

# Europe et santé

**André Ernst**  
Chargé de mission  
pour les Affaires  
européennes,  
direction générale  
de la Santé

**Alors que la France assure la présidence du Conseil depuis début juillet 2000, l'édification d'une politique de santé européenne se poursuit.**

**S**i les fruits qui mûrissent lentement sont les plus savoureux, la nouvelle politique pour la santé publique devrait alors répondre aux attentes car celles-ci auront été longues. Depuis avril 1998 où la Commission a déposé sa communication sur les moyens qu'elle pensait nécessaires à partir de 2001, pour répondre à la fois aux exigences du nouvel article 152 du Traité d'Amsterdam et aux pressions de la population, c'est l'attente. Pas l'inaction mais plutôt l'échauffement d'athlètes avant le départ : musculation, concentration, remémoration des consignes, simulation des scénarios, projection dans l'avenir. Peu de choses visibles cependant du grand public ou même des acteurs de terrain de la santé, mais une prise de conscience progressive, déterminée et largement consensuelle de ce qui devrait être fait dans l'avenir, au moins en termes d'objectifs sinon en termes de moyens pour les réaliser.

## **Latence**

Dès lors, les deux derniers Conseils des ministres de la Santé, fin novembre 1999 et fin juin de cette année, comme les travaux qui les ont préparés, peuvent laisser une impression mitigée de temps qui passe et de responsables qui hésitent alors que « l'ennemi est aux portes... », si on se réfère aux crises de confiance dans la Communauté suscitées par les alertes sanitaires de ces dernières années dont les médias se sont tant fait l'écho. Ajoutons que la Commission était en pleine restructuration et ne pouvait légitimement que

garder une certaine réserve face aux questions qui pouvaient lui être posées.

Nos amis finlandais avaient parfaitement préparé leur première présidence (du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 1999) et pourtant n'ont pu proposer aux ministres aucune « vraie » décision, aucun texte qui marque, à leur réunion du 18 novembre. La présidence portugaise qui a suivi a eu le mérite de faire avancer un projet de directive réglementant la commercialisation des produits du tabac, d'une importance considérable pour la santé publique. Mais à part cela elle n'a pu, le 29 juin 2000, que laisser à la France la responsabilité de mener à bien la négociation du futur programme d'actions pour la santé publique : la Commission l'avait remis au Parlement européen et aux ministres seulement un mois auparavant, trop tard pour qu'il soit possible de faire autre chose qu'un tour de table afin d'échanger des impressions générales.

Est-ce grave ? Ça le serait si l'on n'était pas à l'aube d'un changement profond et prometteur. Pendant ces deux ans, la Commission a approfondi sa réflexion. Les États membres comme les parlementaires européens ont pu affirmer leurs convictions sur les enjeux à affronter. On peut les résumer ainsi : les actions menées jusqu'ici grâce aux programmes de lutte contre le cancer, la toxicomanie, le sida, les maladies transmissibles etc., et qui se termineront pratiquement toutes fin 2001, étaient des actions propédeutiques. Elles ont permis de bien repérer les outils nécessaires à une vraie politique de santé

publique. Il y en a trois principaux : un système performant d'observation de la santé et de ses déterminants (en particulier ceux qui dépendent des autres politiques menées au niveau communautaire et des États membres) ; un système complémentaire pour détecter très vite épidémies et menaces pour la santé et y répondre de façon aussi rapide et cohérente que possible, et enfin des actions de prévention.

### Trois enjeux : réagir vite

Politiquement, le système de réaction rapide est le plus sensible : toutes les crises liées à la sécurité alimentaire (vache folle, dioxine, listérioses) et les épidémies inquiétantes (fièvre Ebola, grippe aviaire) ont pris les gouvernements et l'Europe au dépourvu et les ont placés devant des responsabilités graves qu'ils ont eu du mal à exercer dans l'unité et de façon crédible. La Communauté n'y a pas gagné une image positive auprès du grand public. Mais comme on n'est pas très sûr, malgré tous les progrès scientifiques accomplis, que la disparition pratique des frontières, la mondialisation et l'accélération des échanges ne nous rendent pas plus fragiles qu'auparavant, compléter un véritable système de réaction rapide sera donc sans doute la première priorité. Pour cela, des bases solides ont été préparées depuis deux ans et le réseau des institutions de surveillance des États membres est plus ancien encore. Il faut le structurer complètement et lui donner des moyens stables de fonctionner.

### Agir sur les causes

Si l'on veut regarder les choses en face, les actions menées ou prévues à la suite des crises récentes pour garantir la sécurité alimentaire — le récent Livre blanc de la Commission sur ce sujet annonce près de cent mesures pour les trois ans à venir — ne modifieront pas notablement la situation sanitaire des populations européennes, diminueront peu les taux de décès prématurés évitables et atténueront peu les inégalités devant la santé et les soins. Elles sont pour partie le prolongement du système de réaction.

La Commission et les ministres savent qu'il faut s'attaquer à autre chose : la prévention, au travers de l'action sur les déterminants de la santé et la promotion de la santé dans toutes les décisions qui sont prises pour la politique agricole,

environnementale, du marché intérieur, de la recherche, etc. C'est le rôle du troisième champ d'action évoqué dans la communication de la Commission. En première ligne des déterminants les plus forts de la santé on trouve le tabac, l'alcool, la nutrition, l'activité physique. De suite après, viennent l'abus de drogues et de médicaments déviés de leur usage, l'environnement, les conditions de travail et de déplacement, la sécurité des biens utilisés et des produits côtoyés, l'accès aux soins et l'accès à l'éducation, à l'information et à la formation.

Jusqu'ici la Communauté a eu une approche par maladie et il semble bien qu'ainsi on ne parvienne pas à influencer sur les causes profondes. On éduque et on informe, on échange les meilleures expériences mais on ne change pas substantiellement le contexte. De plus et surtout, cela entraîne des doublons car les actions de promotion de la santé ciblées sur des pathologies se recoupent : lutter contre le cancer amène à parler de nutrition. Lutter contre les maladies cardio-vasculaires également et pourtant ce sont des réseaux différents qui vont s'y employer, alors que les bénéficiaires seront les mêmes. Ceux-ci verront se succéder des « éducateurs » — pensons aux travaux menés auprès des scolaires par les services et associations de promotion de la santé — qui à des fins différentes délivreront les mêmes messages « soyez maîtres de votre santé, trouvez vos équilibres » etc.

Cette réorientation de la santé publique vers des actions de fond sur les déterminants, au travers de tous les instruments juridiques, financiers et incitatifs qu'offre la Communauté, est le bouleversement le plus important de la nouvelle politique de santé. Il figure en toutes lettres dans l'article 152 évoqué plus haut (voir *adsp* n° 27, juin 1999, p. 11). Il a trouvé une confirmation dans les évaluations à mi-parcours des actions menées jusqu'ici et dans l'insatisfaction de nombreux États membres, qui ne voyaient pas clairement la valeur ajoutée par les programmes en cours. L'échange d'expériences, la mise en réseaux des « préventeurs », en dehors du fait, évidemment, qu'ils permettent de faire travailler ensemble des partenaires de tous les pays, ne font pas sortir la santé de son champ clos et ne changent pas fondamentalement les données du problème. Autrement dit avec un exemple trop simple, si

## Numéro spécial L'éducation pour la santé est-elle éthique ?

### Éditorial

- Éthique et éducation à la santé. Plus qu'un enjeu : un objectif, *Jean-Pierre Deschamps*

### Les coulisses du numéro

- Interviews d'une dizaine d'acteurs de l'éducation pour la santé. Analyses des interviews., *Omar Brix, Alain Douiller*
- Responsabilité au cœur de chacun !, *Claude Bouchet*
- Éthique et éducation pour la santé, *Fernando Bertolotto*

### Illustrations

- L'éducation nutritionnelle auprès des personnes en situation de précarité
- Quelle éthique ?, *Lucette Barthélémy*
- Pour une éthique appliquée, évolutive et créative, *Agnès Vergne, Marylou Mousselin*

### Points de vue

- Au-delà de la morale, une éthique du sujet, *Philippe Lecorps*
- L'éthique est-elle risquée ?, *Sylvie Fainzang*
- L'éthique s'enracine dans la philosophie, Entretien avec Catherine Perroton
- Évaluer : une question d'éthique, *Michel Demarteau*
- Des questions pour l'éthique en éducation pour la santé, *Daniel Oberlé*
- Les sectes et la santé : une bonne occasion d'interroger nos propres pratiques, *Paul Ariès*
- Éthique et promotion de la santé, A view from Belgium, *Alain Cherbonnier*
- Questions d'éthique en éducation pour la santé des patients, *Pierre Bize*
- Comment l'éthique interroge-t-elle la formation en éducation à la santé ?, *Sandy Beauvais, Joëlle Benoit-Hamelin*

### Notes et repères

**Revue du  
Comité français d'éducation pour la santé**  
CFES, 2, rue Auguste Comte, BP 51,  
92174 Vanves Cedex [www.cfes.sante.fr](http://www.cfes.sante.fr)  
tél. : 01 41 33 33 33. fax : 01 41 33 33 90  
Prix au n° : 39 F. Abonnement 1 an : 165 F

on éduque un jeune à ne pas fumer et à ne pas manger trop de sucre mais qu'il est matraqué par de la publicité pour les cigarettes (y compris des paquets gratuits) et que dans le distributeur de boissons du collège il n'y a que des sodas, ce jeune ne pourra réussir son projet.

La crédibilité de la nouvelle politique de santé publique viendra de notre capacité à poursuivre toutes les actions d'éducation et de prévention mais également à les asseoir sur un travail plus structurel sur l'« environnement » de l'homme au sens le plus large. La Commission aura un rôle difficile à jouer : elle est responsable des propositions et de la mise en œuvre pour toutes les politiques de la Communauté. Il lui est donc demandé de s'autocontrôler, d'arbitrer entre les forces en présence (la promotion de l'agriculture par exemple, ou de secteurs industriels exposés par la mondialisation, ou du marché intérieur qu'il faudrait accélérer...) de manière à ce qu'« un haut niveau de protection de la santé soit assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques ». Mais la responsabilité des États membres sera lourde car la même problématique se retrouve à leur niveau. Peut-être est-ce pour cela que depuis deux ans, on donne l'impression de dissenter.

### Savoir et faire savoir

C'est la première des propositions de la Commission. C'est sans doute la plus fondamentale si on admet que la santé n'a pas encore un haut niveau de priorité sur l'agenda politique. La santé constitue un secteur qui semble plus dépensier que rentable, ses actions ont une visibilité faible et une efficacité lente à se manifester. De surcroît les acteurs de la santé publique sont encore souvent des « apôtres » si convaincus de la valeur de leur cause qu'ils n'ont pas toujours su prouver l'impact de leurs actions face aux financiers\*. Dans les arbitrages interministériels ou communautaires, la santé est encore souvent le pot de terre contre le pot de fer.

La première réponse doit venir du champ de la connaissance. Lorsque nous saurons décrire, expliquer, analyser les causes du mauvais état de santé des populations ou de certains groupes d'entre elles, déterminer l'impact de certains éléments de leur

\* Voir le travail remarqué de l'IUHPE « The evidence of health promotion effectiveness » qui rompt avec ce déterminisme.

environnement ou de leurs comportements, et même simuler l'impact de mesures à prendre parce qu'on a réussi à évaluer celui de mesures déjà prises, alors ce « savoir », systématiquement diffusé, deviendra un « pouvoir ».

Les propositions de la Commission sont simples (déterminer les données et indicateurs, monter un réseau d'institutions, mettre en œuvre ces outils et développer un système de rapports et d'analyse permettant de valoriser l'information, de l'utiliser pour construire les stratégies de santé) mais demanderont du temps, d'autant qu'il faut travailler à quinze harmoniser, petit à petit, des instruments qui en général sont nationaux et coopérer avec l'OMS et l'OCDE.

### Construire de nouvelles synergies

Le projet de programme d'actions pour la santé publique, fondé sur la communication de la Commission de 1998 et sur les réactions qu'elle a engendrées, a été déposé par la Commission devant Parlement et Conseil fin mai. Les ministres l'ont estimé globalement intéressant, à condition de savoir y dégager des priorités (le budget, pour six ans, serait seulement de 300 millions d'euros et on ne peut tout vouloir faire en même temps quand on « commence »). Une forte insistance pour la lutte contre les inégalités de santé s'est manifestée, en particulier de la part des pays nordiques et anglo-saxons. Un appel a été fait pour que soient pris en compte les besoins prévisibles des futurs États adhérents.

Trois éléments du projet retiennent l'attention : l'ouverture de la santé à un forum de l'ensemble des partenaires, pour les informer et développer leur participation. Nous savons combien en France les États généraux de la santé ont été et demeurent un puissant moteur de progrès. C'est une chance également au niveau communautaire.

Le second vient de la proposition de responsabiliser explicitement les États membres dans l'accompagnement du programme dont la Commission aura la responsabilité. Cela fonctionnait mal et, face à tous les enjeux à affronter, cette collaboration est incontournable. Il faudra trouver comment mettre en confiance des acteurs aux intérêts parfois opposés.

Enfin il faut, sans attendre, réfléchir à la mise en place d'une structure stable pour

être le cœur des dispositifs d'observation de la santé et de surveillance des maladies et des menaces. Le projet n'en parle pas. Pourtant rien ne pourra se faire sans technicité, stabilité et dynamisme. Le recours à des équipes dispersées et non pérennes, qui est le fruit du système actuel d'appel annuel à propositions, sur la base de priorités peu précises, n'apporte pas de réponse efficace. Et la Commission, qui est une administration, ne peut non plus jouer ce rôle. La France s'efforce actuellement de convaincre ses partenaires, avec semble-t-il succès, libre à la Commission de proposer les meilleures modalités de réalisation.

### Une présidence chargée

La France, qui préside le Conseil depuis le 1<sup>er</sup> juillet, a dans le champ de la santé une lourde tâche à mener : la décision pour le programme mais aussi deux dossiers sur le tabac, des travaux sur la nutrition et sur les médicaments pédiatriques, sans doute le premier projet de directive sur la sécurité et la qualité des produits sanguins. Nous en reparlerons. ■

## erratum

Dans la rubrique « Études » d'adsp n°31 p. 75, le titre de M<sup>me</sup> Fabienne Dorlencourt est « médecin épidémiologiste ».