

## Suite des comptes rendus des conseils santé

# Europe et santé

**Sécurité des produits sanguins et élaboration d'un nouveau cadre pour la santé publique ont été deux dossiers importants abordés lors du premier Conseil des ministres européens de la Santé de l'année.**

### André Ernst

Chargé de mission pour les affaires européennes,  
direction générale de la Santé

**L**es réunions des ministres de la Santé rythment deux fois par an l'évolution des dossiers « santé publique » au niveau communautaire. Bien entendu, elles n'épuisent pas une matière qui sur le terrain est abondante et croît. Elles sont comme la partie émergée d'un iceberg qui, au lieu de fondre, se développerait.

Du conseil Santé du 30 avril, qui clôturait pratiquement dans notre domaine une présidence anglaise de quatre mois seulement, on peut retenir deux thèmes marquants, celui de la sécurité des produits sanguins et celui du futur cadre pour la santé publique.

### Des produits sanguins sûrs

Les ministres ont adopté une recommandation sur « l'admissibilité des donneurs de sang et de plasma et le dépistage pratiqué sur les dons de sang dans la Communauté ». Pourquoi en parler ? Parce que cette recommandation est la première d'une série de six dont les ministres ont passé commande à la Commission. L'ensemble constituera un bloc très complet de règles de sécurité pour gérer la chaîne de la transfusion sanguine.

Quel est notre besoin dans ce domaine ? Limité et important à la fois. Limité parce que la France est maintenant parvenue à un haut niveau de sécurité dans la gestion de la transfusion sanguine. Pas seule. Elle a toujours participé activement aux travaux du Conseil de l'Europe (que personne ne confondra avec le Con-

seil des ministres de la Communauté ...) qui depuis des années élabore à Strasbourg, pour l'ensemble des États d'Europe, des recommandations sur le sujet. La crise du sang contaminé n'a pas été pour rien dans cet investissement de nos experts. Lorsque la Commission a engagé la préparation de la première recommandation communautaire, ils étaient prêts pour rencontrer leurs collègues.

Qu'ont-ils fait de différent de ce qui se fait à Strasbourg ? Les produits labiles du sang sont le plus souvent prélevés, traités et utilisés sur place, dans le pays concerné, et même dans la région concernée. Sauf le plasma, ils circulent peu. Les recommandations du Conseil de l'Europe sont préparées par des experts des 40 pays membres pour aider à structurer leurs systèmes de santé. Il n'y a pas véritablement de base légale pour cela et on n'est pas dans le champ de conventions, comme la Convention bio-éthique par exemple, qui s'imposent aux signataires. La situation des 40 pays au niveau sanitaire est très variable. Chacun se fixe ses propres objectifs. Quand une question technique difficile surgit lors de la préparation de la recommandation et que la discussion ne permet pas d'y répondre, parce que les besoins ou les moyens des uns et des autres sont différents, elle est reportée à plus ample analyse et cela ne retire rien à la responsabilité de chaque État de gérer son propre système, avec les règles et la recommandation existantes.

Au niveau communautaire, le paysage est différent : pas de passé dans le domaine. La base juridique offerte par le Traité pour des actions en santé publique est étroite, essentiellement axée sur la prévention primaire. L'organisation du système de santé est de la compétence exclusive des États-membres. Toutefois ils doivent coordonner entre eux leurs

politiques. D'autre part les citoyens de la Communauté ont le droit de circuler librement sur le territoire de la Communauté et ils estiment de plus en plus être fondés à trouver partout où ils se rendent des conditions de prise en charge sanitaire de même qualité que dans leur propre pays. La sécurité du sang est typiquement un élément de cette exigence puisqu'en cas d'intervention chirurgicale ou de traumatisme, une transfusion est peut-être nécessaire. Enfin on peut rappeler que le Traité d'Amsterdam prévoit dans son nouvel article 152 une compétence de la Communauté à prendre des mesures pour assurer la sécurité des produits issus du corps humain (sang, organes, tissus...). Les raisons de la mobilisation communautaire sur le dossier sont là.

La présidence anglaise a déployé beaucoup de maîtrise et de ténacité pour parvenir à faire s'entendre les quinze délégations, chacune bardée de ses experts. Les difficultés principales ont surtout tourné autour de seuils de sécurité. Ainsi la quantité maximale de sang prélevable à un individu en une année : certains de nos voisins fixent le seuil à plus de 50 litres (dans le contexte de dons sinon rémunérés, du moins dédommés), tandis que la France le fixe à 15 litres. En l'absence d'études scientifiques pertinentes, que choisir ? La négociation n'a pas permis de s'en tenir aux valeurs prônées par le Conseil de l'Europe mais les études amorcées sur le sujet ont été relancées, la définition et le principe du don non rémunéré ont été inscrits dans le texte lui-même et les recommandations internationales (suivies par la France) rappelées.

Autre exemple de questions à résoudre, celui des questionnaires qui sont utilisés pour vérifier avec le donneur si son état de santé lui permet de donner

son sang sans risque pour lui ou pour autrui. Les différences de culture ont amené chaque État-membre à créer son propre questionnaire, voire à lui préférer un entretien oral. Le projet, qui comportait un modèle de questionnaire, a été revu et a intégré ces démarches complémentaires et non exclusives : chacun rédiger le questionnaire le mieux adapté à ses besoins.

De l'avis de nos experts la recommandation finale est un très bon document, qui ne manquera pas d'avoir un effet en retour sur les travaux du Conseil de l'Europe et d'aider chaque État-membre à améliorer la situation de son propre système de transfusion.

### Un cadre renouvelé pour affronter les problèmes de la santé de demain

La réflexion sur le futur cadre pour la santé publique est d'un ordre différent. On sait que le cadre actuel est fondé d'une part sur l'actuel article 129 du Traité, d'autre part sur des perspectives qu'avait tracées la Commission en 1993. À l'époque, celle-ci n'avait aucun moyen propre d'observation de la santé et des manques à pallier. Elle avait une certaine expérience dans la gestion de programmes très spécifiques (cancer, drogue, sida...). Elle avait donc proposé une série de programmes d'encouragement à la coopération sur ces thèmes, complétés par des actions sur la promotion de la santé, l'observation de la santé, la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies liées à la pollution atmosphérique, les accidents de la vie courante, le bruit, les radiations non-ionisantes. Tous sont en cours ou sur le métier. Ils ont un défaut majeur : leur cloisonnement, leur lourdeur de gestion, la rigidité de leur mise en œuvre (appel à propositions, qui ne permet pas de véritablement rester maître du programme). Ils sont de plus axés sur la prévention de maladies mais très peu sur l'action sur les déterminants de la santé. Enfin ils se déroulent dans le temps sans lien entre eux ni enchaînement logique (les premiers seront terminés en 2001 alors que les derniers pourraient commencer à ce moment-là). Sans doute ont-ils eu leur utilité mais il faut en repenser les objectifs et les moyens.

Un autre élément modifie de surcroît le paysage : l'élargissement. Dans cinq ans peut-être, les premiers « nouveaux

États-membres » rejoindront la Communauté. Pologne, Hongrie, République tchèque, Slovaquie, Estonie s'y préparent. Leur situation sur le plan sanitaire (mis à part vraisemblablement la Slovaquie) est très différente de la nôtre et leurs handicaps dans le domaine économique rendront leur alignement long et difficile. Dès lors, quelle place leur faire dans le futur cadre ? Quelles priorités se donner pour la période 2001-2006 ou plus pour qu'elles puissent répondre à leurs besoins comme aux nôtres ? Quels objectifs se fixer qui puissent nous être communs ou le devenir — dans le même temps on se demande, mais dans d'autres enceintes, ce qu'il convient d'exiger d'eux au moment de leur adhésion ?

La Commission a réfléchi à toutes ces questions et proposé dans une communication du 15 avril un certain nombre de pistes, autour de trois axes :

- « améliorer l'information visant à promouvoir la santé publique » — et derrière ce point on trouve toute la réflexion sur les déterminants environnementaux de la santé et sur les « autres politiques » de la Communauté,

- « réagir rapidement aux menaces pesant sur la santé » — et derrière ce deuxième axe on reconnaît la marque de la crise de la vache folle ainsi que les alertes autour de quelques épidémies (fièvre Ebola, grippe aviaire, peste, etc.),

- « s'attaquer aux facteurs déterminants de la santé par la promotion de la santé et la prévention des maladies » — et là on retrouve en gros l'ancien cadre défini en 1993.

Les ministres ont apprécié le travail de la Commission. Ils ont insisté sur la nécessité de développer la réflexion sur l'intégration de la santé dans les autres politiques, ce qui pose des questions structurelles : comment concilier le principe de la solidarité ministérielle (tout ministre français qui s'exprime à Bruxelles le fait au nom du gouvernement, de même que tout commissaire européen s'exprime au nom de toute la Commission...) et la possibilité pour le conseil Santé de lancer des messages d'alerte aux autres Conseils, d'évoquer des dossiers sensibles gérés par les autres ministres, voire de prendre de nouvelles responsabilités. M. Bernard Kouchner a souhaité que les ministres de la santé travaillent plus ensemble, se réunissent plus souvent... Plusieurs délégations l'ont appuyé.

Nos collègues autrichiens vont s'efforcer de creuser le dossier et de faire confirmer que de nouvelles perspecti-

ves sont nécessaires pour faire face aux prochains défis.

Il semble bien que quelque chose change, lentement mais irrésistiblement. ■