

# Les défis de la nouvelle politique de santé publique au Québec

**Patricia Carlier**

Cadre de santé, candidate  
Ph. D administration de la  
santé, Faculté de médecine,  
Université de Montréal

**Marguerite Cagnet**

Ph. D sociologie, professeure  
associée à l'Université du Québec  
à Montréal

**Au Québec,  
le Programme  
national de santé  
publique 2003-2012  
engage l'État,  
les experts  
scientifiques  
et les usagers sur  
un mode contractuel  
de prévention.**

**E**n reprenant les orientations de la loi sur la santé publique (LSP) de décembre 2001, le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP), adopté en 2003, parachève la réorientation de la pratique de santé publique au Québec. À l'intérieur d'un cadre d'actions qui s'échelonne sur dix ans, les stratégies énoncées réaffirment que la lutte contre les inégalités de santé constitue un axe majeur de la politique de santé québécoise. À la lecture, l'ensemble du dispositif semble prometteur. Pour la première fois, le Québec se dote d'un programme de santé publique qui devrait lui permettre de développer des outils et des moyens d'intervention soutenus par une évaluation continue de l'état de santé de la population et éclairés par l'amélioration des connaissances scientifiques sur un large éventail de déterminants de santé, notamment dans leur dimension sociale. Cependant le discours sur une responsabilité individuelle, cette fois doublée d'une responsabilité collective, où le rôle de l'État et des sciences biomédicales est réaffirmé, n'a rien perdu de sa vigueur et, reprenant les préceptes énoncés dans les Priorités de santé publique 1997-2002, il réaffirme que « *chacun doit faire sa part pour maintenir sa propre santé et son propre équilibre* » notamment en ce qui a trait à ses modes et habitudes de vie.

Évoqué en ces termes, le « virage de prévention » annoncé engage de façon tripartite l'État, les sciences et instances biomédicales, ainsi que les usagers sur un mode contractuel de prévention. Or, si

tout un chacun est aujourd'hui à peu près d'accord pour dire que les politiques de santé publiques ne peuvent se singulariser de l'ensemble des mécanismes et processus qui structurent une société et organisent les rapports sociaux, il n'en demeure pas moins que la planification d'objectifs de santé publique et *a fortiori* leur atteinte, aussi louables soient-ils, ne peuvent se dispenser d'une compréhension fine desdits processus. Subséquemment, il nous semble opportun de nous arrêter, le temps de cet article, sur les exigences et limites de ce modèle contractuel de prévention, à l'intérieur duquel s'inscrivent les politiques actuelles de santé publique au Québec. En replaçant le modèle contractuel dans sa perspective historique, nous mettrons en lumière ses éléments actifs et ce qui en est attendu. Cela nous permettra d'engager une réflexion critique sur les limites d'une politique de santé publique qui fait de cette contractualisation la pierre angulaire de son programme de lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être.

## **Le modèle sous-jacent des politiques de santé publique**

Au Canada, le concept de santé des populations repose sur une longue tradition en matière de santé publique et de prévention. En 1974, le livre blanc du gouvernement fédéral [1] soutenait que la modification du mode de vie ou de l'environnement physique et social favoriserait bien plus l'amélioration de la santé que des investissements financiers supplémentaires

dans les systèmes de prestation de soins existants. Ce document sur le rôle de la prévention dans les politiques nationales de santé exprimait l'idée novatrice selon laquelle les déterminants de la santé vont bien au-delà des soins médicaux. En 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* [2] élargissait l'approche préconisée dans le livre blanc, en mettant l'accent sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux plus larges qui influent sur la santé. Au nombre de ces facteurs, ou « déterminants de la santé », apparaissaient des indicateurs tels que le revenu, le niveau d'instruction et l'environnement physique dans lequel la personne vit et travaille.

Ces recommandations, largement réintroduites dans les rapports successifs de l'OMS sur la santé dans le monde, ont fait de l'amélioration de la santé pour tous une responsabilité collective, dessinant les rôles complémentaires de l'État, des instances scientifiques et de l'usager-citoyen. En d'autres mots, nous pourrions retenir qu'à l'intérieur du champ de la santé publique et des politiques qui guident ses actions, émerge aujourd'hui un consensus à l'idée que la santé se décline selon deux logiques. Celle du droit à la santé dont se portent garants la recherche scientifique et les actions mises en place par les pouvoirs publics, et celle d'un devoir moral de santé qui, pour appartenir d'abord à chacun, n'en appelle pas moins à la responsabilité collective de l'ensemble des acteurs engagés.

Dans les faits, cependant, la notion de responsabilité individuelle est venue largement soutenir une politique de santé publique centrée sur la modification des habitudes et modes de vie des usagers plutôt qu'initiant une politique sociale redistributive. Désormais, à l'appui de la connaissance scientifique disponible et du contrôle de l'État, les messages et activités de prévention, instrumentent une population responsable de ses comportements de santé. En regard des programmes de promotion et de prévention de la santé et des lois et régulations qui les accompagnent, nos comportements sont étudiés, normalisés, voire sanctionnés. Ils se déclinent en de multiples façons de faire et d'agir, du régime alimentaire aux habitudes de sommeil, en passant par les comportements sexuels, ou encore les moyens pour

se tenir en forme ou garantir sa sécurité, ou celle de ses enfants. Désormais, la santé se redéfinit à la mesure d'un ordre social et d'un ordre corporel omniprésents qui font de la nouvelle santé publique « *un répertoire de vérités validées par l'épidémiologie, offrant alors un appareil de contrôle envahissant, qui définit des profils de risque et, de là, des catégories de citoyens ciblés par les interventions* [3] ». Ce modèle de prévention reprend point par point le modèle contractuel tel que décrit par Dozon [4] dans son analyse des modèles théoriques sous-jacents aux politiques de prévention en santé publique.

### Le modèle contractuel comme modèle théorique de prévention en santé publique

La mise en pratique de la prévention, tout comme sa conceptualisation, répond à un schéma cognitif universel. De tout temps, les modèles de prévention sont venus justifier des mesures de santé publique marquant un rapport particulier entre les individus et l'État. Instruits par des systèmes sociaux et des contextes historiquement construits, mais surtout marqués par une connaissance scientifique et technologique qui n'a cessé de se développer en Occident depuis le 19<sup>e</sup> siècle, différents modèles se sont succédé. Dozon [4] répertorie quatre modèles de prévention à l'œuvre dans l'histoire de la santé publique (magico-religieux, de la contrainte du profane, pastorien, et contractuel). Si, pour l'auteur, les deux premiers correspondent à des modèles de société traditionnels, les suivants émergent au sein des États modernes et rendent plutôt compte de l'avènement d'un biopouvoir qui, en procédant à une normalisation des populations et des corps, va marquer une rupture dans les modèles de prévention. Avec le modèle contractuel, nous dit l'auteur, « *nous entrons dans le monde d'une prévention résolument actuelle où les sciences biomédicales, l'État et divers acteurs institutionnels, ainsi que les populations ou les usagers, sont censés s'accorder pour améliorer la santé publique, c'est-à-dire participer conjointement au bien-être de tous et de chacun* [4] ». Ce modèle se caractérise par une responsabilité tripartite de la santé, devenue bien collectif, partagée entre l'État, la science biomédicale et l'usager-citoyen. Autrement dit, la préservation de la santé passe désormais par une politique de

prévention qui s'articule dans une complémentarité des rôles d'acteurs : celui des sciences biomédicales, en particulier de l'épidémiologie, chargées d'objectiver les risques sanitaires par la production des connaissances sur les déterminants de la santé, celui des pouvoirs publics garants du droit à la santé et celui des usagers qui doivent devenir responsables de leurs comportements de santé [5].

Nonobstant l'intérêt du discours à l'endroit d'une responsabilisation citoyenne, l'efficacité d'un tel modèle doit être interrogée dès lors qu'il individualise les comportements reconnus malsains et, par-là même, les programmes de prévention censés y remédier, sans en interroger le fondement même, à savoir le contexte social, économique et politique à l'intérieur duquel ces comportements s'inscrivent. Au-delà de la rhétorique, peut-on soutenir l'idée que tout individu, quelle que soit sa position dans la structure sociale, puisse être, selon le terme de Pinell [6], un « patient-sentinelle », vigilant à la promotion et au maintien de sa bonne santé et, par-là même, soucieux de l'adéquation de ses comportements et modes de vie ? Si le modèle contractuel définit une logique de prévention basée sur une responsabilité tripartite : l'État *via* ses institutions et politiques de santé, la science *via* la biomédecine et le citoyen *conscientisé* au capital santé comme bien collectif, quelles en sont les limites ?

### Des limites du modèle contractuel à celles du Programme national de santé publique du Québec

Nous cernerons rapidement quelques-unes des limites relatives aux responsabilités des trois instances du modèle contractuel. Ainsi, si la responsabilité de l'État réside principalement dans la garantie d'un droit universel à la santé au moyen de la mise en place des ressources nécessaires et des dispositifs propres à en assurer l'accessibilité, une des limites majeures réside dans la persistance d'une iniquité en matière de santé qui signe, aujourd'hui encore, l'incapacité des mesures gouvernementales à atteindre certains groupes. Du côté de la production scientifique, il est largement établi, grâce à la récente percée des sciences sociales dans le domaine de la santé publique, qu'un gradient social de santé existe, posant tout à la fois la limite des soins médicaux et de la recherche

biomédicale qui les sous-tend et l'invitation à renforcer le développement d'une connaissance pluridisciplinaire encore parcellaire. S'il semble que ces limites fassent majoritairement consensus dans la communauté scientifique, avec pour conséquence des ajustements progressifs dans les milieux où se décident les politiques publiques, en ce qui concerne la responsabilité de l'usager-citoyen apte, en quelque sorte par décret, à devenir un individu responsable de sa santé et attentif à son corps, ces limites ne sont absolument jamais posées. Pourtant, en regard de la connaissance scientifique disponible mais aussi à la mesure de ses incertitudes, l'idée que chaque usager-citoyen se transforme en « patient-sentinelle » et troque *ipso facto* son statut d'usager de soins, voire de malade souffrant, pour celui d'*homomédicus* capable d'une parfaite collaboration avec les deux autres instances est loin de constituer une évidence.

Si d'aucuns considèrent qu'il s'agit là d'une responsabilisation salvatrice de l'individu et plus largement de la population à l'endroit de sa santé, la rationalisation et l'acculturation des comportements qu'elle introduit, recèlent selon nous, un certain nombre de biais, notamment à l'endroit des populations victimes d'inégalités sociales. Dès lors, une réflexion s'impose, celle de la latitude à être un « patient-sentinelle » selon la logique du modèle contractuel, quels que soient sa classe sociale, son environnement social, son éducation voire son revenu. Une question centrale soutient cette réflexion. Quels sont les prérequis nécessaires pour promouvoir et maintenir sa santé ? Questionner ces présupposés, c'est intégrer, entre l'ordre social et l'ordre corporel, un ordre culturel susceptible d'éclairer notre compréhension sur cette question.

Deux approches nous éclaireront ici. Celle conceptualisée par Evans et Stoddart [7] alimentée par des travaux qui s'en inspirent et qui offrent une vision de la santé bien plus étendue que celle la qualifiant à l'aune des comportements individuels, et celle développée par Bourdieu dans la théorie des champs sociaux. Ce développement permettra de poser les limites du modèle contractuel actuel qui, en homogénéisant les discours de prévention autour de la modification des habitudes et modes de vie, gomme *ipso facto* toute référence à un déterminisme social.

### Au-delà d'une relation binaire maladie/soins, une conception étendue de la santé

Les données d'enquêtes sur les déterminants de la santé, interprétées sous l'angle du modèle conceptuel proposé par Evans et Stoddart [7], montrent que la santé est socialement distribuée, et parmi les indicateurs identifiés par les auteurs, le revenu ne constitue qu'une infime partie de l'explication concernant les disparités en santé. Les grandes enquêtes de population, menées aux États-Unis et au Royaume-Uni notamment, avec les recherches devenues classiques de Marmot et ses collaborateurs [8], montrent l'influence de la hiérarchisation sociale sur la santé. Au-delà de la privation de revenus suffisants, la représentation de soi et de son statut d'inégalitaire, avec son lot de frustration, de stress et de dévalorisation, véritables marqueurs de la position sociale, agissent comme autant de facteurs susceptibles d'engendrer une mauvaise santé.

Le cadre analytique proposé par Evans et Stoddart offre un éclairage fort intéressant pour le domaine de la santé publique. D'une part, sa structure générale nous permet de comprendre pourquoi la santé est si difficile à expliquer, à mesurer, tant elle apparaît imbriquée dans un réseau causal de relations entre les services de soins, la production de la richesse et le bien-être de la population. D'autre part, elle ouvre la voie à un véritable travail d'introspection visant à mieux conceptualiser les déterminants de la santé et à réviser la tendance actuelle qui maintient la santé dans l'environnement restreint des soins. Enfin, pour revenir à l'objet qui nous occupe, elle introduit l'idée d'une *hétérogénéité* des états de santé, que les conséquences attribuées aux modes de vie et aux comportements à risque, individuels, ne peuvent expliquer. Au contraire, la classification de l'hétérogénéité de l'état de santé des populations développée par ces auteurs amène à resituer le concept de « mode de vie » dans une dimension collective, alors qu'il fait l'objet, depuis le Rapport Lalonde, d'un glissement sémantique qui tend à fragmenter le collectif pour ne considérer que l'individu isolé de son contexte. C'est dans cette perspective que le modèle contractuel, actuellement soutenu par le PNSP, nous paraît atteindre une de ses principales limites. En réaffirmant la responsabilité de chacun à l'endroit de sa santé, il ramène les comportements à

des choix individuels délibérés, et ne les considère plus comme les produits de facteurs socio-environnementaux caractérisant les différences d'habitudes et de modes de vie des grands groupes sociaux.

Toutefois, le modèle d'Evans et Stoddart trouve ses limites dans l'explicitation des mécanismes de production et de reproduction des inégalités de santé, elles-mêmes inscrites dans les comportements déterminés de ces groupes sociaux. En ce sens, la théorie des champs sociaux développée par Bourdieu [9, 10], et notamment le concept d'*habitus*<sup>1</sup>, offre une complémentarité intéressante.

### La structure sociale : un déterminant majeur des comportements liés à la santé

Les quelques exemples relevés soulignent clairement que l'adhésion au principe du modèle contractuel ne constitue pas une évidence en soi. La position sociale que l'on occupe octroie une part de capital économique, culturel et social à géométrie variable qui conditionne fortement les capacités dont on dispose, non seulement pour comprendre les messages de prévention, mais aussi pour répondre au mandat de responsabilisation prôné par un discours de santé publique souvent moralisateur et paternaliste. Si l'acculturation des comportements humains renvoie au souci constant d'un ordre social à ordonner les corps, il faut, en amont, interroger le fondement même de la structure sociale qui permet la reproduction et le maintien des inégalités.

L'œuvre de Pierre Bourdieu s'est attachée à rendre compréhensibles les processus par lesquels se perpétue la structure sociale des rapports inégalitaires, vus comme des rapports de force mettant aux prises dominants et dominés. Ici, la reproduction des inégalités entre classes sociales devient un modèle d'analyse pertinent pour comprendre l'émergence et le maintien des inégalités sociales et leur influence sur la santé, voire sur les comportements qui vont la qualifier [10]. En ce sens, nous pourrions déterminer la position sociale d'un individu sous le double signe de la structure sociale à l'intérieur de laquelle se fondent les mécanismes

1. Ensemble de dispositions à agir, penser, percevoir et ressentir issu d'un apprentissage pédagogique socialement déterminé.

de redistribution des ressources (argent, pouvoir, influence) et du degré de contrôle que l'individu exerce sur les trois types majeurs de capitaux (économique, culturel et social). Ainsi, nous admettons que les conditions de vie sont directement liées aux conditions de travail, de logement, à la façon dont se structure l'unité familiale, aux possibilités d'accéder aux biens et services et, notamment, au système d'éducation. Cette influence structurelle et de conditions de vie détermine la santé d'une population tant par les codes et normes en usage que par les comportements psychosociaux intériorisés par l'*habitus*. Autrement dit, le niveau de scolarité détenu, le statut d'emploi occupé, le revenu à disposition, qui déterminent l'environnement social auquel on appartient, mobilisent un ensemble de facteurs psychosociaux, mais aussi un ensemble complexe de significations intériorisées qui permettent de comprendre en grande partie, et au-delà des canons de la science médicale, ce qui nous rend si inégaux face à la santé.

Mais ce déterminisme social ne se mesure pas uniquement à l'aune du contrôle que les individus exercent sur les différents capitaux. D'autres phénomènes tels que les comportements de vie, ou encore les goûts alimentaires qui s'inscrivent résolument dans l'idée que chaque classe sociale se fait du corps, sont à l'œuvre.

Dans *La distinction*, Bourdieu met en perspective une comparaison entre les classes populaires, où la force du corps surpasse sa forme, et les classes supérieures, où l'esthétique du corps prime. Ainsi, si les

premiers privilégieront plutôt la nourriture bon marché et nourrissante, les seconds tendront vers des produits équilibrés pour la santé, légers et ne faisant pas grossir. Lorsque, ultimement, se rajoute la notion de nécessité qui, selon Bourdieu, impose un goût de nécessité, « adopter une meilleure alimentation » devient ambigu tant cela peut signifier pour celui qui manque ou a peur de manquer, de manger plus riche et de façon plus abondante, alors que les plus nantis considéreront qu'il leur faut manger moins et surtout moins riche. Certaines données de l'enquête nationale sur les enfants et les jeunes menée par le ministère du Développement des ressources humaines et statistique Canada pourraient alimenter nos propos. Notamment, sur la période de 1998 et 1999, 25 % des enfants de 2 à 11 ans vivant dans une famille dont le revenu se situe en deçà du seuil de faible revenu étaient obèses, alors que seulement 16 % des enfants des familles au-dessus du seuil de faible revenu se trouvaient dans cette catégorie de poids. Par ailleurs, la proportion d'enfants faisant de l'embonpoint ou de l'obésité diminuerait avec l'accroissement du revenu familial<sup>2</sup>.

Ainsi, la santé, ses manifestations en termes de maladie mais aussi de bien-être ou de comportements étiquetés « comportement de santé » ou « comportement à risque » relève fortement des productions sociales déterminées par les positions occupées au sein de la structure sociale. Les choix et les conduites des individus

2. *La Presse*, 18 octobre 2002 : près d'un enfant sur cinq est obèse au Canada.

sont autant de marqueurs des identités collectives (culture de classe) qui dictent leurs comportements sociaux (*habitus* de classe). Renvoyer chaque usager-citoyen à sa propre responsabilité en matière de choix de vie et par extension de comportement de santé, c'est gommer *de facto* cette évidence et nier tout déterminisme social et, avec lui, la reproduction sociale des inégalités.

### Quelle voie pour les politiques de santé publique ?

Ce constat nous amène à introduire quelques pistes de réflexion sur un modèle de prévention repensé à l'aune du développement de la connaissance sur l'influence des déterminants sociaux sur la santé. La première, en lien direct avec les nouveaux axes de recherche, pose clairement que le champ traditionnel de la santé publique croise désormais nombre de domaines qui jouent un rôle tout aussi important sur la santé. Ainsi en est-il de l'emploi, de l'éducation, du logement, de l'environnement, qui permettent aujourd'hui de questionner de façon fondamentale la pertinence des programmes visant la modification des comportements reliés à la santé et que nous pourrions mettre en lien avec le discours de responsabilisation réaffirmé par le PNSP : « *chacun doit faire sa part pour maintenir sa propre santé et son propre équilibre* » (PNSP 2003-2012 : III). Repenser la logique du modèle contractuel, c'est indubitablement resituer le rôle de la santé publique à l'intérieur d'un mandat plus politique, se posant ici comme le garant de l'engagement de l'État à réduire les

## références

1. Lalonde M. *A New Perspective on the health of Canadians*. Government of Canada : Ottawa, 1974.
2. Epp J. *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Canada : Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services, 1986.
3. Massé R. « La santé publique comme nouvelle moralité ». *Cahiers de recherches éthiques*, 1998. 22 : p. 155-176.
4. Dozon J.-P. « Quatre modèles de prévention » *In Critique de la santé publique*. Dozon J.-P., Fassin D. (coord.) Paris : Balland. 2001, 23-45.
5. Fassin D., Dozon J.-P. « L'universalisme bien tempéré de la santé publique » *In Critique de la santé publique*, Dozon J.-P., Fassin D. (coord.). Paris : Balland, 2001, p. 23-45.
6. Pinell P. *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris : A. M. Métailié, 1992.
7. Evans R. G., Stoddart G. L. « Produire de la santé, consommer des soins » *In Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Evans R. G., Barer M. L., Marmor T. R. (coord.). Montréal : PUM, 1996, p. 36-73.
8. Marmot M. G., Wilkinson R. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*. OMS, 2000.
9. Bourdieu P. *La distinction : critique sociale du jugement*. Paris : Éd. de Minuit, 1979.
10. Bourdieu P., Passeron J. C. *La reproduction, éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris : Éd. de Minuit, 1970.

inégalités sociales de santé. Même si le PNSP, appuyé par l'article 54 de la LSP, semble confirmer la contribution de cette dernière à l'adoption de politiques favorisant la santé de la population, le poids de son autorité en matière décisionnelle ainsi que sa réelle influence sur le politique restent à démontrer.

Une autre piste de réflexion peut émerger du constat que la santé et les actions sanitaires qui en découlent s'inscrivent dans un cadre socioculturel large, où les représentations et conceptions que chacun a de la santé apparaissent toujours socialement et historiquement situées. La santé n'est pas qu'une histoire de rationalité scientifique, elle s'inscrit dans un *ethos* d'où émergent des savoirs singuliers, avec lesquels le monde scientifique doit aujourd'hui composer. Repenser le modèle contractuel de prévention, c'est en quelque sorte redonner légitimité au discours des différents groupes sociaux. Dans cette optique, une contractualisation en matière de prévention devrait signifier une co-construction de sens entre les chercheurs, les décideurs et les citoyens, non plus vus comme les objets passifs d'un discours scientifique, mais comme des acteurs disposant d'un capital social et historique leur permettant de participer pleinement à l'élaboration des programmes de prévention.

En dernier lieu, un (re)questionnement profond des modèles théoriques utilisés pour expliquer les comportements de santé doit être amorcé sans délai. Il s'agit non seulement d'un travail de clarification des modèles conceptuels utilisés actuellement et sur lesquels s'appuient les politiques de santé publique, mais surtout d'une réelle volonté d'ouvrir le champ de la recherche aux multiples théories qui permettent aujourd'hui de comprendre et d'expliquer l'action sociale. ■

## BRÈVES EUROPÉENNES

20 mai 2005

### OMS : accord international de lutte contre les épidémies

Les ministres de la Santé de 192 États membres de l'OMS ont signé un accord concernant la lutte contre les épidémies des maladies infectieuses. Le règlement sanitaire international (RSI) adopté ouvrira ainsi la voie à une coopération internationale accrue face à la rapidité des maladies infectieuses (telle l'épidémie du Sras en 2003). L'Union européenne prend également des mesures pour consolider ses défenses contre les épidémies. Le 27 mai 2005, la Commission européenne a inauguré le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies institué par le règlement (CE) n° 851/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004.

21 juin 2005

### Autorité européenne de sécurité des aliments

À Parme a été inaugurée officiellement, le 21 juin 2005, l'Autorité européenne de sécurité des aliments (Aesa). Instituée en 2002, cette agence est compétente en matière d'évaluation des risques. Elle fournit des avis et des conseils, en particulier dans le domaine de la sécurité des aliments, et diffuse des informations scientifiques qui permettent à la Commission européenne de prendre des mesures adéquates et de nouvelles décisions.

27 juin 2005

### Plan d'action « drogue » de l'Union européenne : 2005-2008

Le Conseil a adopté le Plan d'action drogue 2005-2008 présenté par la Commission en février dernier. Ce plan a pour objectif de diminuer sensiblement la prévalence de la consommation de drogue par une action internationale, par une répression du trafic illicite et par la réduction de la demande. En effet, ces dernières années, la consommation de la drogue, notamment parmi les jeunes, a atteint des niveaux particulièrement élevés et l'incidence du VIH/sida est de plus en plus perceptible chez les toxicomanes. Ce plan prévoit plus de cent actions avec des calendriers de mise en œuvre, des mesures d'évaluation pour chaque action...

15 juillet 2005

### Mesures contre l'ESB

La Commission européenne a adopté le 15 juillet 2005 un document de réflexion, « la feuille de route pour les EST ». Les EST sont les encéphalopathies spongiformes transmissibles, telles que l'ESB qui affecte les bovins, les caprins et les ovins. Ces dernières années, le nombre des cas d'ESB détectés dans l'Union a fortement baissé, grâce aux mesures drastiques qui ont été prises pour lutter contre cette maladie. Ce document présente des propositions concernant l'élimination des matériels à risques spécifiés (MRS), un dépistage des EST chez les animaux plus ciblés, des alternatives à l'abattage immédiat de l'ensemble du cheptel lorsqu'un cas d'ESB est détecté, l'interdiction des farines animales dans l'alimentation des animaux...

31 juillet 2005

### Interdiction de la publicité pour le tabac

La directive de l'Union européenne, adoptée par le Parlement européen et le Conseil en 2003, interdisant la publicité pour le tabac dans la presse écrite, à la radio et sur Internet est entrée en vigueur le 31 juillet 2005. Elle interdit également le parrainage au profit du tabac dans les manifestations sportives et culturelles transfrontalières. Chaque année, 650 000 décès sont dus à des maladies liées au tabagisme.