question en cause, le cas échéant en procédant à un vote.

L'avis est inscrit au procès-verbal ; en outre, chaque État membre peut demander que sa position figure à ce procès-verbal.

La Commission tient le plus grand compte de l'avis émis par le comité. Elle informe le comité de la façon dont elle a tenu compte de cet avis.

4 En outre, dans la mise en œuvre du plan d'action, la Commission associera étroitement le comité de cancérologues de haut niveau ainsi que les organismes privés actifs dans la lutte contre le cancer. Elle coopérera avec l'Organisation mondiale de la santé ainsi qu'avec le Centre international de recherches sur le cancer.

5 La Commission publiera régulièrement des informations techniques sur l'état d'avancement du plan d'action

et sur les possibilités de financement communautaires dans les différents domaines d'action.

Article 2

1 Le montant de la contribution de la Communauté estimé nécessaire pour la durée du plan d'action 1990-1994 s'élève à 50 millions d'euros.

2 Le Conseil et les ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, réexamineront ce montant global à la lumière du rapport d'évaluation visé à l'article 3 paragraphe 2 avec la possibilité de l'augmenter, si nécessaire, à partir du 1er janvier 1993, jusqu'à un montant global de 55 millions d'euros.

Article 3

1 La Commission procédera à une évaluation permanente des actions entreprises.

2 Le Conseil et les ministres de la santé procéderont à une évaluation scientifique de l'efficacité des actions entreprises. A cet effet, la Commission soumettra un rapport en la matière au cours du deuxième semestre 1992.

3 La Commission informera régulièrement le Parlement européen, le Conseil et le Comité économique et social de l'avancement de ses travaux.

4 La Commission est par ailleurs invitée à encourager toute forme d'échange avec des pays tiers concernant les activités figurant à l'annexe.

Fait à Bruxelles, le 17 mai 1990.

ANNEXE

Actions

à mettre en œuvre en 1990-1994

I PRÉVENTION DU CANCER

(y compris le dépistage) En complément aux activités législatives en cours :

A. Prévention du tabagisme

Stimulation de projets d'intérêt européen relatifs à la prévention du tabagisme, en particulier parmi des groupes cibles tels que les jeunes, les femmes, les personnels enseignants et les professionnels de la santé,

Stimulation d'actions pilotes visant à enseigner des méthodes de sevrage tabagique aux personnels de santé et aux enseignants,

Stimulation de campagnes novatrices

d'information visant à prévenir l'usage du tabac parmi le grand public et sur les lieux de travail,

Financement d'une étude sur les possibilités de reconversion des cultures de tabac.

B. Nutrition et cancer

(y compris l'alcool)

Stimulation d'études sur les habitudes alimentaires et le cancer, en étroite coordination avec le programme communautaire de recherche médicale (méta-analyses, études de cas témoins, études prospectives, études d'intervention sur les agents antipromoteurs),

Élaboration et diffusion de recommandations en matière d'alimentation pour améliorer la prévention des cancers.

C. Lutte contre

les agents cancérigènes

Poursuite de toutes les actions communautaires concernant la protection contre les rayons ionisants,

Soutien à des études comparatives d'intérêt européen visant à améliorer la protection contre les rayonnements ultraviolets,

Soutien aux études européennes sur les risques cancérigènes possibles de certaines substances chimiques,

Poursuite de la classification et de l'étiquetage, sur le plan européen, des substances cancérigènes et de la campagne d'information par des publications annuelles spécialisées.

D. Dépistage systématique et détection précoce

Poursuite des études comparées visant à améliorer l'organisation des programmes de dépistage du cancer,

Extension et suivi du réseau européen de programmes pilotes de dépistage du cancer du sein en vue d'assister les États membres dans la détermination d'une politique généralisée de dépistage,

Évaluation des programmes existants de dépistage du cancer du col de l'utérus et mise sur pied d'un réseau européen de programmes pilotes régionaux ou locaux,

Poursuite des études d'évaluation des programmes de dépistage du cancer colo-rectal et mise sur pied éventuelle d'un réseau européen,

Promotion d'études d'intérêt européen sur l'efficacité et la faisabilité de

dépistage précoce d'autres cancers, Promotion et soutien des programmes de dépistage lorsque les études exploratoires ont fait apparaître des résultats positifs, en étroite coordination avec les programmes Aim et Race.

E. Enregistrements de cancers et actions similaires

Soutien à l'échange d'expériences en matière d'établissement de registres du cancer dans la Communauté et à la mise sur pied d'un réseau européen en coopération avec le Centre international de recherches sur le cancer et en étroite coordination avec les programmes Aim et Race.

F. Autres aspects

- 1 Évaluation du fonctionnement des différentes banques de moëlle osseuse.
- 2 Étude de faisabilité de la collaboration entre ces banques et, si cela est approprié, soutien à la coopération européenne existante en la matière.
- 3 Échange d'expériences en matière de contrôle de la qualité des soins administrés
- 4 Établissements d'une liste, mise à jour, de traitements reconnus valables par la communauté scientifique internationale.

II. INFORMATION et ÉDUCATION À LA SANTÉ

A. Information du public

Mise à jour éventuelle du code européen contre le cancer,

Renouvellement d'actions européennes d'information sur le cancer, si possible au cours de la deuxième semaine d'octobre. Encouragement, dans ce cadre, des télévisions publiques et privées à diffuser des spots gratuits sur le thème de la lutte contre le cancer,

Production de modules d'information européen sur la prévention, le dépistage et le traitement des cancers, susceptibles de s'adapter aux besoins nationaux,

Diffusion du code européen au sein du grand public par l'intermédiaire des acteurs du plan d'action,

Soutien à des actions novatrices d'infor-

mation sur la prévention du cancer auprès de groupes cibles, Information des travailleurs et notamment des travailleurs migrants, dans le cadre des directives communautaires existantes, sur la lutte contre les cancers professionnels.

B. Éducation à la santé et cancer

Soutien à l'information et à la sensibilisation des personnels des écoles au code européen contre le cancer,

Diffusion des supports pédagogiques européens pour l'éducation à la santé,

Promotion d'actions pilotes favorisant la sensibilisation des jeunes au code européen,

Incitation, dans les écoles, à un changement des pratiques alimentaires, et en particulier incitation à la consommation de fruits et de légumes pendant les récréations et les repas.

III FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Soutien à l'organisation de réunions na-

tionales ou régionales destinées à promouvoir les recommandations européennes de 1989 sur le volet « cancer » des programmes de formation de base pour les personnels de santé,

Aide à la mise en place de trois réseaux pilotes européens de facultés de médecine, d'écoles d'infirmières et d'écoles dentaires mettant en œuvre des recommandations sur la formation au cancer, formulées en 1988 par les trois comités consultatifs européens sur la formation des personnels de santé,

Promotion d'actions de formation en cancérologie,

Soutien à la mobilité entre États membres des personnels de santé en vue d'améliorer leur formation spécialisée en cancérologie,

Collecte et échange de matériel didactique d'intérêt européen pour la formation des personnels de santé,

Échange d'expériences et soutien à l'organisation de séminaires européens sur la formation continue des personnels de santé,

Échanges d'expériences entre États membres dans le domaine des traite-

ments antidouleur, des soins palliatifs et continus ainsi que du rôle du personnel de santé.

IV. RECHERCHE ET CANCER

Contribution à la préparation d'un cin-

quième programme européen de coordination de la recherche en médecine et santé et d'un sixième programme médical CECA.

(1) JO n° C 96 du 17 avril 1990

(2) JO n° C 329 du 30 décembre 1989, p.60

(3) JO n° C 184 du 23 juillet 1986, p. 19

(4) JO n° L 160 du 28 juin 1988, p.52

L'Europe contre le sida

Décision du Conseil, et des ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil du 4 juin 1991 adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme « l'Europe contre le sida »

(91/317/CEE)

Le Conseil des communautés européennes et les ministres de la santé des États, réunis au sein du Conseil,

Vu le traité instituant la Communauté économique européenne, la proposition de la Commission, l'avis du Parlement européen⁽¹⁾ l'avis du Comité économique et social,⁽²⁾

Considérant que

la recrudescence du sida constitue une préoccupation majeure pour les États membres et la Communauté, qui s'est manifestée par les différents instruments et textes communautaires adoptés en vue de la combattre ; que, en particulier, dans leur résolution du 22 décembre 1989 concernant la lutte contre le sida⁽³⁾, le Conseil et les ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, ont invité la Commission à développer les échanges d'informations et d'expériences et à définir, en priorité, les modalités et le contenu d'un plan d'action intégrant les actions appropriées de prévention et de contrôle du sida ;

le présent plan d'action du programme « l'Europe contre le sida » reprend les orientations déjà arrêtées ; qu'il comprend également d'autres mesures destinées à enrayer le sida ; sans préjudice des compétences des États membres en la matière, la promotion de la coopération de la coordination d'activités nationales ainsi que leur évaluation au niveau communautaire et la stimulation d'activités communautaires apportent une plus-value à la lutte contre le sida ; il importe d'établir un plan d'action d'une durée de trois ans ; il est nécessaire d'évaluer les ressources financières communautaires requises pour la mise en œuvre du présent plan d'action et que le montant de ces ressources doit s'inscrire dans les perspectives financières définies par les accords interinstitutionnels,

Décident :

Article premier

1 La Commission met en œuvre, en étroite coopération avec les autorités compétentes des États membres, le plan d'action 1991-1993 qui figure à l'annexe.

Elle est assistée à cette fin par un comité consultatif composé des représentants des États membres et présidé par le représentant de la Commission.

Le comité a notamment pour tâche : d'examiner les actions et mesures impliquant le cofinancement par des fonds publics, de s'assurer de la coordination, au

niveau national, des projets financés en partie par les organisations non gouvernementales.

Le représentant de la Commission soumet au comité un projet des mesures à prendre. Le comité émet son avis sur ce projet dans un délai que le président peut fixer en fonction de l'urgence de la question en cause, le cas échéant en procédant à un vote.

L'avis est inscrit au procès-verbal ; en outre, chaque État membre peut demander que sa position figure à ce procès-verbal.

La Commission tient le plus grand compte de l'avis émis par le comité. Elle informe le comité de la façon dont elle a tenu compte de cet avis.

- 2** En mettant en œuvre le plan d'action, la Commission tient compte des projets financés dans le cadre de son programme de recherche en biomédecine et santé et de leurs résultats, et incorpore ceux-ci aux actions correspondantes du plan d'action, en favorisant leur complémentarité et synergie.
- 3** La Commission collabore avec les organisations internationales actives dans ce domaine, telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Conseil de l'Europe.
- 4** La Commission publie régulièrement des informations techniques sur l'avancement du plan d'action.

Article 2

- 1** Les crédits annuels affectés aux actions prévues dans le programme sont arrêtés dans le cadre de la procédure budgétaire.
- 2** Le montant de la contribution communautaire estimé nécessaire pour la mise en œuvre des actions visées par la présente décision, pour 1991/1992, s'élève à 6 millions d'écus.

Article 3

- 1** La Commission, en collaboration avec le comité consultatif visé à l'article 1^{er}, évalue en permanence les actions entreprises et les priorités fixées.
- 2** Le Conseil et les ministres de la santé des États membres, réunis au sein du Conseil, procèdent à une évaluation de l'efficacité des actions entreprises.

À cette fin, la Commission présente au Conseil un rapport au cours du second semestre de 1992. Ce rapport est également transmis au Parlement européen.

Fait à Luxembourg, le 4 juin 1991.

annexe page suivante

(1) JO n° C 158 du 17 juin 1991

(2) Avis rendu le 29 mai 1991 (non encore paru au Journal officiel).

(3) JO n° C 10 du 16 janvier 1991, p. 3

ANNEXE

PLAN D'ACTION 1991/1993

ACTION 1**Évaluation des connaissances, des attitudes et des comportements du grand public et de groupes-cibles**

Examen des résultats des enquêtes dans les États membres et au niveau communautaire concernant les connaissances, attitudes et comportements, évaluation et diffusion des résultats.

Examen régulier des enquêtes à poursuivre au niveau communautaire dans ce domaine.

ACTION 2**Information et sensibilisation du public et de certains groupes-cibles**

Études des campagnes d'information auprès du grand public et de populations ciblées ainsi que des actions destinées à agir sur les comportements réalisées dans les États membres, et diffusion des résultats ; stimulation d'échanges permettant de confronter les expériences des États membres.

Études de faisabilité :

en vue d'une action communautaire coordonnée de sensibilisation du grand public et de certains groupes-cibles en complément des campagnes réalisées par les États membres ; élaboration, le cas échéant, de propositions d'action,

pour l'élaboration d'un code européen, rédigé dans un langage accessible aux profanes et mettant notamment l'accent sur la non-discrimination des personnes infectées par le virus immunodéficient humain (VIH).

ACTION 3**Éducation à la santé auprès des jeunes**

Développement des échanges d'information sur les actions d'éducation pour la santé réalisées dans les écoles et dans les diverses structures de formation et d'apprentissage ; stimulation d'échanges de professionnels et de matériel pédagogique et coopération par l'organisation de séminaires spécifiques, en particulier destinés aux formateurs d'enseignants et orientés sur la diffusion de nouvelles méthodes.

Échange d'expériences et promotion d'actions pilotes pour sensibiliser les jeunes non scolarisés à la prévention de l'infection par le VIH.

ACTION 4**Prévention de la transmission du VIH**

Promotion de l'autosuffisance de la Communauté en produits sanguins par donateurs volontaires et non rémunérés en poursuivant les efforts engagés pour assurer la sécurité transfusionnelle.

Adoption de mesures communautaires destinées à maintenir et/ou améliorer la qualité des préservatifs ; échanges d'informations concernant la promotion du préservatif auprès du grand public et de groupes-cibles.

Évaluation des mesures mises en œuvre dans les États membres pour fournir du matériel d'injection sûr, y compris de nouveaux types de seringues et d'aiguilles à usage unique.

Échanges d'informations sur les nouvelles approches en matière de prévention de la transmission du VIH parmi certains groupes-cibles et promotion, le cas échéant, d'actions pilotes.

ACTION 5**Assistance sociale, psychologique et sanitaire**

Échanges d'expériences, évaluation et, le cas échéant, promotion des « lignes téléphoniques d'assistance » respectant la confidentialité des appels, y compris la promotion de moyens d'information appropriés du public sur leur existence.

Promotion de moyens d'information appropriés des personnes infectées par le VIH sur les différentes formes d'assistance sociale, psychologique et médicale existantes, y compris les différentes modalités de soins, l'autoprise en charge, les soins à domicile, les appartements ou autres lieux d'accueil.

Promotion de moyens d'information appropriés des professionnels de la santé et d'échanges pratiques d'expériences sur les différentes formes d'assistance sociale, psychologique et sanitaire existantes.

ACTION 6**Évaluation des coûts de l'infection par le VIH**

Examen des paramètres pris en compte dans les États membres pour déterminer les coûts sanitaires et sociaux de l'infection par le VIH ; étude de faisabilité pour développer des approches communes dans ce domaine.

Évaluation des modèles existants pour prévoir les coûts de l'infection par le VIH en vue de la planification des services sociosanitaires et de l'accès au soins précoces ; études de faisabilité d'approches communes.

ACTION 7**Collecte de données relatives au VIH/sida**

Soutien approprié aux systèmes de surveillance épidémiologique des États membres pour améliorer la qualité des données au niveau communautaire.

Soutien au « Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida » (centre collaborateur de l'OMS à Paris) pour continuer à assurer une base de données fiable et largement accessible au niveau communautaire ainsi que la diffusion de données épidémiologiques et d'analyses fiables.

Études de faisabilité sur des méthodologies communes et/ou comparables pour la collecte de données concernant l'infection par le VIH, en tenant compte du principe de confidentialité des données individuelles et d'une information appropriée des personnes.

ACTION 8**Promotion des ressources humaines**

Étude sur la formation dispensée, pendant et après les études, au personnel de santé publique et au personnel chargé des soins de santé et de l'assistance sociale et psychologique des personnes infectées par le VIH et de leur entourage, et échange d'expériences.

Mise en place d'un programme d'échanges pour les professionnels concernés.

Échange d'information et promotion de matériel et d'outils pédagogiques appropriés pour accélérer l'éducation et la formation permanente des professionnels.

ACTION 9**Mesures pour la non-discrimination des personnes infectées par le VIH et de leur entourage**

Analyse régulière, au niveau communautaire, en coopération avec les États membres, des situations pouvant comporter des discriminations.

Échange d'informations sur les mesures prises par les États membres pour éviter les discriminations.

Proposition, le cas échéant, de mesures appropriées au niveau communautaire.

ACTION 10**Recherche et coopération internationale**

Contribution à l'action communautaire dans le contexte du troisième programme-cadre de recherche et contribution dans le domaine de la coopération internationale.

L'éducation pour la santé

Conclusions du conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil du 13 novembre 1992 concernant

l'éducation à la santé.

Vu les traités instituant les Communautés européennes,

la résolution du Conseil et des ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, du 23 novembre 1988, sur l'éducation à la santé dans les écoles⁽¹⁾,

diverses résolutions, conclusions et décisions du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil concernant l'éducation à la santé, notamment dans les écoles, y compris la décision 90/238/Euratom, CECA, CEE du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, du 17 mai 1990, adoptant un plan d'action 1990-1994 dans le cadre du programme « l'Europe contre le cancer »⁽²⁾, la décision 91/317/CEE du Conseil et des ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil, du 4 juin 1991, adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme « l'Europe contre le SIDA »⁽³⁾, la résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, du 31 décembre 1990, relative à un action communautaire de lutte contre le dopage, y compris l'abus de médicaments, dans les activités sportives⁽⁴⁾, la résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, du 31 décem-

bre 1990, concernant un action communautaire sur la nutrition et la santé⁽⁵⁾,

Ayant examiné

la communication de la Commission au Conseil des ministres de l'éducation sur la mise en œuvre de la résolution du Conseil et des ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, du 23 novembre 1988, sur l'éducation à la santé dans les écoles,

Considérant que

nombre de maladies et de décès sont liés au mode de vie et au comportement des individus,

l'école est un lieu d'une importance vitale pour faire acquérir aux jeunes, de manière systématique et à un âge précoce, un mode de vie sain et leur adresser des messages cohérents en matière d'éducation à la santé permettant de réduire les maladies et accidents,

il existe d'autres milieux où l'éducation à la santé joue également un rôle capital, notamment les collectivités locales, les foyers, les hôpitaux et les lieux de travail et qu'il importe que les messages concernant la santé dans tous ces milieux se renforcent les uns les autres et assurent une éducation à la santé efficace, orientée de manière appropriée vers des groupes spécifiques de tous âges,

dans le cadre des efforts visant à organiser et à développer une coopération plus étroite entre les États membres, au niveau communautaire et avec les organisations internationales, en matière d'éducation à la santé, il importe que les bonnes pratiques et les

modèles possibles d'une meilleure éducation à la santé soient identifiés et diffusés dans tous les milieux,

les institutions et les personnes dispensant des soins de santé, par exemple les médecins et infirmières scolaires, peuvent apporter une contribution importante à la promotion de l'éducation à la santé dans les écoles,

Se félicitent de la communication de la Commission et reconnaissent la valeur de cette initiative visant à renforcer la coopération entre les États membres en vue d'assurer une éducation à la santé efficace ;

Invitent la Commission à examiner les possibilités d'adopter une partie ou la totalité des recommandations figurant dans sa communication, en tant que modèles de développement de la coopération en matière d'éducation à la santé dans d'autres milieux, orientée effectivement vers des groupes spécifiques de tous âges ;

Soulignent l'importance d'une coopération étroite entre les autorités responsables de la santé publique et celles qui sont chargées de l'enseignement et **estiment souhaitable** l'utilisation la plus efficace des compétences professionnelles existant en matière de santé publique dans les États membres ;

pour planifier une éducation à la santé efficace dans les écoles qui renforce l'éducation à la santé dispensée dans d'autres milieux et soit renforcée par celle-ci

et

pour expliquer aux enfants et aux jeunes l'importance d'un mode de vie sain.

⁽¹⁾ JO n° L.3 du 5/1/1989, p. 1.

⁽²⁾ JO n° L.137 du 30/5/1990, p. 31.

⁽³⁾ JO n° L.175 du 4/7/1991, p. 26.

⁽⁴⁾ JO n° C.329 du 31/12/1990, p. 4.

⁽⁵⁾ JO n° C.329 du 31/12/1990, p. 1.

Bibliographie

L'Europe des communautés, les notices, nouvelle édition 1992, la documentation française.

L'Union européenne, les traités de Rome et de Maastricht, textes comparés, la documentation française, 1992.

Les institutions de la Communauté européenne, l'Europe notre avenir, publication de la commission des communautés européennes et du parlement européen n°8/1991.

Organigramme de la commission des communautés européennes, 1992, office des publications officielles des communautés européennes, L2985 Luxembourg (en vente au Journal officiel).

Europe, la dimension sociale, numéro hors série de la revue française des affaires sociales, novembre 1989.

Rapport de la commission des affaires familiales et sociales sur le projet de loi de finances 1991 (II- l'Europe communautaire : un espace nouveau de développement pour le concept de santé publique), JO Assemblée Nationale n°1636

J. S. Cayla, La protection de la santé publique dans l'Union européenne selon le traité de Maastricht du 7 février 1992, dans revue de droit sanitaire et social, avril-juin 92

Agnès Leclerc, Où se décide l'Europe de la santé ? dans Santé Publique n° 5/1990

Europe Sociale, revue semestrielle de la direction générale de l'emploi, des relations industrielles et des affaires sociales, commission des communautés européennes, plus particulièrement le n°1/91 sur l'Europe contre le cancer.

pour suivre régulièrement l'actualité de la Communauté européenne : 7 jours d'Europe, lettre hebdomadaire du bureau de représentation en France de la Commission des communautés européennes.

Adresses utiles

Sources d'Europe
Le socle de la Grande Arche
92054 Paris la Défense cédex 61
tél. (1) 41 25 12 12
minitel 36 15 Eurosources

Commission des communautés européennes, bureau de représentation en France
288, boulevard St Germain
75007 Paris
tél. (1) 45 01 58 85
2, rue Henri Barbusse
13001 Marseille
tél. 91 91 46 00
minitel 36 15 CEE

SGCI (Secrétariat général du comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne)
2, boulevard Diderot
« carré Austerlitz »
75012 Paris
tél. (1) 44 87 17 17

Ministère des Affaires étrangères
Direction d'Europe
37, quai d'Orsay
75351 Paris
tél. (1) 47 53 53 53

Antenne « Europe contre le cancer »
80, avenue de Cortenberg
B - 1049 Bruxelles

Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville
Division des relations internationales
7, avenue de Ségur
75007 Paris
tél. (1) 40 56 60 00

Commission des communautés européennes
Direction générale X
Audiovisuel, information, communication, culture
200, rue de la loi
B - 1049 Bruxelles

Commission des communautés européennes
Direction générale V
Santé et sécurité
Batiment Jean Monnet
L - 2920 Luxembourg

Ségolène Chappellon a rédigé ce dossier. Tous ses remerciements à Agnès Leclerc pour sa relecture attentive et bienveillante et à Pascale Buffaut, Bernadette Constant, Dominique Tricard et Maurice Tubiana pour leur tribune.