



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE  
COPENHAGUE

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE  
*Cinquante et unième session, Madrid, 10 – 13 septembre 2001*

---

EUR/RC51/Inf.Doc./2  
21 août 2001  
10438M  
ORIGINAL : ANGLAIS

## PERSPECTIVES EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LES PAYS CANDIDATS À L'ADHÉSION À L'UNION EUROPÉENNE

Le présent document résume les conclusions d'une étude sur la coopération du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe avec les pays candidats à l'adhésion à l'Union européenne (UE). Il a pour objet de fournir des informations générales pour étayer le débat d'experts qui sera organisé sur ce thème lors de la cinquante et unième session du Comité régional.

Douze États membres de la Région européenne de l'OMS sont candidats à l'adhésion à l'UE : la Bulgarie, l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, Malte, la Pologne, la République tchèque, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie et la Turquie. Le document présente succinctement certaines généralités sur le processus d'adhésion de ces pays à l'UE, fournit quelques exemples de la situation et des ressources de ces pays dans le domaine de la santé, donne un aperçu d'ensemble de la coopération menée actuellement par le Bureau régional avec ces pays, et suggère certaines orientations pour la coopération future.

## GÉNÉRALITÉS SUR LE PROCESSUS D'ADHÉSION À L'UE<sup>1</sup>

1. Les membres fondateurs de l'Union européenne sont l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas. Historiquement, l'élargissement de l'UE a commencé, en 1973, avec l'adhésion du Danemark, de l'Irlande et du Royaume-Uni, suivie par celle de la Grèce, en 1981, puis de l'Espagne et du Portugal, en 1986, et enfin de l'Autriche, de la Finlande et de la Suède, en 1995. En 1998, la Commission européenne a engagé des négociations avec six pays : Chypre, l'Estonie, la Hongrie, la Pologne, la République tchèque et la Slovaquie. Pour six autres pays (la Bulgarie, la Lettonie, la Lituanie, Malte, la Roumanie et la Slovaquie), les négociations officielles en vue de l'adhésion ont débuté en 2000. La Turquie a été confirmée comme pays ayant vocation à adhérer à l'Union européenne, toutefois, les négociations officielles d'adhésion n'ont pas encore été engagées.

2. Le processus d'adhésion, qui s'applique à tous les pays candidats désignés pour devenir membres de l'UE, fait appel à des critères identiques pour tous les pays. Il comporte des activités de coopération et des négociations entre chaque pays candidat et les institutions de l'Union européenne, principalement la Commission européenne, et les États membres de l'UE. La stratégie de préadhésion en est un élément essentiel : elle définit la stratégie globale sur la base de laquelle les pays candidats peuvent se préparer à l'adhésion en alignant leur législation sur la législation communautaire.

3. Les négociations d'adhésion font également partie du processus d'adhésion de chaque pays. Elles prennent la forme d'une série de conférences intergouvernementales bilatérales entre chacun des pays candidats et les États membres de l'UE. Elles se concentrent en particulier sur les modalités d'adoption, de mise en œuvre et d'application de l'acquis communautaire par les pays candidats. L'acquis communautaire recouvre l'ensemble de la législation communautaire en vigueur, que les pays sont tenus d'adopter pour devenir membres de l'UE. Les pays candidats doivent également démontrer qu'ils disposent des infrastructures institutionnelles leur permettant de s'acquitter de leurs obligations juridiques.

4. L'acquis communautaire s'est constitué au fil des 40 dernières années et représente aujourd'hui plus de 80 000 pages de textes juridiques, divisées en 31 chapitres. La législation relative au système de santé se trouve, pour l'essentiel, dans les dispositions concernant le marché intérieur. Ces dispositions portent sur divers domaines couverts par le système de santé, tels que les produits pharmaceutiques, les équipements médicaux, l'hygiène des aliments et les professionnels de la santé. La législation sur la santé et la sécurité sur le lieu de travail est intégrée au chapitre de l'acquis communautaire consacré à la politique sociale. Celle sur l'eau et l'air relève du chapitre traitant de l'environnement, d'autres aspects connexes étant couverts par les chapitres relatifs à l'agriculture, à la politique de transport ainsi qu'à la science et à la recherche. La législation en matière de santé se répartit donc entre les 31 chapitres de l'acquis communautaire. La situation sanitaire ne constitue pas, en soi, un critère pour l'adhésion à l'UE.

## QUELQUES EXEMPLES DE LA SITUATION SANITAIRE ET DES RESSOURCES CONSACRÉES À LA SANTÉ DANS LES PAYS CANDIDATS

5. En dépit d'améliorations intervenues ces dernières années, l'espérance de vie dans la plupart des pays candidats reste inférieure à l'espérance de vie la plus basse relevée dans les États membres de l'UE.

6. Dans la plupart des pays candidats, la mortalité infantile est plus élevée que dans la plupart des pays de l'UE. Dans certains cas, l'écart est considérable : en Roumanie, par exemple, le taux de mortalité infantile est trois fois supérieur au taux moyen de l'UE.

---

<sup>1</sup> Voir aussi, sur le site de la Commission européenne, la page de la Direction générale de l'élargissement intitulée *Élargissement de l'Union européenne – une chance historique*. Bruxelles, 2000 ([http://europa.eu.int/comm/enlargement/intro/index\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/enlargement/intro/index_fr.htm), page consultée le 17 août 2001).

7. Selon les données de l'OMS, les taux moyens de mortalité liée aux cardiopathies ischémiques, au cancer du poumon et aux maladies chroniques du foie tendent également à être supérieurs à ceux enregistrés dans l'UE. Le taux de mortalité prématurée imputable au tabagisme chez les hommes d'âge moyen est presque deux fois plus élevé dans les pays candidats que dans les pays de l'UE.

8. Dans certains pays candidats, le taux de suicide est plus élevé que dans n'importe quel autre pays du monde. Dans les trois États baltes et en Hongrie, les taux habituels de mortalité imputable au suicide ou à l'auto-mutilation sont trois fois supérieurs à la moyenne communautaire. On ne sait pas encore quelles seront au juste les conséquences de l'adhésion à l'UE en termes de santé mentale dans les pays candidats. Des appels ont toutefois été lancés pour que l'on s'intéresse, par exemple, à l'évolution de la santé mentale dans les zones rurales, dans lesquelles certaines personnes devront peut-être réorienter leur vie en raison d'une baisse de l'emploi dans l'agriculture.

9. Ces dernières années, certains pays candidats ont connu une augmentation importante de l'incidence de la tuberculose et de la syphilis par rapport aux moyennes enregistrées dans l'EU. La couverture vaccinale de la tuberculose a diminué dans les pays candidats mais reste bonne par rapport aux taux de couverture dans les pays de l'UE. Les maladies infectieuses sont une source de préoccupation dans la perspective de l'augmentation des migrations et du tourisme qui devrait résulter de l'adhésion à l'UE. C'est la raison pour laquelle les pays candidats comme les États membres de l'UE se montrent plus attentifs à la surveillance des maladies transmissibles.

10. L'épisode d'effondrement économique que la plupart des pays candidats ont connu dans les années 90 explique le fait que les revenus nationaux de ces pays se situent encore à des niveaux considérablement plus faibles que la moyenne communautaire. Le produit intérieur brut (PIB) dans la plupart des pays candidats est inférieur aux plus bas niveaux des pays de l'UE. En 1998, par exemple, les niveaux les plus bas de PIB par habitant dans les pays candidats étaient respectivement, à parité de pouvoir d'achat (PPA), de 5648 dollars en Roumanie et de 4809 dollars en Bulgarie, contre 14 095 dollars en Grèce et 15 787 dollars au Portugal.

11. De plus, les pays candidats ont conservé l'habitude de consacrer aux soins de santé une part du revenu national plus faible que ne le font les pays membres. Dans la plupart des pays candidats, la part du PIB allant à la santé est inférieure au pourcentage le plus bas relevé dans les États membres. Certains craignent que les dépenses de santé publique n'augmentent pas dans les mêmes proportions que le revenu national du fait que la santé ne figure pas au nombre des grandes priorités dans le processus de transition économique. En outre, il est parfois fait état de ce que ces pays consacrent principalement leurs ressources à la mise en conformité de leur législation et à la mise en place d'infrastructures, dans le but de satisfaire aux exigences fixées pour l'adhésion à l'UE. Les pays candidats doivent également maintenir leur déficit budgétaire dans certaines limites. Par ailleurs, la capacité des fonds privés à compenser le financement public risque d'être limitée dans des pays où le revenu par habitant est faible comparativement aux pays membres de l'UE.

12. Dans certains des pays candidats, des difficultés intrinsèques à dégager des ressources pour les soins de santé peuvent s'ajouter au fait qu'une part relativement faible du revenu par habitant est consacrée à la santé. C'est ainsi qu'au cours des années 90, dans certains pays candidats, l'instauration d'un système de prélèvements sur les salaires, comme moyen de financement complémentaire ou principal de l'assurance maladie, a généré moins de revenus pour le système de santé que prévu. Il y a plusieurs raisons à cela, notamment l'augmentation du taux de chômage, le vieillissement de la population, la libéralisation accrue du secteur structuré et l'expansion du secteur informel.

13. Le niveau des ressources consacrées à certains pans du secteur de la santé dans les pays candidats pourraient pâtir de l'adhésion à l'UE. Ainsi, bien que les prix des produits pharmaceutiques ne soient pas soumis à une législation européenne, des changements concernant le prix et l'accessibilité des produits pharmaceutiques pourraient intervenir dans les pays candidats : la législation européenne sur la protection des brevets prévoit que certains pays candidats devront allonger la durée de protection de brevets, ce qui devrait avoir des conséquences sur la production de médicaments génériques dans les pays concernés. De

plus, les médicaments importés de l'UE restent onéreux pour les pays candidats, si bien que les patients pourraient se voir contraints de se procurer leurs médicaments auprès de pharmacies privées, ce qui poserait un problème en termes d'accès équitable aux médicaments. Par ailleurs, avec l'entrée dans le marché unique, les industries pharmaceutiques nationales de ces pays seront davantage confrontées à la concurrence des sociétés multinationales.

14. Les ressources humaines déployées dans le secteur de la santé dans les pays candidats constituent un autre thème qui revient souvent dans le débat sur les questions de santé dans le contexte de l'adhésion à l'UE. Dans plusieurs pays candidats, le nombre de médecins formés et employés dans le système de santé tend à être plus élevé que dans bon nombre d'États membres de l'UE. Pour permettre la libre circulation des professionnels de la santé à l'intérieur de l'UE, il faut que les pays candidats adoptent la législation communautaire régissant la reconnaissance mutuelle des diplômes. Cela a donné lieu à des spéculations sur une éventuelle « fuite des cerveaux », qui verrait des professionnels de la santé qualifiés quitter les pays candidats pour s'installer dans les pays membres de l'UE, où les conditions socio-économiques et la situation sociale et financière sont meilleures. Toutefois, ce débat sur le risque supposé d'une migration des professionnels de la santé et ses conséquences sur les services de santé et, à terme, sur l'état de santé des personnes dans les pays candidats reste controversé.

## LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS CANDIDATS

15. La coopération entre les pays candidats et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe repose sur des accords négociés conjointement entre l'OMS et les autorités sanitaires de ces pays en matière de santé. Cette coopération porte en particulier, d'une part sur la surveillance des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies et, d'autre part, sur l'information sanitaire, deux domaines présentant un intérêt direct dans le contexte de l'adhésion à l'UE. Le Bureau régional coopère avec les pays candidats à la mise en place de systèmes d'alerte avancée et de réseaux d'information sur certaines maladies ; il assure par ailleurs des fonctions de secrétariat pour les réseaux de surveillance des maladies dans les pays d'Europe centrale. Ces réseaux sont semblables aux réseaux de surveillance en place dans les pays de l'UE ; le travail accompli dans ce domaine favorise une transition harmonieuse vers un système de surveillance des maladies transmissibles normalisé pour l'ensemble de l'UE.

16. S'agissant de l'information sanitaire, la coopération avec les pays candidats couvre notamment les accords officiels avec la Commission européenne. Ces accords prévoient l'établissement de rapports décrivant les problèmes de santé publique dans chacun des pays candidats, en les comparant avec les autres pays candidats et avec l'UE. Le réseau des Écoles-santé, action menée conjointement par le Bureau régional, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe, est un autre exemple de coopération entre le Bureau régional et les pays candidats.

17. Parmi les autres domaines de coopération avec les pays candidats, on peut citer : la prévention de la mortalité prématurée et de la morbidité imputables à des maladies non transmissibles, et notamment la promotion de la santé mentale, la réduction de la consommation de tabac et d'alcool ainsi que d'autres facteurs de risque tels que la consommation de drogues ; l'élaboration de politiques en matière d'alimentation et de nutrition et de lois sur les produits alimentaires ; la promotion de la santé de l'enfant et de l'allaitement maternel ; la promotion de la santé génésique ; et l'élaboration d'une politique et d'une réglementation sur les produits pharmaceutiques.

18. Pour l'essentiel, la coopération dans le domaine de l'hygiène de l'environnement dans les pays candidats se fait dans le cadre de plans d'action nationaux. Ces plans d'action, qui visent à l'amélioration de l'environnement et de la santé dans les pays candidats, se caractérisent par le fait qu'ils intègrent les divers critères (législation, institutions, capacités) pris en compte pour l'adhésion à l'UE dans le domaine de l'hygiène et de la protection de l'environnement.

19. La coopération a également pour cible des groupes de population particuliers, tels que les mères et les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

20. Le nouvel échange de lettres entre l'Organisation mondiale de la santé et la Commission des communautés européennes concernant la consolidation et l'intensification de la coopération<sup>2</sup> a marqué une étape importante de la coopération de l'OMS avec les pays candidats. Définissant comme prioritaires en matière de coopération des domaines tels que la surveillance de la santé ainsi que la surveillance des maladies transmissibles et les mesures pour y faire face, cet accord couvre des secteurs où les pays candidats devront aligner leurs politiques sur la politique communautaire au cours du processus d'adhésion à l'UE. Par ailleurs, un nouveau « Programme communautaire d'action dans le domaine de la santé publique (2001–2006) » en est au stade de la procédure de codécision<sup>3</sup>. Ce nouveau programme de la Communauté européenne est destiné à remplacer les huit programmes d'action existant dans le domaine de la santé publique. Il se concentre sur trois objectifs : améliorer l'information et les connaissances, renforcer la capacité de réaction rapide face aux menaces pour la santé et agir sur les déterminants de la santé. Une fois adopté, ce programme deviendra également applicable aux pays candidats.

21. Dans l'ensemble, le processus d'adhésion définit un contexte différent pour la coopération de l'OMS avec les pays candidats, par comparaison avec l'époque précédant leur demande d'adhésion à l'Union européenne. Davantage d'organisations coopèrent aujourd'hui avec les pays candidats, et la coopération s'opère différemment. Cela est vrai non seulement des institutions de l'UE mais également d'autres organisations internationales qui travaillent dans le domaine de la santé. De fait, un nombre croissant de conférences internationales, de groupes de travail et de groupements pour la recherche ainsi que d'activités bilatérales ont été organisés ces dernières années pour traiter des questions de santé dans le contexte du processus d'adhésion, et ont, ce faisant, produit un volume croissant d'informations et de connaissances.

## **ORIENTATIONS PROPOSÉES POUR LA STRATÉGIE DU BUREAU RÉGIONAL EN MATIÈRE DE COOPÉRATION AVEC LES PAYS CANDIDATS**

22. Les effets dans le domaine de la santé du processus d'adhésion à l'UE pour les pays candidats restent à déterminer et font parfois l'objet de controverses. C'est bien pourquoi il faudrait rassembler, de manière plus coordonnée et systématique, des informations et des connaissances sur les conséquences de l'adhésion à l'UE pour la situation sanitaire et les systèmes de santé dans les pays candidats. On dispose déjà d'un volume considérable d'informations concernant l'expérience des précédents pays candidats, laquelle pourrait être utile aux pays qui négocient actuellement leur adhésion. Cette information pourrait également présenter un intérêt pour les membres actuels de l'UE, voire pour d'autres États membres de la Région européenne de l'OMS. L'une des orientations proposées en ce qui concerne la stratégie de coopération du Bureau régional porte donc sur la production et la gestion des informations et des connaissances. En pratique, cela peut signifier d'entreprendre des études de cas pour étudier les incidences du processus d'adhésion sur, par exemple, la consommation d'alcool, l'accessibilité des médicaments, les normes en matière d'hygiène des aliments, la migration des professionnels de la santé et les tendances épidémiologiques des maladies transmissibles. Ces activités seront intégrées à la fonction du Bureau régional responsable de l'observation et de l'évaluation des effets sanitaires. Il est également proposé que la gestion de l'information et des connaissances englobe des travaux visant à améliorer l'accès des pays à l'information sur l'impact sanitaire de l'adhésion à l'UE.

---

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la santé/Commission européenne. *Échange de lettres entre l'Organisation mondiale de la santé et la Commission des Communautés européennes concernant la consolidation et l'intensification de la coopération*. Bruxelles, 2000 ([http://europa.eu.int/comm/health/ph/key\\_doc/who\\_letters\\_fr.html](http://europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/who_letters_fr.html), document en ligne consulté le 17 août 2001).

<sup>3</sup> Commission des communautés européennes. *Proposition modifiée de décision du Parlement européen et du Conseil adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2001–2006)*. Bruxelles, 2001, COM(2001)302 final ([http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/key\\_doc/ke05\\_fr.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/ke05_fr.pdf), document en ligne consulté le 17 août 2001).

23. Conformément à la nouvelle stratégie du Bureau européen de l’OMS à l’égard des pays, « Adapter les services aux nouveaux besoins »<sup>4</sup>, la coordination interne des programmes du Bureau régional avec le groupe des pays candidats sera renforcée. L’appui de l’OMS aux pays candidats continuera de reposer sur des accords négociés conjointement entre l’OMS et les gouvernements des pays candidats. De nouveaux engagements, appelés « Accords biennaux de collaboration », seront conclus individuellement avec chaque pays candidat, mais le Bureau régional veillera en particulier à dégager les besoins et les priorités communs aux pays candidats. Cela devrait également permettre au Bureau régional d’optimiser les mesures visant à aider les pays candidats au moment où ils rejoignent l’Union européenne en tant que membres. En outre, la coopération renforcée entre l’OMS et la Commission européenne couvrira les pays candidats à l’adhésion à l’UE.

---

<sup>4</sup> Bureau régional de l’OMS pour l’Europe. *Stratégie du Bureau européen de l’OMS pour les pays « Adapter les services aux nouveaux besoins »*. Copenhague, 2000 (<http://www.who.dk/RC/RC50/french/PDF%20fren/fdoc10.pdf>, document en ligne consulté le 17 août 2001).