

## Introduction

Il s'agit de la synthèse du livre «La santé publique et l'UE: un aperçu».

Alors que la publication intégrale est actuellement disponible en anglais uniquement et peut être téléchargée gratuitement à partir du site web de l'Alliance européenne de la santé publique (<http://www.epha.org/>), cette synthèse a été publiée dans toutes les langues de l'UE et imprimée avec le soutien financier de la Commission européenne et de fondations privées.

«La santé publique et l'UE: un aperçu» a été publiée pour la première fois en 1995 sous forme de compilation d'informations sur les politiques préparée par l'EPHA. Une décennie plus tard, nous sommes heureux de présenter une version actualisée, rapportant l'évolution des politiques publiques de l'UE, telle que le projet de constitution européenne, le nouveau programme de santé publique et l'impact de l'élargissement de l'UE sur les politiques de santé.

La mission de l'EPHA est de promouvoir et de protéger la santé de tous les gens vivant en Europe et de préconiser une plus grande participation des citoyens dans l'élaboration des politiques de santé au niveau européen. L'EPHA a publié ce livre pour fournir une introduction au large éventail d'activités de l'Union Européenne (UE) concernant la santé publique. Il vise à informer les organisations locales, nationales et européennes sur les possibilités et les défis que l'UE présente pour la santé publique. Nous considérons qu'il constitue une condition préalable pour étendre et renforcer la participation et l'engagement de la société civile dans l'élaboration des politiques. Mais surtout, il souligne le rôle essentiel joué par les organisations non gouvernementales qui effectuent un rapprochement entre les citoyens et les décideurs et qui agissent comme contrepois aux intérêts en place.

Cet aperçu aborde les activités actuelles de l'UE (à compter de 2007) dans les domaines suivants:

- état de la santé dans l'Union européenne, y compris l'impact de l'élargissement;
- les principaux instruments disponibles au niveau de l'UE pour influencer sur les questions de santé publique;
- l'impact des autres domaines politiques de l'UE (marché intérieur, agriculture, environnement, recherche, santé et sécurité au travail, etc.) sur la santé publique;
- la relation entre la mobilité du patient et l'évolution des soins de santé et comment cela peut conduire à une coopération et à une coordination plus étroites de l'UE;
- l'échange des données de santé et l'évolution des bonnes pratiques;
- l'importance des déterminants de la santé tels que l'alimentation, l'activité physique, l'alcool, le tabac, la drogue, la santé mentale et les blessures;
- l'impact des maladies transmissibles sur l'agenda de l'UE et comment les récentes menaces sanitaires telles que le SRAS et la grippe aviaire ont souligné la nécessité pour l'UE de prendre des mesures;
- l'importance des produits pharmaceutiques et des médicaments pour les citoyens européens et l'économie, et comment les considérations relatives au coût, à la concurrence et à la sécurité affectent l'ensemble des politiques de santé publique.



## Santé publique

La publication comprend une brève introduction aux différents concepts de santé publique, expliquant brièvement l'origine du mouvement de santé publique et ses principales réalisations.

Partout les gens, au cours de leur vie, sont exposés à un nombre presque illimité de risques pour leur santé, que ce soit sous forme de maladies transmissibles ou non transmissibles, de blessures, de produits de consommation, de violence ou de catastrophes naturelles. Un risque n'arrive jamais seul: de nombreux risques trouvent leurs racines dans des chaînes d'événements complexes s'étendant sur de longues périodes de temps.<sup>1</sup> Pour l'essentiel, la santé publique porte sur la création des conditions pour une société en bonne santé.

La santé publique peut donc être définie comme la santé « objective et mesurable » d'une population, l'espérance de vie de ses membres et la mesure dans laquelle ils sont exempts de maladie. Mais il s'agit d'une définition assez restrictive. La vaccination et un meilleur dépistage ont eu un impact sur la santé publique, mais les politiques dans d'autres domaines, tels qu'un meilleur habitat, une eau propre, des systèmes d'assainissement, des aliments sains, l'éducation, etc., ont eu un impact encore plus important.

Une définition plus large de la santé publique se dégage de la définition classique de Winslow de 1920:

*La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé<sup>2</sup>.*

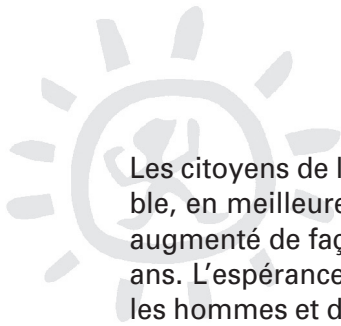
La définition ci-dessus s'appuie sur des questions importantes comme la prévention des maladies et met l'accent sur l'ensemble du niveau de vie et de la qualité de vie, des aspects clés des politiques de santé publique actuelles, y compris l'approche adoptée au niveau de l'UE.

En outre, la santé est également un droit humain, ainsi que stipulé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>3</sup>.

La santé publique est bien plus que des soins médicaux de base. La santé publique, et pas seulement l'investissement dans les soins médicaux de base, devrait être l'activité de base de chaque gouvernement afin d'améliorer et de promouvoir la santé et le bien-être de ses citoyens.

## Etat de la santé en Europe

Le livre «La santé publique et l'UE: un aperçu» se poursuit avec un chapitre sur l'état de la santé de la population européenne.



Les citoyens de l'Union européenne n'ont jamais vécu aussi longtemps et, dans l'ensemble, en meilleure santé qu'à l'heure actuelle<sup>4</sup>. L'espérance de vie en Europe de l'Ouest a augmenté de façon constante depuis les années cinquante d'environ 2,5 ans tous les dix ans. L'espérance de vie dans l'UE des 25 varie de 66 à 78 ans (un écart de 12 ans) pour les hommes et de 76 à 84 ans (un écart de 8 ans) pour les femmes. La différence entre les pays de l'UE est plus importante en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé que l'espérance de vie. L'espérance de vie en bonne santé va de 57 à 75 ans (18 ans) pour les femmes et de 54 à 71 ans (17 ans) pour les hommes<sup>5</sup>.

La plupart des prévisions avancent que cette amélioration de la santé va se poursuivre. Cependant, les maladies liées au mode de vie augmentent le risque de ralentissement de l'espérance de vie. Les facteurs de risque tels que la cigarette, l'obésité, le manque d'activité physique, la consommation d'alcool élevée, les blessures et les accidents entraînent des décès prématurés et des maladies chroniques. Il y a un lien net entre l'alimentation, le mode de vie et la santé<sup>6</sup>. Les maladies non transmissibles contribuent à plus de 87% à la charge de morbidité totale de l'UE<sup>7</sup>. Les troubles de santé mentale y participent à hauteur de 27%. En 1999, les troubles mentaux constituaient plus de 40% des pensions d'invalidité en Finlande et 25% au Portugal. Les maladies cardiovasculaires sont actuellement la plus grande cause simple de décès au sein de l'UE<sup>8</sup>. Elles représentent environ 40% des décès chez les deux sexes. Elles sont également une cause majeure de mauvaise santé en Europe. L'obésité et les diabètes de type 2 montrent des tendances inquiétantes, pas seulement du fait qu'elles concernent une population plus large, mais également parce qu'elles ont commencé à apparaître plus tôt dans la vie. Dans l'Union européenne, en 2000, un total de 58 millions de journées de travail a été perdu, ce qui correspond à une moyenne de 20 jours par accident<sup>9</sup>. En outre, les maladies transmissibles et les pandémies peuvent se propager plus rapidement que jamais à travers les frontières nationales en raison de la mobilité élevée.

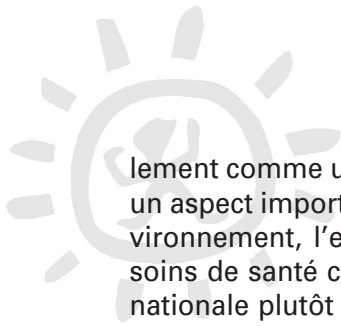
Heureusement, les causes principales de décès prématurés sont grandement évitables puisque leurs facteurs de risque principaux sont d'ordre comportemental et peuvent être influencés par une utilisation efficace de mesures de santé publique bien connues et réalisables. Cependant, la plupart des risques se concentrent autour des pauvres<sup>10</sup>.

L'instantané ci-dessus, expliqué plus en détails dans la publication intégrale, montre une Europe pleine de contrastes. Nous pouvons observer des améliorations remarquables en matière de santé publique au cours des décennies précédentes, qui ont grandement améliorés la qualité de vie de grands groupes de population. Toutefois, des différences importantes subsistent toujours tant à l'intérieur des pays qu'entre pays. Les gains potentiels restants pour une politique de santé publique efficace sont substantiels.

## **L'émergence d'une politique de santé européenne indépendante**

La nouvelle version du livre «La santé publique et l'UE: un aperçu» constate que les questions de santé gagnent en importance dans l'agenda politique européen.

L'article 152 du Traité instituant la Communauté européenne stipule qu'«Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté». Aujourd'hui, la santé apparaît non seu-



lement comme un domaine politique distinct et clairement défini mais également comme un aspect important d'autres domaines politiques, comme par exemple l'agriculture, l'environnement, l'emploi, la concurrence, la protection des consommateurs, etc. Mais les soins de santé constituent toujours, en principe, un domaine relevant de la compétence nationale plutôt que de celle de l'UE «*L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux*». <sup>11</sup> Mais étant donné que les menaces sanitaires transfrontalières évoluent dans une Union en expansion, l'UE joue un rôle de plus en plus important dans la promotion et la coordination des solutions en matière de soins de santé pour tous les citoyens de l'Union, et concentre son attention sur la prévention des maladies, la préparation globale et la réponse rapide aux dangers potentiels. Comme dans tout autre domaine politique, les politiques de santé publique européennes sont développées dans le cadre de responsabilités partagées entre le Conseil, le Parlement européen et la Commission.

Ce qui suit est un résumé de la répartition des responsabilités et de l'influence des institutions européennes ainsi qu'elles sont décrites dans la publication intégrale:

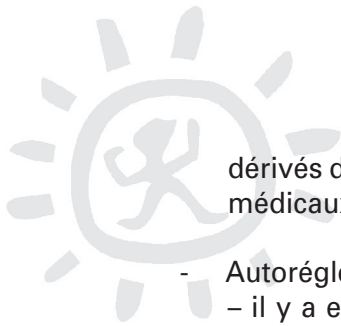
Le **Conseil de l'Union européenne** est le principal organe de décision de l'UE. Il représente les États membres de l'UE et se compose donc d'un représentant de chaque gouvernement national de l'UE. Les actes du Conseil peuvent prendre la forme de règlements, de directives, de propositions pour des actions communes volontaires, de positions communes, de recommandations, de conclusions ou d'avis.

Le **Parlement européen** est l'organe européen qui représente directement les peuples des États membres. Il exprime la volonté démocratique des citoyens de l'Union et représente leurs intérêts dans les discussions avec les autres institutions européennes. Le Parlement européen dispose de trois pouvoirs fondamentaux: le pouvoir législatif, le pouvoir budgétaire et le pouvoir de contrôle démocratique.

La **Commission européenne** est l'institution politiquement indépendante qui représente et défend les intérêts de l'UE dans son ensemble. Elle est le moteur du système institutionnel européen; elle peut faire des propositions au Conseil et au Parlement.

Dans le domaine de la santé publique, cette structure se reflète dans les dispositifs suivants: la Direction générale «Santé et protection des consommateurs» de la Commission européenne (DG SANCO) a été créée en 1999. Son siège se trouve à Bruxelles, mais la direction de la santé publique est répartie entre Bruxelles et Luxembourg. Près de 700 personnes travaillent à la direction, parmi lesquelles 120 sont chargées de la santé publique. D'autres directions générales abordent les questions de santé au sein de leur juridiction (décrites en détails dans la publication intégrale). La mission d'ensemble de la DG SANCO est: «Conjointement avec les États membres, l'Union européenne vise à protéger et à promouvoir la santé de ses citoyens.» Cette tâche de «protection» et de «promotion» a été interprétée de différentes façons; les principales formes de gouvernance actuellement employées sont les suivantes:

- Législation et réglementation – la compétence légale en matière de santé publique a été renforcée en vertu de l'article 152 du Traité d'Amsterdam. L'UE a un mandat limité pour adopter les politiques de santé publique. Les États membres adoptent toujours les mesures au niveau national pour réglementer l'organisation et la fourniture des services de santé, bien que l'UE ait un droit spécifique pour légiférer sur le sang, les organes et les tissus (sécurité et qualité du sang,



dérivés du sang, tissus humains et cellules humaines utilisés dans les traitements médicaux).

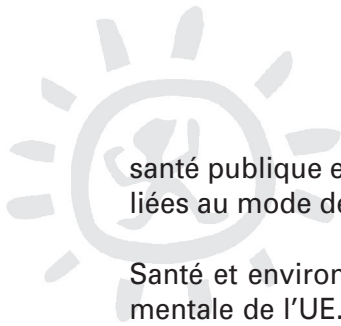
- Autoréglementation et coopération volontaire (Méthode ouverte de coordination) – il y a eu une réorientation des instruments juridiquement contraignants (c'est-à-dire des règlements et des directives) vers des méthodes de réglementation alternatives telles que la coréglementation et l'autoréglementation par les acteurs sociaux et économiques concernés. Cette formule devrait réduire les coûts et augmenter l'efficacité. La coréglementation et l'autoréglementation volontaires peuvent prendre de nombreuses formes telles que des accords volontaires, des codes de conduite, des chartes, des lignes directrices, des normes harmonisées, etc. Cette approche – dans certains cas désignée sous le nom de Méthode ouverte de coordination (MOC) – occupe une place de plus en plus importante comme mode de gouvernance au sein de l'Union européenne. Contrairement à l'approche légaliste traditionnelle, elle vise à coordonner plutôt qu'à harmoniser les politiques nationales. Elle engage les Etats membres à travailler ensemble sur des objectifs partagés tout en respectant la diversité nationale légitime.
- Les mécanismes de financement de l'UE, tels que le Programme d'action communautaire pour la santé publique 2003-2008<sup>12</sup> (avec un budget de 312 millions d'euros) et les campagnes d'informations entreprises par l'UE telles que «Help: pour une vie sans tabac» peuvent être considérés comme des soutiens à ces approches légales et volontaires.

La publication intégrale reconnaît que l'UE ne devrait pas dupliquer les efforts des Etats membres mais fournir une valeur ajoutée en se concentrant sur des activités telles que le contrôle des statistiques sanitaires à l'échelle de l'UE, le partage des bonnes pratiques entre les Etats membres et la fourniture de forums pour un dialogue public et un échange des informations.

## **La santé dans les autres domaines politiques de l'UE**

L'UE dispose d'un éventail de politiques publiques concernant la santé, notamment le marché intérieur, l'agriculture, l'environnement, la recherche, la protection des consommateurs, la santé et la sécurité au travail, etc. Les compétences de l'UE en matière de santé sont assez limitées; il est donc essentiel d'utiliser tous les outils disponibles dans les autres domaines politiques pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Ce qui suit est un résumé des politiques publiques ayant un impact sur la santé; veuillez consulter la publication intégrale pour plus de renseignements.

Politique agricole – Les zones rurales couvrent 90% du territoire de l'UE et rassemblent environ 50% de sa population. La politique agricole commune (PAC) est un système de soutien aux agriculteurs visant à remplacer les programmes de soutien nationaux pour garantir que la production d'un produit est réalisée sur un même pied d'égalité dans tous les Etats membres. La PAC a été critiquée en raison de son utilisation inefficace des subventions: elle dépense 50% du budget de l'UE et a un effet négatif sur la santé publique en subventionnant la culture du tabac, la production d'alcool ainsi qu'en procédant à la destruction d'un million de tonnes de fruits et de légumes chaque année. Son impact négatif sur l'agriculture des pays en développement a également été lourdement critiqué<sup>13</sup>. Le poids financier de la PAC sur l'ensemble des politiques de l'UE est jusqu'à ce jour incontestable et met l'accent sur un certain nombre de dilemmes relatifs aux politiques de



santé publique et leur cohérence avec les objectifs économiques. Alors que les maladies liées au mode de vie augmentent, l'impact de la PAC doit être évalué avec précaution.

**Santé et environnement** – La santé est une partie importante de la politique environnementale de l'UE. Les principaux domaines d'action sont la pollution de l'air extérieure et intérieure, le bruit, les conditions d'environnement intérieures et de logement, les politiques de l'eau, les champs électromagnétiques, les rayonnements et l'exposition à des composants chimiques. L'impact de ces facteurs est lié à de nombreux problèmes de santé tels que des problèmes d'audition, des troubles du sommeil, du stress conduisant à de l'hypertension et d'autres problèmes circulatoires, des cancers de la peau et d'autres organes, des maladies respiratoires et des malformations congénitales. Les interactions entre l'environnement et la santé sont beaucoup plus imbriquées et complexes qu'on ne le pense généralement<sup>14</sup>.

**Recherche** – La recherche menée au niveau de l'UE a été critiquée comme étant trop limitée, fragmentée et manquant de centre d'intérêt clair. Pour remédier à ce problème, la Commission a proposé en 2000 la création de l'Espace européen de la recherche (EER)<sup>15</sup>. Les gouvernements de l'UE se sont engagés à augmenter leur pourcentage de produit intérieur brut investi dans la recherche du secteur privé et public de 1,9% en 2000 à 3% d'ici 2010. Le budget du 7ème programme-cadre de recherche (7ème PCRD)<sup>16</sup> a sensiblement augmenté, soit 73 milliards d'euros consacrés à la recherche pour les sept prochaines années à venir à travers quatre programmes clés : Coopération, Idées, Personnes et Capacités. La santé constitue désormais l'un des neuf thèmes couverts par ces quatre programmes.

**Aide au développement et santé; la perspective globale** – Tous les pays et organismes de développement du monde ont – à travers les Nations unies – adopté les huit Objectifs du millénaire pour le développement. Ces objectifs couvrent un large éventail d'activités parmi lesquelles la réduction de moitié de l'extrême pauvreté, l'arrêt de la propagation du VIH/SIDA et l'accès universel à l'école primaire. L'aide au développement représente une partie importante et visible des dépenses de l'UE au titre de la santé dans le monde (l'UE est le donateur mondial principal dans ce domaine, avec une contribution à hauteur d'environ 55% de toute l'aide et de 65% des subventions, bien qu'elle dépense toujours moins dans l'aide au développement qu'elle ne s'y était engagée). Ce portrait doit toutefois être tempéré par l'impact des autres politiques, notamment la PAC et le marché intérieur, sur la santé dans le monde.

## **Pression en faveur de solutions de soins de santé européennes – Evolution de la mobilité des patients et des soins de santé**

«La santé publique et l'UE: un aperçu» comprend également un chapitre sur la prestation des soins de santé, bien qu'elle relève de la responsabilité nationale. Pour un certain nombre de raisons, les systèmes de soins de santé européens sont de plus en plus interconnectés.

Tout d'abord, chaque citoyen de l'UE a le droit de travailler et de vivre dans un autre Etat membre sans subir de discrimination fondée sur la nationalité. En ce qui concerne les professionnels de la santé, ce droit général est soutenu à travers un ensemble de règlements



garantissant la reconnaissance mutuelle des qualifications. Les mécanismes suivants, mis en place par la Directive 2005/36/CE<sup>17</sup> existent:

- Harmonisation des exigences en matière de formation permettant une reconnaissance automatique des qualifications professionnelles (concernant les médecins, infirmiers, dentistes, sages-femmes, chirurgiens vétérinaires, pharmaciens et architectes)<sup>18</sup>.
- Un «système général» de reconnaissance s'appliquant à toutes les autres professions. Ce système souligne les droits fondamentaux dont bénéficient les citoyens en matière de mobilité professionnelle et définit les obligations des Etats membres<sup>19</sup>.

Les directives sectorielles concernant les professionnels traditionnels de santé existent depuis le milieu des années soixante-dix. Les autres prestataires de soins de santé ont eu un système de reconnaissance des qualifications moins transparent (comme les professions relevant des médecines complémentaires et alternatives). L'un des objectifs de la directive de 2005 était de rendre la reconnaissance des qualifications plus simple et plus transparente.

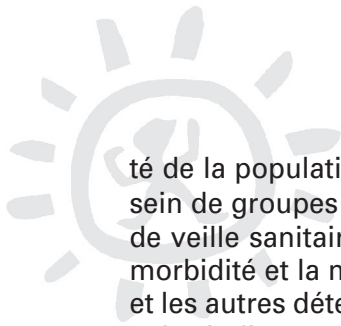
Deuxièmement, les patients traversent les frontières à la recherche de meilleurs traitements. Ils ont la possibilité d'obtenir des traitements à l'étranger dans le cadre du Règlement communautaire 1408/71. Deux arrêts importants de la Cour européenne de justice<sup>20</sup> en mai 1998 ont des implications sur l'organisation des systèmes des soins de santé. La Cour européenne de justice a confirmé que les citoyens étaient libres de chercher des soins de santé dans un autre Etat membre. Ils peuvent également être remboursés sous certaines conditions. En outre, conformément au Règlement 1408/71, une personne séjournant temporairement dans un autre Etat membre que le sien – pour un voyage, des études, un détachement ou pour y chercher un emploi – et venant à nécessiter de soins de santé, se verra prodiguer ces soins au même titre que les personnes assurées dans ledit pays. Depuis le 1er juin 2004, les citoyens peuvent attester de ce droit au moyen de la carte européenne d'assurance maladie, qui remplace les formulaires papiers précédents, notamment le formulaire E 111 (COM 2004).

Troisièmement, la mobilité des patients a des répercussions sur les services de santé et les soins médicaux, à la fois du pays dans lequel le patient est assuré et du pays où les soins sont prodigués. La Commission élabore actuellement un cadre communautaire pour des services de santé sûrs, de haute qualité et efficaces en renforçant la coopération entre les Etats membres et en apportant de la clarté dans l'application du droit communautaire aux services de santé et aux soins de santé.

## **Une condition préalable aux politiques de santé de l'UE – Les informations sur la santé**

Les informations sur la santé sont importantes pour pouvoir faire des comparaisons entre les Etats membres ou les régions et ainsi informer et mettre en œuvre des politiques de santé au niveau national et européen. A ce jour, les informations de haute qualité sur l'état de la santé constituent une condition requise pour une élaboration efficace des politiques de santé publique.

La Commission européenne vise à produire un ensemble d'indicateurs de santé donnant des informations précises et comparables sur la santé et les comportements liés à la san-



té de la population. Les travaux consacrés aux indicateurs de santé sont coordonnés au sein de groupes de travail consultatifs chargés des différents éléments du futur système de veille sanitaire. Des groupes de travail ont été créés dans les domaines suivants : la morbidité et la mortalité, les accidents et les blessures, la santé mentale, le mode de vie et les autres déterminants de la santé, la santé et l'environnement, les systèmes de santé et les indicateurs de santé de la Communauté européenne.

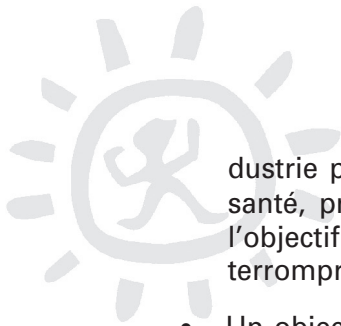
Cette activité doit permettre d'améliorer la qualité et la comparabilité des données afin de faciliter l'accès aux informations disponibles et d'améliorer leur analyse. L'objectif final est de mettre sur pied un système communautaire d'informations et de connaissances sur la santé pleinement accessible aux experts européens et au grand public.

## **Accent sur les politiques de santé de l'UE – Les déterminants de la santé**

Sept facteurs de risque – tous des maladies non transmissibles – sont responsables de la majeure partie de la charge de morbidité dans la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé. Il s'agit de: l'hypertension artérielle, le tabagisme, la consommation d'alcool nuisible et dangereuse, l'hypercholestérolémie, la surcharge pondérale, la consommation insuffisante de fruits et légumes et la sédentarité. Les maladies non transmissibles peuvent dans une large mesure être évitées. Jusqu'à 80% des cas de maladies coronariennes et jusqu'à 90% des cas de diabète de type 2 pourraient être évités en changeant de mode de vie. Une alimentation saine, le maintien d'un poids normal et une plus grande activité physique peuvent, par exemple, réduire les cancers d'un tiers. Les déterminants suivants sont les plus importants et les actions concrètes des institutions de l'UE dans ces domaines sont détaillées dans la publication intégrale.

**Nutrition et activité physique** – Le lien entre l'alimentation, le mode de vie et la santé a été scientifiquement établi, en particulier en ce qui concerne le rôle de l'alimentation et du mode de vie en tant que déterminants des maladies chroniques non transmissibles telles que l'obésité, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les diabètes de type 2, l'hypertension et l'ostéoporose<sup>21</sup>. La Commission européenne a pris plusieurs mesures pour relever ces défis de santé publique:

- Des conclusions du conseil ont été adoptées, comme par exemple celles sur les modes de vie sains en 2003, la promotion de la santé cardiaque en 2004 et sur les diabètes en 2006.
- Le Réseau européen relatif à l'alimentation et à l'activité physique a été mis en place en 2003 et se compose d'experts nommés par les Etats membres.
- Une stratégie communautaire cohérente et globale en matière de nutrition, d'activité physique et d'obésité est prévue d'ici juin 2007. Elle repose sur la consultation du livre vert: «Promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique: une dimension européenne pour la prévention du surpoids, de l'obésité et des maladies chroniques». Il est prévu d'intégrer la nutrition et l'activité physique dans toutes les politiques concernées aux niveaux local, régional, national et européen et de créer les conditions nécessaires à cet égard.
- A titre d'expérience, les services de la Commission ont lancé un forum appelé «Plate-forme d'action européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé», basé sur l'expérience de la «table ronde sur l'obésité». Les acteurs pertinents au niveau européen (commerce de détail, industrie alimentaire, restauration, in-



dustrie publicitaire, organisations de consommateurs et ONG du secteur de la santé, professions médicales, etc.) se rencontrent régulièrement depuis 2005, l'objectif étant d'identifier et de convenir d'actions concrètes pouvant aider à interrompre ou même à renverser la tendance actuelle à l'obésité.

- Un objectif important est également de s'assurer que les partenaires éventuels soient informés de toutes les initiatives liées à l'obésité pour fournir des politiques et des actions plus cohérentes.
- La sécurité alimentaire est également une priorité pour l'UE. L'Agence européenne pour la sécurité alimentaire (AESA) a été mise en place en 1996 pour faire face aux menaces sanitaires liées à l'approvisionnement alimentaire et son mandat est désormais élargi par la Commission européenne pour inclure la nutrition.

**Alcool** – La consommation d'alcool augmente le risque de plus de soixante types de maladies et de traumatismes. L'impact social négatif de l'alcool est également important, et va des nuisances sociales d'ordre général à la violence domestique, l'augmentation des incendies, des noyades et des accidents de la route, la violence faite aux enfants, la criminalité et les homicides. On estime à quelque 55 millions le nombre d'adultes qui ont une consommation nocive d'alcool dans l'UE, dont 23 millions sont considérés alcooliques.

Certaines directives de l'Union européenne se rapportant à la taxe sur l'alcool, une recommandation sur la consommation d'alcool par les jeunes (2001) et la Télévision sans frontières (Directive 89/552/CEE), qui prévoit des restrictions à la publicité sur l'alcool, ont déjà été adoptées. En octobre 2006, la Commission européenne a adopté une stratégie globale sur l'alcool pour soutenir les Etats membres dans la réduction des dommages liés à l'alcool en Europe<sup>22</sup>. La Commission européenne mettra en place d'ici juin 2007 un Forum Alcool et Santé qui rassemblera des experts de différentes organisations intéressées, associant des ONG, des représentants du secteur des boissons alcoolisées et du commerce de détail. Des représentants des Etats membres et d'autres institutions et organismes de l'UE se rencontreront également au sein d'un comité consultatif distinct. L'objectif global de ce forum est de soutenir, d'enrichir et de suivre la mise en œuvre de la stratégie exposée dans la présente communication.

**Tabac** – La prévention du tabagisme se trouve dans l'agenda des professionnels de la santé, des politiciens, des ONG, des Etats membres et de la Commission européenne depuis des années. En Europe, encore près d'un tiers de la population adulte fume. On estime que le tabac tue quelque 650 000 européens chaque année, c'est-à-dire, un décès sur sept dans toute l'UE. Fumer nuit à presque chaque organe du corps humain, causant un grand nombre de maladies. La moitié de tous les fumeurs réguliers sera victime de son tabagisme et ceux qui meurent à un âge moyen ont, en moyenne, une espérance de vie réduite de 22 ans, avec une plus grande proportion de cette durée de vie raccourcie passée en mauvaise santé. Plus de 13 millions supplémentaires souffrent de maladies chroniques sérieuses en raison de leur tabagisme. En outre, le tabagisme passif tue, chaque année, plus de 79 000 adultes dans les 25 pays de l'UE<sup>23</sup>. Les efforts visant à réduire la consommation de tabac au sein de l'UE comprennent des recommandations et une législation, telles que:

- Lieux publics et lieu de travail – En 1989, l'UE a adopté une résolution interdisant de fumer dans les lieux publics et toutes les formes de transport en commun.
- Réglementation des produits du tabac – En 2001, une directive réglementant les produits du tabac est devenue une loi.
- Directive de l'Union européenne réglementant la publicité sur le tabac – En 2003, une directive interdisant la publicité sur le tabac a été promulguée, elle couvre



désormais la publicité qui traverse les frontières nationales et le sponsoring du sport.

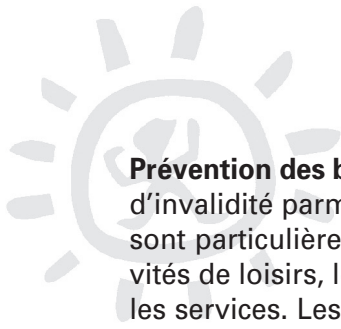
- Convention cadre sur le contrôle du tabac – En 2004, le Conseil de l'UE a approuvé la Convention cadre sur le contrôle du tabac (CCCT)<sup>24</sup>.
- Les avertissements relatifs à la santé ont augmenté d'au moins 30% sur la face avant et d'au moins 40% sur la face arrière des emballages des produits du tabac.
- Taxation – Le tabac est un produit très lourdement taxé dans la plupart des Etats membres.

La Commission européenne a lancé une consultation publique sur la meilleure façon de promouvoir des environnements sans tabac au cours du printemps 2007 avec son livre vert «Vers une Europe sans fumée de tabac: les options stratégiques au niveau de l'Union européenne»<sup>25</sup>.

**Consommation de drogues** – La consommation de drogues, notamment parmi les jeunes, se situe à des niveaux historiquement élevés. L'Union européenne compte aujourd'hui jusqu'à deux millions de consommateurs problématiques de drogues<sup>26</sup>. Les lois nationales relatives aux drogues ont de plus en plus tendance à distinguer les infractions liées à la possession de drogues pour usage personnel et celles liées au trafic et à la vente. D'une manière générale, on constate une évolution vers des peines plus lourdes pour ces dernières. Cette tendance est en phase avec l'accent plus important mis globalement à travers l'Europe sur l'élargissement des possibilités de traitement de la toxicomanie et l'attention accrue portée sur les interventions détournant les usagers de drogues à problème du système de justice pénal, vers des possibilités de traitement et de réhabilitation.

**La Commission considère la consommation de drogues illicites** – et dans une certaine mesure, également l'abus de drogues licites – comme un problème de santé publique majeur. L'action a été concentrée sur la prévention par l'éducation et la sensibilisation, mais également sur la réduction des risques et des méfaits et les traitements. L'approche européenne visant à traiter les problèmes de drogues de l'Union a été développée par l'intermédiaire des Stratégies en matière de drogues (2005 – 2012) et des Plans d'action (2005 – 2008) de l'UE. Ce modèle suppose un équilibre entre la prévention, l'éducation et les traitements d'une part, et l'application des lois contre la fabrication et le trafic de drogues d'autre part.

**Santé mentale** – Selon l'Organisation mondiale de la santé, il n'existe pas de définition officielle de la santé mentale. Les différences culturelles et les diverses théories professionnelles influent sur la définition que l'on peut en donner. La santé mentale est une préoccupation quotidienne qui concerne les personnes, les familles, les écoles et les lieux de travail. Il s'agit d'une question délicate pour l'Europe car les problèmes de santé mentale représentent près de 20% de la charge de morbidité<sup>27</sup>. Cependant, la prestation de soins est souvent inadaptée et n'apporte pas l'aide nécessaire, même lorsque les problèmes de santé mentale sont graves. En 2005, les ministres de la santé en Europe se sont engagés, pour la première fois, à intégrer une action sur la santé mentale dans le cadre de leurs politiques de santé publique<sup>28</sup>. En 2006, la Commission européenne a lancé une consultation ouverte basée sur le livre vert intitulé «Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne.»<sup>29</sup>. Elle a reçu de nombreuses réponses<sup>30</sup> (237). Les services de la Commission rédigent actuellement un projet de communication sur une stratégie en matière de santé mentale. Il est prévu qu'elle soit adoptée courant printemps 2007.



**Prévention des blessures** – Les blessures représentent une cause importante de décès et d'invalidité parmi la population européenne<sup>31</sup>. Les risques de décès et de blessure grave sont particulièrement élevés dans des contextes aussi divers que le domicile et les activités de loisirs, le transport par route, le lieu de travail, les produits de consommation et les services. Les blessures involontaires et volontaires sont considérées comme la principale cause de décès et d'invalidité chronique chez les enfants, les jeunes et les adultes de moins de 45 ans, qu'elles privent d'un très grand nombre d'années de vie en bonne santé et d'années d'emploi. Parmi les personnes de plus de 65 ans, les blessures sont une cause majeure de décès et d'invalidité, déclenchant souvent une détérioration de la santé à l'issue fatale.

La Commission européenne a pris plusieurs initiatives pour engager une action et réduire la fréquence des décès et des blessures involontaires et volontaires en travaillant en collaboration sur cette question de portée générale avec un certain nombre de DG dans des domaines tels que le transport, le lieu de travail, la santé mentale, la violence, l'alcool et la santé de l'enfant. Plus de 80 projets visant à faire progresser la prévention des blessures ont été entrepris au cours de la période 1999 – 2002<sup>32</sup>. Toutefois, il est possible d'agir encore plus efficacement, notamment en adoptant des bonnes pratiques avérées pour réduire les blessures qui ont été publiées. La Commission européenne a également adopté en juin 2006 la «Communication de la Commission concernant des actions pour une Europe plus sûre<sup>33</sup>» et la «Proposition de recommandation du Conseil sur la prévention des blessures et la promotion de la sécurité» en instance d'approbation en mai 2007<sup>34</sup>.

## **Accent sur les politiques de santé de l'UE – Les maladies transmissibles**

Les maladies transmissibles telles que le HIV/SIDA, la tuberculose, la rougeole et la grippe représentent un risque sérieux pour la santé humaine en causant environ un tiers de tous les décès dans le monde. Les maladies transmissibles ne s'arrêtent pas aux frontières nationales et peuvent se répandre rapidement, en particulier dans le monde interconnecté d'aujourd'hui. En outre, de nouvelles maladies apparaissent et d'autres développent des formes résistant aux médicaments, comme la tuberculose multirésistante et le staphylocoque doré résistant à la methicilline.

Afin de se préparer à faire face à ces menaces, la Commission collabore étroitement avec les Etats membres dans ce domaine. La Commission a présenté une planification générale de la préparation qui aborde différents types de menaces sanitaires. Des plans spécifiques concernant la grippe pandémique, le SARS, la variole ou le bioterrorisme ont été définis à l'échelon national et communautaire. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM) est chargé de fournir des avis scientifiques et des évaluations des risques concernant les messages reçus par l'intermédiaire du Système d'alerte précoce et de réaction (SAPR)<sup>35</sup>.

La publication intégrale fournit plus d'informations à ce sujet dans un chapitre dédié.



## **Accent sur les politiques de santé de l'UE – Les produits médicinaux et les thérapies**

Des réglementations détaillées concernant les médicaments ont été mises en place dans tous les Etats membres de l'UE tout au long du siècle passé, en particulier à partir des années soixante. La complexité croissante et le manque de compatibilité entre les réglementations nationales ont donné lieu à des tentatives d'harmonisation des systèmes de réglementation au niveau de l'UE. Tous les médicaments actuellement disponibles en Europe doivent répondre aux normes de sécurité, de qualité et d'efficacité prescrites dans la législation de l'UE (décrite plus en détails dans la publication intégrale).

Toutefois, il existe de grandes différences quant à l'ampleur et au type de contrôles des médicaments complémentaires dans l'ensemble des Etats membres. En 1992, l'UE a commencé à prendre des mesures dans ce domaine avec la Directive 92/73/CEE<sup>36</sup> sur les médicaments homéopathiques et d'autres mesures qui sont détaillées dans la publication.

L'Union européenne est résolue à garantir un niveau élevé de qualité, de sécurité et d'innovation dans le domaine des produits pharmaceutiques. En ce qui concerne les médicaments et les traitements, les principaux objectifs consistent à garantir l'accès aux médicaments à un coût abordable, à faire en sorte que les médicaments soient sûrs et efficaces et à permettre aux citoyens de choisir un traitement en connaissance de cause. Il convient, en contrepartie, de renforcer la compétitivité de l'industrie pharmaceutique.

Le Forum pharmaceutique de haut niveau a été mis en place en juin 2005 pour répondre à ces besoins par les Directions générales «Entreprises et industrie» et «Santé et protection des consommateurs»<sup>37</sup>. Ce Forum réunit des représentants des Etats membres, de l'industrie pharmaceutique, de la santé publique et des groupes de patients dans le cadre d'un processus de coopération volontaire visant à trouver un équilibre entre les solutions nationales et européennes.

## **Conclusion**

La santé est une ressource fondamentale pour le développement social et économique. Grâce aux progrès du développement humain, l'espérance de vie s'allonge et le nombre d'années vécues en bonne santé augmente. La bonne santé de la population réduira la pression sur les systèmes de soins de santé et sociaux. La bonne santé de la main d'œuvre est une condition préalable à la croissance économique et à la prospérité. Dans l'Europe d'aujourd'hui, avec une population qui vieillit rapidement, cela est plus vrai que jamais.

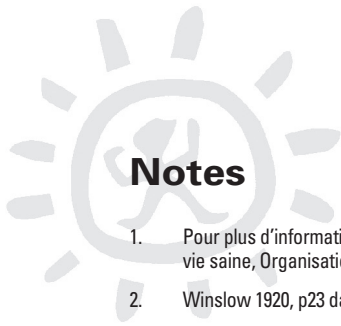
La publication reconnaît les améliorations remarquables qui ont été réalisées dans le domaine de la santé publique au cours des dernières décennies, mais constate qu'il existe toujours de grandes différences entre les groupes de population, les régions et les pays. Bien que les soins de santé relèvent principalement de la responsabilité nationale, bon nombre des menaces sanitaires les plus importantes ne peuvent pas être résolues par les politiques de santé publique nationales et ne sont pas non plus limitées par les frontières géographiques. Il est de plus en plus important que l'UE mène une action coordonnée en matière de santé publique.



La société civile joue un rôle de plus en plus important dans l'élaboration et l'obtention de résultats en matière de santé aux niveaux local, régional et européen. La société civile continuera à jouer un rôle clé grâce à son action, qui renforce et complète les mesures de l'UE et des Etats membres destinées à améliorer la santé et la sécurité des citoyens européens.

L'UE a réalisé des progrès considérables en vue d'accroître le dialogue avec la société civile en l'ouvrant à une multitude de parties intéressées de différents pays et secteurs. Mais il reste beaucoup de travail à accomplir, en particulier sur le développement des capacités de la société civile à participer à l'élaboration des politiques.

Written by Mariann Skar  
Edited by Lara Garrido Herrero  
Translated by Paul Janssens Ltd



## Notes

1. Pour plus d'informations sur les risques, veuillez consulter le Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine, Organisation mondiale de la santé 2002
2. Winslow 1920, p23 dans Baggott, Rob Public Health: Policy and Politics, Palgrave Macmillan 2000
3. Article 25 de la Déclaration des droits de l'homme – adopté et proclamé par la résolution de l'assemblée générale 217 A (111) du 10 décembre 1948
4. Chiffres clés sur la santé, Eurostat 2005
5. Kjaesrud et Siddel, Commission européenne 2006
6. «Alimentation, nutrition et prévention des maladies chroniques» – Rapport d'une consultation mixte d'experts FAO/OMS. 2003
7. Statistiques en bref – Population et conditions sociales Thème 3 – 2/2004
8. Statistiques en bref – Population et conditions sociales Thème 3 – 2/2004
9. Communication de la Commission «Amélioration de la qualité de l'emploi: un examen des progrès accomplis» COM (2003) 26.11.2003 728 finale
10. Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine, Organisation mondiale de la santé
11. Article 152 du Traité d'Amsterdam – La compétence de l'UE en matière de santé publique se base sur les articles 129 et 152 respectivement du Traité de Maastricht sur l'Union européenne et le Traité d'Amsterdam de 1999.
12. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_programme/programme\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm)
13. Pour plus d'informations, veuillez consulter: Aspect de la politique agricole commune de l'UE en matière de santé publique – développements et recommandations de changement dans quatre secteurs : fruits et légumes, produits laitiers, vin et tabac par Liselotte Schafer Elinder, Institut national de la santé publique, Suède, 2003.
14. Agence européenne pour l'environnement et OMS
15. Pour plus d'informations, veuillez consulter: [http://ec.europa.eu/research/era/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html)
16. [http://europa.eu.int/comm/research/future/index\\_en.cfm](http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm)
17. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/future\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm)
18. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/specific-sectors\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm)
19. [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/general-system\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm)
20. Affaire Kohll C-158/96 [1998] ECR I-1931 et affaire Decker C-120/95 [1998] ECR I-1831
21. «Alimentation, nutrition et prévention des maladies chroniques» – Rapport d'une consultation mixte d'experts FAO/OMS. 2003
22. Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions – Une stratégie de l'Union européenne pour aider les Etats membres à réduire les dommages liés à l'alcool 24/10/2006. Com (2006) 625 finale
23. Livre vert Vers une Europe sans fumée de tabac: les options stratégiques au niveau de l'Union européenne. COM (2007)
24. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/>
25. [http://www.ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/keydo\\_tobacco\\_en.htm](http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/keydo_tobacco_en.htm)
26. Rapport annuel 2006 sur l'état des problèmes de drogues en Europe par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.
27. Livre vert – Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne. Commission européenne 2006.
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
29. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_health\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm)
30. Réponses apportées au livre vert: Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne. Commission européenne 19.12.2006
31. Pour plus d'informations, veuillez consulter: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/environment/IPP/ipp\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm)
32. Pour plus d'informations, veuillez consulter: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/injury\\_project\\_full\\_listing\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/injury_project_full_listing_en.htm)
33. Communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil concernant des actions pour une Europe plus sûre COM(2006) 328 Finale
34. Proposition de recommandation du Conseil sur la prévention des blessures et la promotion de la sécurité COM (2006) 329 Finale
35. Décision 2002/253/CE de la Commission, du 19 mars 2002, établissant des définitions de cas pour la déclaration des maladies transmissibles au réseau communautaire en application de la décision N° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil.
36. Directive 92/73/CEE du Conseil, du 22 septembre 1992, élargissant le champ d'application des directives 65/65/CEE et 75/319/CEE concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux médicaments et fixant des dispositions complémentaires pour les médicaments homéopathiques, JO L 297/8 (1992)
37. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/other\\_policies/pharma\\_forum\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_en.htm)  
[http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp\\_pf\\_en.htm](http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.htm)