

Bruxelles, le 9 octobre 1978

SEC (78) 3932

EDUCATION POUR LA SANTÉ, NUTRITION ET TABAGISME

Lors de la première réunion du Conseil et des représentants des Etats membres réunis au sein du Conseil, consacrée à la santé publique, qui s'est tenue le 13 décembre 1977, la Commission a été chargée d'établir une documentation de base sur les actions menées dans le domaine de l'éducation sanitaire (tabagisme et nutrition) par les Etats membres et de formuler des suggestions en vue de la poursuite de ces actions, le cas échéant, au niveau communautaire.

La Commission a adressé à chaque Etat membre deux questionnaires. A la lumière des réponses reçues, on peut tirer un certain nombre de conclusions et de propositions d'action au niveau communautaire.

La présente note contient pour chacun des deux sujets les conclusions et les propositions d'action.

A/- EDUCATION POUR LA SANTE ET NUTRITION

CONCLUSIONS tirées des réponses au questionnaire de la Commission

1 - Enseignement de la diététique

1 - 1 Aux enfants d'âge scolaire

En dépit des efforts qui sont effectués dans tous les Etats membres en vue d'introduire un tel enseignement dans l'instruction primaire de base, il semble bien que les enfants d'âge scolaire devraient recevoir en ce domaine une formation plus poussée. C'est non seulement une information passive qui devrait être donnée, laquelle information devrait être éventuellement sanctionnée par des examens adéquats, mais aussi une formation active par exemple des "travaux dirigés" : préparation d'aliments, de jus de fruits, etc...

1 - 2 Formation des enseignants

C'est en République fédérale d'Allemagne et au Danemark que les enseignants semblent recevoir l'enseignement le plus complet en matière de diététique.

1 - 3 Formation des médecins et du personnel paramédical

Dans tous les pays de la Communauté un enseignement approprié, adapté et complet semble être donné à quelques catégories de médecins spécialisés ou de diététiciens qualifiés. En raison de l'impact de la nutrition sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires et d'un certain nombre de maladies de "diathèse", on ne peut que regretter que tous les médecins et en particulier les omnipraticiens ne reçoivent pas en ce domaine une formation très poussée.

1 - 4 Formation des travailleurs sociaux

Sauf peut-être aux Pays-Bas la formation des travailleurs sociaux est insuffisante. Le travailleur social étant par définition celui qui devrait avoir les contacts les plus étroits avec la population on ne peut que regretter cette lacune.

1 - 5 Femmes enceintes

Une importance particulière est donnée dans tous les pays à l'information de la femme enceinte sur les questions de diététique.

Cet enseignement est donné généralement par les médecins, les sage-femmes, les diététiciens et les nutritionnistes.

Il existe aussi des publications spécifiques où l'importance du régime alimentaire est soulignée. En outre des conseils diététiques sont prodigués aux futures mères, afin qu'elles puissent acquérir des connaissances en matière d'alimentation saine, prendre conscience de l'importance de l'alimentation, du développement de la santé de la mère et du fœtus ou de l'enfant.

I - 6 Formation des responsables d'hôpitaux

Les réponses données ne permettent pas d'apprécier si les responsables hospitaliers reçoivent une formation appropriée. L'idéal serait sans doute de proposer qu'à chaque hôpital soit attaché un ou plusieurs diététiciens spécialisés.

- Modalités de l'enseignement

II - 1 L'information publicitaire est en général sinon contrôlée, du moins soumise à un certain nombre de règles visant à limiter les excès, les omissions et surtout à éviter la publicité mensongère.

II - 2 L'information objective télévisée n'est obligatoire qu'aux Pays-Bas. Toutefois elle existe de facto dans d'autres pays notamment en République fédérale d'Allemagne, en France et en Irlande.

III - Mesures législatives ou réglementaires diverses

III - 1 Additifs alimentaires

Des normes existent dans tous les pays.

III - 2 Edulcorants

Des normes existent dans tous les pays.

III - 3 Critères de qualité des aliments

Ils existent dans tous les pays.

III - 4 Fluoruration de l'eau de boisson

- non autorisée au Luxembourg, ni en République fédérale d'Allemagne (où toutefois des dérogations sont prévues);
- envisagée en Belgique et au Danemark;
- prévue si nécessaire en Italie, en Irlande et au Royaume-Uni.

III - 5 Introduction volontaire d'oligo-éléments dans certains aliments

Les mesures les plus diverses sont observées dans les différents pays, si mesures il y a. Cette question pourrait faire l'objet d'un examen et/ou d'études.

IV - Données épidémiologiques

IV - 1 Statistiques disponibles

Les données statistiques disponibles doivent être interprétées avec prudence si l'on veut procéder à des comparaisons. En ce qui concerne les cancers digestifs il devrait être possible de disposer de chiffres plus fiables. En ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires, bien que le problème soit capital, les autorités sanitaires devraient envisager dans un premier temps l'élaboration d'un glossaire de référence.

IV - 2 Effet des politiques suivies

Actuellement il n'existe de données faiblement significatives qu'en République fédérale d'Allemagne et en Belgique.

V - Politique de la recherche

V - 1 Il existe dans tous les pays de la Communauté Européenne une politique de la recherche. Toutefois les objectifs visés par les différents pays ainsi que les priorités ne sont pas exactement superposables. Si une telle divergence n'est pas mauvaise en soi, il y aurait lieu cependant de veiller à la bonne diffusion des résultats disponibles.

V - 2 L'épidémiologie des maladies de la nutrition ainsi que l'analyse des facteurs étiologiques éventuellement responsables ne semblent actuellement pas susceptibles de déboucher sur des conclusions valables.

V - 3 Il est envisagé au Royaume-Uni de procéder à des recherches en matière de pathologie expérimentale aussi bien d'ailleurs que dans le domaine défini en V - 2.

VI - Contrôle de la qualité des aliments

VI - 1 Contrôle alimentaire proprement dit

Dans tous les pays un contrôle efficace existe, en général au plan régional ou local. Il s'exerce au niveau du bétail lui-même (contrôle vétérinaire) et au niveau de l'hygiène alimentaire (examens et analyses d'échantillons de viandes, poissons, céréales, etc...).

VI - 2 Contrôle du personnel

Il existe théoriquement un certain nombre de critères sanitaires qui, dans la pratique, devraient permettre aux médecins d'écarter de son poste de travail tout travailleur susceptible de contaminer les denrées alimentaires. Mais les prescriptions semblent moins explicites dans certains pays. Ailleurs et notamment en Irlande, le personnel est tenu réglementairement de se conformer à un certain nombre de précautions d'hygiène élémentaire.

VI - 3 Organismes responsables des contrôles

En République fédérale d'Allemagne : les "Länder".

En Belgique : le Ministère de la Santé publique et les Ministères de l'Agriculture et des Affaires économiques.

Au Danemark : les Municipalités et l'Institut National des Denrées alimentaires ainsi que les Ministères de l'Agriculture et de la Pêche.

En Irlande : les services de santé régionaux (huit).

Au Luxembourg : le Ministère de la Santé publique.

Aux Pays-Bas : le Ministère de la Santé publique et de l'Hygiène du Milieu.

Au Royaume-Uni : les conseils régionaux, les conseils de district, les services d'hygiène des ports en collaboration avec les spécialistes de l'hygiène du Milieu.

x
x x

Propositions d'action au niveau communautaire

Les réponses au questionnaire de la Commission du 10 avril 1978, envoyé aux Etats membres, indiquent que de nombreuses initiatives ont été prises au niveau national en vue d'améliorer l'éducation sanitaire dans le domaine de la nutrition. Néanmoins, un support de ces activités au plan communautaire et une meilleure coordination des actions seraient de nature à renforcer l'efficacité.

La Commission propose les actions suivantes :

- développer une méthodologie commune en vue d'améliorer la collecte et l'analyse des données épidémiologiques plus précises sur l'incidence d'un certain nombre de maladies, telles que diabète, cancer du col de l'utérus, cancer du rectum, autres cancers digestifs, psoriasis, hypertension, maladies cardio-ischémiques, obésité, troubles du métabolisme des lipides.
- mettre au point un système d'information réciproque sur les résultats des recherches dans le domaine nutritionnel.
- échanger les expériences en ce qui concerne les principes et les modalités d'organisation des campagnes d'éducation sanitaire dans le domaine de la nutrition, spécialement à l'égard des enfants et des adolescents.

- procéder, selon des méthodes communes, à l'évaluation de l'efficacité des mesures éducatives prises en vue de prévenir les maladies cardiovasculaires ou métaboliques, liées à la nutrition.

B/- EDUCATION POUR LA SANTE ET TABAGISME

CONCLUSIONS tirées des réponses au questionnaire, de la Commission

I - Mesures d'ordre législatif et réglementaire

I-1 Mesures d'interdiction

- dans les lieux publics
- dans les établissements d'enseignement
- sur les lieux de travail
- autres.

Dans tous les pays de la Communauté européenne, il existe des dispositions législatives ou réglementaires qui interdisent ou limitent l'usage du tabac dans les lieux publics, les établissements d'enseignement, les lieux de travail, les transports en commun (et même les taxis dans certains pays seulement), les installations hospitalières, etc..

Beaucoup de dispositions ont été prises, la plupart du temps pour des raisons de sécurité plutôt que pour des raisons de santé publique. Ce n'est qu'au cours des 3 ou 4 dernières années, que des dispositions plus rigoureuses ont été adoptées, notamment dans les établissements d'enseignement, en vue de protéger directement la santé des jeunes, de même que dans les lieux publics, les hôpitaux, les transports en commun, etc., afin de protéger la santé de la population ou de certains groupes plus vulnérables comme les malades ou les femmes enceintes.

I-2 Mesures d'information

- avertissements obligatoires sur les emballages
- interdiction de publicité.

Il est à noter dans les Etats membres de la Communauté européenne :

- a) que l'obligation de mentionner sur les emballages la nocivité de l'usage immodéré du tabac et en particulier de la cigarette tend à se généraliser.

D'une manière générale on constate :

- que les avertissements sont en général imprimés en caractères trop petits;
- que l'information n'est pas suffisante quant au caractère plus dangereux de certaines cigarettes (taux de nicotine plus élevé, absence de filtre, etc.);

- b) s'il y a des restrictions en matière de publicité, elles ne couvrent pas tous les modes de publicité. Certes, la publicité télévisée tend à disparaître mais dans certains cinémas on continue à vanter les bienfaits de telle ou telle marque. De même, la réglementation de l'affichage est insuffisante voire inexistante. Enfin, il devrait être possible de limiter la publicité dans les magasins.

1-3 Mesures de formation

- à l'égard des jeunes (dans le cadre de l'éducation sanitaire)
- à l'égard du public (mass media)
- à l'égard des médecins (responsabilité de mise en garde des femmes enceintes ou prenant des médicaments contraceptifs).

Dans tous les pays de la Communauté des efforts importants sont faits en vue d'inclure la lutte contre le tabagisme dans les programmes d'éducation sanitaire. Les jeunes sont partout considérés comme vulnérables et c'est à leur intention que non seulement l'information est donnée, mais qu'également - et notamment aux Pays-Bas - les autorités sanitaires ont pris l'initiative de "campagnes anti-tabac".

Vis-à-vis des femmes enceintes une mise en garde adéquate semble être donnée un peu partout. A l'égard des femmes soumises à un traitement contraceptif les informations scientifiques récentes ont permis à la grande presse et aux mass media de faire connaître aux utilisatrices les risques potentiels de l'association pilule-tabac.

II - Effets des politiques suivies

En dépit des politiques suivies jusqu'à ce jour par les Etats membres on ne constate nulle part une diminution vraiment significative de la consommation. Il semble en général que celle-ci continue à croître légèrement chez les femmes, qu'elle stagne chez les jeunes et qu'elle a tendance à diminuer chez les hommes.

Tout au plus peut-on affirmer que la pente ascendante de la courbe de consommation tend à se stabiliser. De plus en divers pays un certain nombre d'indices favorables doivent être mentionnés.

Sur le plan épidémiologique il est actuellement impossible de tirer des conclusions valables. Toutefois au Royaume Uni on dispose déjà d'informations significatives qui devraient permettre de nouveaux développements dans le domaine de la recherche épidémiologique d'une part et dans la définition de nouvelles mesures de prévention d'autre part.

III - Recherche

Les recherches se situent à deux niveaux : niveau épidémiologique et niveau pathologique proprement dit. Dans tous les pays une recherche épidémiologique est conduite sinon de façon rigoureuse - ce qui est difficile - du moins avec sérieux et l'on peut raisonnablement attendre à plus ou moins longue échéance un certain nombre d'informations extrêmement utiles.

C'est en France et surtout au Royaume-Uni que l'on s'efforce de mieux connaître les effets du tabac et aussi de mieux percevoir les raisons profondes pour lesquelles l'individu devient un "toxicomane" du tabac.

Il apparaît souhaitable de susciter à l'échelle européenne un certain nombre d'actions communes en matière de recherche coordonnée au niveau épidémiologique et au niveau psychopathologique et de collationner les résultats de ces recherches.

Il convient également de signaler notamment en France et en Irlande un certain nombre d'études économiques visant à approcher le coût du tabagisme.

x
x x

Propositions d'action au niveau communautaire

Les réponses au questionnaire de la Commission du 10 avril 1978, envoyé aux Etats membres, indiquent que de nombreuses initiatives ont été prises au niveau national. Dans un but d'entretenir et de renforcer ces activités nationales, il convient d'envisager une politique active au plan communautaire dans le domaine de l'éducation sanitaire. Bien qu'une telle initiative doive être envisagée pour protéger les adultes, spécialement femmes et femmes enceintes et les enfants et adolescents contre les risques sanitaires liés au tabagisme, la Commission pense, à la veille de l'Année de l'Enfant, que certaines actions communautaires devraient se concentrer en 1979 sur les enfants en âge scolaire.

La Commission propose les actions suivantes :

- établissement d'une méthodologie commune permettant de comparer les résultats et d'apprécier l'efficacité des campagnes d'éducation sanitaire;
- réalisation selon une méthodologie commune de campagnes d'éducation sanitaire à caractère expérimental, et permettant de déterminer les caractéristiques de la consommation de cigarettes par les jeunes, de préciser leurs effets sur la santé et les facteurs familiaux et socio-économiques susceptibles d'intervenir dans la genèse et l'évolution de la consommation.