

# Europe et santé (suite)

**André Ernst**  
Chargé de mission pour les Affaires  
européennes, DGS

**Que se passe-t-il en  
matière de santé  
publique au niveau  
européen ? Compte-  
rendu des deux  
derniers Conseils des  
ministres de la Santé  
en décembre 2000  
et juin 2001.**

**F**aut-il regretter que la santé publique soit un dossier communautaire peu médiatique ? Oui et non. La crise de la vache folle, celle de la dioxine, celle de la fièvre aphteuse ont contribué à l'évolution forte et, à première vue, rapide des structures de prise en charge communautaire de la sécurité et de la qualité de notre environnement. L'autorité alimentaire européenne va voir le jour et des dizaines de textes sont sur le métier. Rien de tel dans le secteur de la santé : on continue, présidence de la France, présidence suédoise, à bâtir un édifice cohérent, assez complet mais plutôt préliminaire, et à préparer les mentalités à de nouvelles approches. On est mesuré. On n'a pas dix ans d'âge et on calcule encore ses pas. On apprend. Et on a peut-être des prudences que précisément les crises de l'Europe peuvent expliquer : est-il judicieux de gérer au niveau de l'Europe des responsabilités qu'on exerce encore au niveau national, quand on voit, au travers des crises, ce qui peut arriver dans les domaines où la délégation a eu lieu ? Mais il est vrai que la relative confidentialité des travaux menés pour la santé publique influe certainement sur le rythme de leur évolution. Lorsque les pays et les opinions auront mieux compris les enjeux de santé publique partagés et l'intérêt d'agir ensemble, on verra s'accélérer les choses.

Pour rendre compte des deux derniers Conseils des ministres de la Santé de décembre 2000 et juin dernier, qui sont un reflet fidèle de l'évolution des travaux, on peut adopter trois angles de vue : les actions sur les déterminants de la santé,

l'évolution des moyens de gestion des questions de santé et l'ouverture hors des frontières de la Communauté.

## **Attaquer la mauvaise santé à sa source**

Cette philosophie nouvelle, qui présidera au déroulement du prochain programme de santé publique (2003-2008), et qui n'est pas en soi une évidence, est déjà sur le métier. Plusieurs déterminants majeurs de la santé ont donné lieu à des décisions importantes : le tabac, l'alcool, les produits de santé et la nutrition.

**Le tabagisme** est un fléau majeur que les États membres ne peuvent combattre seuls puisqu'il est lié à la consommation de produits qui sont réglementés au titre du marché intérieur. La directive sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac, que la présidence française a contribué résolument à négocier, a pu être approuvée le 5 juin 2001. Elle reprend et complète des directives antérieures. Elle définit les conditions auxquelles doivent répondre les produits du tabac pour pouvoir circuler librement dans la Communauté tout en préservant — autant que faire se peut — la santé publique. Les taux de nicotine, de goudron et de monoxyde de carbone sont plafonnés, les autres composants des cigarettes sont mis sous surveillance et les informations et avertissements aux fumeurs sur les paquets sont développés fortement, pour tenir compte des expériences d'autres pays (Canada, par exemple). La plupart des mesures doivent entrer en vigueur en

2004. Les produits conformes ne pourront être interdits de circulation, même si les États membres peuvent prendre certaines mesures plus contraignantes.

C'est le moment de rappeler que le traité ne prévoit pas la possibilité de réglementer, voire d'interdire, des produits dangereux pour des raisons de santé publique seulement, à deux exceptions près qui concernent les mesures vétérinaires et phytosanitaires et la qualité et la sécurité des produits du corps humain (art. 152). Pour le reste, ce sont les règles du marché intérieur qui s'appliquent. Le principe est le suivant : quand les mesures nationales de protection (par exemple la loi Evin ou maintenant la nouvelle loi belge sur le tabac) sont susceptibles de nuire au bon fonctionnement du marché, parce qu'elles imposent des contraintes variables à chaque frontière en bloquant certains produits et services, la Communauté peut réglementer. Elle peut imposer à tous les États le respect des mêmes mesures de protection de la santé. Elle doit respecter ce qu'on appelle le principe de proportionnalité : elle n'interdit que ce qu'il est nécessaire d'interdire. C'est parce que la directive de 1998 sur la publicité pour les produits du tabac, qui en prévoyait l'interdiction totale à terme, ne respectait pas ce principe que la Cour de justice des Communautés européennes l'a abrogée. Leçon cuisante car il avait fallu dix ans pour la négocier, mais leçon utile qui va obliger à réfléchir sur l'évolution nécessaire du traité lui-même pour y inscrire de nouvelles possibilités de protéger les populations sans recourir à des détours juridiques.

Pas de directive dans le domaine de la **lutte contre les dommages liés à l'alcool** : les ravages en sont importants également et préoccupent tous les pays, même ceux qui jusqu'ici s'estimaient indemnes (la Suède, par exemple). Mais la problématique est différente, les enjeux économiques sont plus complexes et les cultures surtout « portent » certaines valeurs attribuées à l'alcool. Cela ne permet pas d'envisager de le traiter comme le tabac. Nous sommes en France bien placés pour comprendre ces ambivalences. Aussi les travaux de Bruxelles ont-ils débouché sur deux textes « soft » : une recommandation pour la protection des jeunes et des conclusions pour que soit bâtie une stratégie communautaire pour réduire les dommages liés à la consommation d'alcool.

Ne parlons pas des conclusions, elles sont « classiques ». On y constate le problème, on reconnaît que la lutte serait plus fructueuse si elle était coordonnée et on demande à la Commission de faire des propositions dans le domaine des connaissances du phénomène de la consommation d'alcool, des échanges de bonnes pratiques ainsi que la mise en œuvre des outils communautaires qui permettraient d'avancer (recherche, transports, publicité, marketing, parrainage, taxes...). À suivre donc.

Par contre la recommandation à l'égard de la consommation d'alcool par les jeunes est intéressante, en particulier pour nous, en France. Outre les recherches coordonnées, les échanges d'expériences en matière de prévention et d'éducation, et les réflexions sur la vente illégale aux mineurs, le texte reprend l'essentiel de la proposition de la Commission visant au développement de codes de bonne conduite avec la profession. Puisque nous ne pouvons pas vraiment réglementer, négocions la protection des jeunes avec les responsables du secteur alcool : pas de boissons alcoolisées destinées aux jeunes, pas de vente aux jeunes (formation des cafetiers), pas de promotion en direction des jeunes et création d'instances de concertation et de résolution de conflit pour recevoir les plaintes des associations de consommateurs. C'est une forme de relations avec les partenaires économiques très anglo-saxonne d'inspiration, nouvelle pour nous, mais qui pourrait ouvrir des pistes intéressantes. On y vient d'ailleurs également pour promouvoir une politique nutritionnelle en France.

La présidence française avait proposé à la Commission de travailler sur le développement d'une **politique nutritionnelle** dans les États membres avec l'appui de la Communauté. On sait que la nutrition est, avec l'activité physique, un déterminant majeur de la santé. On sait que les conditions d'une bonne nutrition des individus et des groupes sont complexes, multifactorielles, culturelles et économiques à la fois. La Communauté dispose d'un grand nombre d'outils juridiques et financiers pour peser sur la production, la transformation et la distribution des aliments. Elle peut donc être un partenaire de choix des États membres pour améliorer l'offre d'aliments, l'information et la protection des consommateurs.

Nous pensons aussi qu'une mobilisation sur la nutrition au niveau communautaire permettrait, en retour, de faire avancer le dossier en France. Cela s'est avéré justifié puisqu'en même temps que nous obtenions des ministres de la Santé et de la Commission leur adhésion à la résolution préparée avec des experts de tous les États membres, le ministère de la Santé lançait son programme nutrition, le premier chez nous.

Le texte de la résolution n'est pas révolutionnaire et peut même paraître bien banal aux spécialistes (lire p. 62), mais il faut savoir que des intérêts nombreux et divergents se cachent derrière chacune des pistes de travail tracées. Il a donc fallu négocier pour obtenir un texte qui permette de lancer la machine. Il faudra attendre bien sûr pour que des résultats apparaissent, mais l'important était de commencer et nous savons que la Commission est à l'œuvre. Il est satisfaisant de constater combien le monde des nutritionnistes, très alarmé par l'évolution de l'obésité et des maladies liées à la nutrition à l'échelle planétaire, a soutenu nos travaux.

Dernière famille de déterminants de la santé (ou en l'occurrence de la guérison), **les produits de santé**. La présidence française a pu faire adopter la première directive sur l'harmonisation des **essais cliniques de médicaments**. Les diverses méthodes de contrôle de ces essais dans les États membres (au plan du respect de l'éthique, de la qualité des résultats et de la sécurité des patients) obligeaient en effet les industriels qui pratiquaient des essais multicentriques/multi-États à constituer des dossiers différents et allongeaient les délais de mise en route des essais. Cela pouvait même pousser certains laboratoires à faire leurs essais ailleurs qu'en Europe, au détriment des malades et de notre économie. D'où le projet de la Commission, qu'il a fallu travailler plusieurs années du fait de sa complexité et de sa sensibilité politique (questions sur l'éthique, sur le consentement des patients et organisation très différente du contrôle des essais selon les États). La France a pu mener à bien la négociation finale de ce texte, qui reprend d'ailleurs largement l'expérience et l'organisation françaises. La directive sera applicable à partir de mai 2003. Sa transposition dans notre législation se fera dans le même temps que la révision de la loi Huriet.

La France a d'autre part souhaité faire avancer un dossier sensible mais « orphelin », celui des **médicaments pédiatriques**. Il faut savoir que peu de médicaments sont expérimentés et autorisés spécifiquement pour les enfants. On utilise beaucoup de médicaments pour adultes en adaptant, parfois empiriquement et non sans risques, les doses et la présentation. Il n'y a pas en Europe d'encouragement particulier aux laboratoires alors que les essais de médicaments destinés aux enfants sont plus complexes et plus coûteux, du fait de l'évolution très rapide des caractéristiques des enfants au fil de leur croissance et du faible nombre de pathologies qui touchent chaque tranche d'âge. D'où l'idée de pousser la Communauté à mettre en place un dispositif d'encouragement, assez proche de celui qui a été conçu, sur incitation de la France d'ailleurs (et qui fonctionne maintenant), pour les médicaments orphelins. Ce projet, qui s'est matérialisé dans une résolution des ministres, a été très bien accueilli et la Commission y travaille.

### Les outils futurs

Où en sommes-nous en termes de mise en œuvre de la nouvelle politique de santé publique ? Court rappel : huit programmes fonctionnaient (prévention du cancer, de la toxicomanie, du sida et des maladies transmissibles, des accidents domestiques, des maladies rares et des maladies liées à la pollution, auxquels il faut ajouter le programme de surveillance de la santé et le réseau de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles). Plusieurs devaient s'arrêter fin 2000. Le nouveau programme de santé était prévu pour prendre le relais. Mais la discussion dure et les ministres ont donc, en décembre 2000, décidé, en accord avec le Parlement, de prolonger tous les programmes de un ou deux ans. C'est sous ce régime qu'on se trouve actuellement et l'appel à propositions de la Commission pour l'ensemble des programmes pour l'année 2002 est paru fin juillet au *Joce*. Notons toutefois que les actions ne seront subventionnées que si, par anticipation, elles s'inscrivent dans la nouvelle approche du futur programme. Celui-ci commencera effectivement en 2003 pour six ans.

Pourquoi les négociations durent-elles ? Il n'y a plus de désaccords sur les grandes priorités et les nouvelles modalités de

travail (voir *adsp* n° 32, p. 12). Restent deux questions et tout d'abord celle du budget : la Commission proposait une reconduction, au prorata des ressources actuelles pour les six ans à venir, soit 300 Meuros. Le Conseil a opté pour 280 et le Parlement

demande 380 Meuros. La négociation se fera, comme le plus souvent, en rapprochant les points de vue, sans doute autour de 300 Meuros ou un peu plus. Bien (mieux) employé, c'est déjà un potentiel sérieux dans la mesure où il s'agit surtout

## Médicaments pédiatriques, résolution du 14 décembre 2000

Le Conseil de l'Union européenne :

1. rappelle qu'un niveau élevé de protection de la santé doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ; que l'action de la Communauté, en complétant les politiques nationales, doit porter sur l'amélioration de la santé publique, la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine ;
2. note que près de 20 % de la population de la communauté, soit 75 millions de personnes, se situe dans la tranche d'âge comprise entre 0 et 16 ans ;
3. constate que, en ce qui concerne leur traitement, les enfants présentent des caractéristiques qui varient avec leur âge et qui ne permettent pas dans la plupart des cas de les assimiler à des adultes. En particulier, un médicament administré à l'enfant présente des spécificités en termes de pharmacocinétique, d'efficacité et d'effets indésirables. De plus, un médicament destiné à l'enfant nécessite une présentation pharmaceutique adaptée, assurant une administration facile et sûre ;
4. constate qu'une grande partie des médicaments utilisés chez les enfants n'ont pas fait l'objet d'une évaluation spécifique en vue de l'utilisation pédiatrique et risquent donc de ne pas répondre aux critères de qualité, de sécurité, d'efficacité tels qu'ils sont exigés chez l'adulte ;
5. observe que la prescription de médicaments à l'enfant se fait donc très souvent en dehors du cadre de l'autorisation de mise sur le marché et que, compte tenu également de la faible disponibilité de données en matière de pharmacovigilance pédiatrique, la sécurité d'utilisation dans cette partie de la population ne peut donc pas être documentée par des études de surveillance après mise sur le marché ;
6. reconnaît que la mise à disposition de médicaments pédiatriques se heurte à des difficultés du développement pharmaceutique, et aux difficultés du développement clinique. Les coûts de la recherche et développement nécessaires ne sont pas amortis étant donné le faible nombre d'enfants touchés par chaque pathologie, dans chaque classe d'âge ;
7. considère que le développement de médicaments pédiatriques et des essais cliniques impliquant des enfants peut soulever des préoccupations d'ordre éthique spécifiques et que les enfants doivent bénéficier d'une protection particulière ;
8. considère que tous les États membres se trouvent confrontés à cette problématique et qu'une approche européenne offre des avantages sur le plan de l'épidémiologie, de la santé publique et sur le plan économique ;
9. invite dès lors la Commission à faire dans les meilleurs délais des propositions appropriées, sous forme d'incitations, de mesures réglementaires ou d'autres mesures de soutien en matière de recherche clinique et de développement, en tenant compte des aspects éthiques des essais cliniques chez les enfants, pour que les nouveaux médicaments et les médicaments déjà commercialisés pour les enfants soient pleinement adaptés aux besoins spécifiques de cette partie de la population, et en tenant compte également des normes reconnues au niveau international en matière de protection des mineurs à l'égard de la recherche médicale scientifique.

## Santé et nutrition, résolution du 14 décembre 2000

Le Conseil de l'Union européenne :

1. rappelle que les citoyens de l'Union européenne attachent une grande importance à la santé, et qu'ils la considèrent comme un élément essentiel pour une qualité élevée de vie ;
2. rappelle la résolution du 3 décembre 1990 concernant une action communautaire sur la nutrition et la santé, dont les objectifs restent en général valables, ainsi que les conclusions du 15 mai 1992 ;
3. souligne une nouvelle fois l'importance de la nutrition comme l'un des déterminants majeurs de la santé humaine, et constate que l'état de santé de la population peut donc être protégé et amélioré en agissant sur la nutrition ;
4. indique que les travaux scientifiques ont démontré qu'un régime alimentaire inadapté, associé à une activité physique insuffisante, constitue un des principaux facteurs de risque évitables pour la survenue des maladies cardio-vasculaires, qui représentent l'une des principales causes de décès dans l'Union européenne ; qu'il est également démontré qu'une alimentation déséquilibrée favorise la survenue d'autres affections sévères telles que certains types de cancer, l'ostéoporose, le diabète non héréditaire et certaines formes pathologiques associées à des carences spécifiques en nutriments ;
5. s'inquiète des conséquences de la progression de l'obésité et du surpoids dans l'Union européenne, notamment chez les enfants et les adolescents ;
6. constate que, malgré les remarquables progrès dans l'alimentation des populations de l'Union européenne, toute la population reste exposée à des problèmes de santé liés à la nutrition, et que certains groupes, comme les enfants, les adolescents, les personnes âgées et les populations démunies, demeurent plus exposés aux conséquences d'une nutrition inadaptée ;
7. souligne qu'une mauvaise nutrition entraîne l'augmentation des coûts sociaux et sanitaires pour les États membres ;
8. constate que la connaissance de l'état nutritionnel de la consommation et des habitudes alimentaires est inégale, tant entre États membres qu'à l'intérieur des États membres ;
9. note l'évolution des différents régimes et cultures alimentaires dans l'Union européenne, avec notamment une place de plus en plus importante accordée à la restauration collective et à la consommation d'aliments préparés ;
10. constate que, malgré les progrès enregistrés dans le domaine de l'information nutritionnelle et de l'étiquetage nutritionnel, une information fiable, cohérente et accessible sur les caractéristiques nutritionnelles des produits alimentaires et sur la qualité nutritionnelle des régimes n'est pas encore suffisamment garantie ;
11. considère que la diversité des cultures alimentaires à travers l'Union européenne constitue une richesse à respecter, et qu'il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques concernant la santé nutritionnelle, politiques qui doivent donc être définies d'abord au niveau national ;
12. souligne toutefois que de nombreuses politiques communautaires, et notamment les politiques dans les domaines de la santé publique, de l'agriculture, de la pêche, de la recherche, des transports, de la protection des consommateurs et du marché intérieur, ont un tel impact que ces politiques nutritionnelles nationales ne peuvent être pleinement efficaces que si les aspects relatifs à la santé nutritionnelle sont pris en compte dans la définition et la mise en œuvre des politiques communautaires concernées ;
13. note que des actions permettant d'améliorer la disponibilité et l'accès à des aliments sains ainsi que l'information sur une alimentation saine sont des composantes importantes de la politique nutritionnelle ;
14. considère que les actions en matière de santé nutritionnelle doivent avoir une place adéquate dans le futur programme d'action communautaire en matière de santé publique ;
15. estime qu'une politique en matière de santé et de nutrition devrait, pour être efficace, s'appuyer, entre autres, sur des échanges d'expériences et d'informations, ainsi que sur la coopération et la formation de tous les acteurs concernés, y compris les professionnels de la santé nutritionnelle, les opérateurs dans le secteur, les

d'« appuyer » l'action des États membres, qui restent responsables de leur système de santé.

### Structure ou pas structure ?

L'autre question que la France a souhaité faire avancer durant sa présidence, parce que nous l'estimons essentielle, est celle de la création d'une « structure » pour servir de système nerveux central aux deux premiers grands axes du travail futur, la surveillance de la santé et de ses détermi-

nants d'une part, la surveillance et la réaction rapide aux épidémies et aux menaces pour la santé d'autre part. Tout ce qui est fait actuellement dans le cadre des deux programmes en place sur le sujet l'est sur la base d'actions proposées et menées par des réseaux, des équipes ou des institutions nationales, subventionnés partiellement et pour un an. Les actions sont moins « choisies » par la Commission et les États membres que déterminées par ceux qui les proposent (ou ne les proposent

pas), de fait, sur la base des « priorités annuelles » formulées en termes très généraux, et qui n'en sont pas vraiment. Les reconductions ne sont pas automatiques, alors qu'il s'agit le plus souvent dans ce domaine de tâches à long terme. Les résultats des travaux sont mal exploités, mal reliés entre eux, peu disséminés. C'était d'ailleurs l'une des constatations faites par les évaluateurs lors des bilans des programmes à mi-parcours. Enfin le système n'a aucune capacité à une réaction

- consommateurs et les organisations non gouvernementales ;
16. invite les États membres, dans le cadre de leurs politiques nationales en matière de santé nutritionnelle, à :
- i. développer les capacités de la population, dès la petite enfance et à toutes les étapes de la vie, à faire des choix éclairés de consommation, en promouvant des attitudes et des habitudes alimentaires favorables à la santé, ainsi qu'en apportant une information à ce sujet,
  - ii. associer tous les acteurs intéressés à la réflexion sur la santé nutritionnelle ainsi qu'à sa promotion,
  - iii. continuer à développer la production, la diffusion et la mise en œuvre de recommandations en matière de santé nutritionnelle sur la base d'une expertise scientifique solide,
  - iv. améliorer les connaissances en nutrition des professionnels de santé et des métiers en rapport avec l'alimentation et la nutrition,
  - v. participer activement aux réseaux de collecte des données en matière de nutrition et d'activité physique dans la Communauté,
  - vi. encourager la participation des experts nationaux aux activités communautaires, et notamment à la production d'expertise scientifique ;
17. note que la Commission, dans le cadre du livre blanc sur la sécurité alimentaire, envisage entre autres l'élaboration d'une politique nutritionnelle globale et cohérente, ainsi que la présentation d'un plan d'action concernant la nutrition, et de recommandations concernant des orientations en matière de régimes alimentaires ;
18. invite la Commission à étudier comment favoriser une meilleure nutrition au sein de l'Union européenne, en présentant le cas échéant des propositions appropriées à cette fin, et notamment :
- i. prévoir la prise en compte de la santé nutritionnelle dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques communautaires concernées et le développement d'outils permettant d'évaluer l'impact des autres politiques communautaires sur la santé nutritionnelle,
  - ii. poursuivre le développement d'outils de surveillance de la santé nutritionnelle et de ses déterminants s'appuyant sur les outils existants utilisés par les États membres, afin d'obtenir des données comparables, et assurer une évaluation régulière de ces données, en complétant l'action des États membres,
  - iii. soutenir et promouvoir l'échange régulier d'expériences dans le domaine de la santé et de la nutrition,
  - iv. faciliter le développement de l'expertise scientifique en santé nutritionnelle par des experts de ce domaine, en particulier pour aider à fonder et actualiser des recommandations alimentaires nationales ou locales et l'information donnée aux consommateurs,
  - v. appuyer la recherche sur les liens entre santé et nutrition, sur les pathologies liées à l'alimentation, sur la compréhension des comportements alimentaires, et sur l'impact des politiques menées sur la santé et la nutrition,
  - vi. faciliter l'échange d'informations sur les formations et professions liées à la nutrition,
  - vii. développer l'utilisation de l'étiquetage nutritionnel, en l'adaptant aux besoins des consommateurs, ainsi que d'autres moyens d'information nutritionnelle,
  - viii. étudier la possibilité de mener des projets pour la promotion de régimes alimentaires sains, pouvant porter sur des sujets aussi divers que la consommation de fruits et de légumes et l'allaitement maternel,
  - ix. réfléchir à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information pour améliorer l'information des acteurs de ce secteur, mais également celle de la population,
  - x. prévoir un suivi des actions concernant la nutrition ;
19. invite la Commission à continuer à coopérer avec les organisations internationales compétentes, et notamment l'OMS, afin d'assurer une coordination efficace des activités tout en évitant les doubles emplois.

rapide et coordonnée, par manque d'infrastructure : sans une puissante coordination, des réseaux ne sont que des réseaux — encore plus s'ils relient des pays différents. Cela ne « fabrique » pas de la santé publique.

La présidence française a proposé que soit inscrit dans le programme futur le principe de la création « *d'une structure de coordination* » pour les fonctions de surveillance. Elle laissait à la Commission, dont c'est la responsabilité, la tâche de

concevoir et de créer cette structure. Parallèlement, le Parlement européen souhaitait dans ses amendements la création d'un « *centre de coordination et de surveillance de la santé* », avec des compétences beaucoup plus larges, englobant la mise en œuvre des actions de prévention, et pas seulement la coordination de la surveillance.

Tout en allant trop loin, cela renforçait notre proposition. Reste que pour un certain nombre de raisons qu'on ne détaillera

pas, juridiques, administratives, techniques (faut-il une ou deux structures ?) et politiques, seul le principe « *d'arrangements structurels chargés de coordonner la surveillance...* » a pu être inscrit dans le texte, la Commission s'engageant à s'y consacrer rapidement. C'est finalement suffisant et nous pouvons légitimement considérer que la France a fait avancer la question de façon irréversible alors qu'elle serait restée latente encore longtemps.

La dernière négociation entre le Con-

seil et le Parlement se déroulera en décembre, la décision pouvant intervenir quelques mois après. Quand on relit le projet, qui sera peu modifié, on peut penser que la Communauté et les États membres disposeront de bons outils pour gérer ensemble la santé publique, une santé de plus en plus sans frontières...

### Et au-delà de nos frontières ?

L'objectif de travailler à quinze, et tout le temps qu'il faut pour y parvenir, a un peu tendance à faire oublier que pour la santé il y a également peu de frontières avec le reste du monde. Et tout d'abord avec les dix pays de l'Europe septentrionale et centrale qui vont rejoindre l'Union européenne dans les années prochaines. La présidence suédoise et la Commission ont souhaité évoquer ce thème avec les ministres. La dimension « santé » ne fait pas partie des critères sur la base desquels les négociations d'adhésion des pays sont menées : sont surtout évalués et discutés les fondements démocratiques, les ajustements économiques, les capacités à assumer les très nombreux règlements du marché intérieur (on parle de 90 000 pages de textes à traduire et à adapter en règles nationales). Néanmoins, peu à peu, des données sur la santé apparaissent dans les bilans et les candidats sont invités à s'intégrer petit à petit dans les travaux communautaires. Un groupe de travail réfléchit sur l'impact de l'élargissement sur la politique communautaire de santé : quels écarts dans les situations sanitaires, quels ajustements à apporter aux systèmes de surveillance pour les rendre compatibles, quels mouvements de professionnels de santé prévoir (craindre ?) lors de l'adhésion, comment organiser déjà des actions en commun dans le cadre des programmes existants. Les relations bilatérales se développent et les rencontres se multiplient. C'est un dossier à suivre attentivement. De surcroît, nous aurons sans doute à apprendre de nos collègues. Notre ministère organise en novembre un colloque sur la santé avec les pays d'Europe centrale orientale.

M. Kouchner a également souhaité informer et mobiliser ses collègues sur

le projet auquel il se consacre d'instaurer des coopérations hospitalières avec l'Afrique, l'Amérique du Nord, les pays de l'Europe orientale et la Russie afin de lutter de façon concertée contre le sida, non seulement pour sa prévention mais pour offrir aux malades de ces pays, dès lors que l'accès aux médicaments à des prix supportables leur est ouvert — c'est toute la réflexion menée actuellement par les Nations unies et le G8 — le bénéfice de protocoles de soins performants par des équipes formées. Comment accepter que des millions de personnes meurent sans soins ? Comment laisser compromettre tout le travail fait pour acheminer des médicaments si, au final, ils ne sont pas administrés correctement et si les thérapies ne sont pas suivies ? Les ministres ont été intéressés (et pour certains partagés, car de nombreuses questions subsistent : rapports entre prévention et soins, modalités de mobilisation des organisations internationales, financement...). Plusieurs pays se sont joints aux réflexions françaises, qui se poursuivent et prennent corps en ce moment.

Si M. Kouchner a demandé aux ministres que le Conseil se réunisse plus de deux fois par an, c'est pour qu'il puisse s'investir à la hauteur de leurs responsabilités dans les dossiers ayant un « impact santé », qui sont actuellement gérés par d'autres ministres. Et leur nombre s'accroît. C'est aussi pour pouvoir élargir l'horizon à l'échelle des missions de l'Europe, des moyens dont elle dispose et des besoins exprimés loin de nous auxquels elle peut, elle aussi, apporter réponse.

C'est la Belgique qui préside l'Union jusqu'en décembre. Elle le fait très activement. De grands dossiers de santé sont sur le métier : la première directive sur la sécurité et la qualité du sang, la nouvelle directive sur la publicité pour les produits du tabac et une recommandation importante sur la lutte contre le développement des résistances aux antibiotiques, entre autres. Elle a aussi organisé un grand nombre de colloques et conférences, dont une sur la santé mentale à laquelle elle est très attachée et que nous suivrons. Les ministres se retrouveront le 15 novembre. ■

# Santé publique

**Santé publique.** Sommaire 2001/2

## Éditorial

- La société est malade de sa violence... et l'on crie haro sur les jeunes, *J.-P. Deschamps*

## Études

- Conduites alimentaires perturbées et pensées suicidaires chez les adolescents : résultats d'une enquête nationale par téléphone, *Ph. Guilbert, M. Choquet, P. Arwidson, A.-C. Goubert, A. Gautier, F. Baudier, C. Jouglard*
- Les représentations de la santé chez les lycéens à Hô Chi Minh-Ville (Vietnam) : comparaison avec d'autres pays, *Duong Dinh Cong, Vo Thi Xuan Hanh, Ho Thu Huong, J.-P. Deschamps*
- Apport des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé, *E. Cambois, J.-M. Robine*

## Pratiques

- Double dispensation des antirétroviraux en ville : bilan à un an dans l'agglomération lilloise, *X. de la Tribonnière et al.*
- Utilisation des services de santé par les mères des enfants fébriles au sud du Bénin, *L. Fourn, G. Sakou, Th. Zohoun*
- Utilisation de la méthode des incidents critiques dans la construction d'un outil de mesure de la satisfaction en psychiatrie, *C. Pourin, V. Daucourt, P. Barberger-Gateau*
- Outil d'aide pour l'évaluation de performance d'actions de santé : développement et application au programme de prévention de l'alcoolisme en Lorraine, *J.-F. Collin, S. Girardo, M. Baumann*

## Lettre du terrain

- Les priorités en santé publique, *F. Dabis, J.-F. Tessier*

## Opinion

- Les carences de la formation médicale en France révélées à travers le drame du sang contaminé, *F. Grémy*

## Lectures

*Santé publique*

BP 7

2, avenue du Doyen-J.-Parisot

54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

Téléphone : 03 83 44 87 00