

## Europe communautaire et **santé publique**

**E**n 1990, un colloque de l'École nationale de la santé publique interrogeait *où se décide l'Europe de la santé ?*, nous pourrions reprendre la question sous la formule *où se construit l'Europe de la santé ?* La réponse est sans ambiguïté : à Bruxelles et à Luxembourg (CEE) mais également à Strasbourg (CEE et Conseil de l'Europe) et à Copenhague (OMS). C'est dire que la Communauté économique européenne n'a pas eu jusqu'à présent le monopole des initiatives en matière de programmes de santé européens, loin de là : les travaux du « groupe Pompidou », au sein du Conseil de l'Europe, depuis 1971, sur la lutte contre la toxicomanie ou le récent programme de lutte contre l'alcoolisme proposé par le bureau européen de l'OMS en sont deux témoignages parmi beaucoup d'autres.

Cependant, à l'heure de Maastricht, nous avons choisi de centrer ce dossier, l'Europe et la santé, sur l'Europe communautaire, « l'Europe des douze ».

L'Europe de la santé, pas plus que l'Europe sociale ou l'Europe « verte » (environnement), ne figurait dans les objectifs premiers du *traité de Rome* (1957), traité à objectifs essentiellement économiques privilégiant surtout l'établissement d'un marché commun.

Pourtant l'idée de la construction européenne a depuis beaucoup évolué et une forte volonté politique des États membres a permis un élargissement progressif des compéten-

ces et des interventions de la Communauté européenne, soit par une modification des termes du traité, soit par une interprétation plus large de ceux-ci. Par rapport au champ qui nous intéresse, deux dates clés méritent d'être relevées.

1972. Réunis pour une première conférence au sommet, les chefs d'État ou de gouvernements redécouvrent l'article 2 du traité de Rome et sa référence au « relèvement accéléré du niveau de vie » et se prononcent pour la promotion de politiques de « la qualité de vie » : environnement, protection des consommateurs, protection des travailleurs.

1986. L'Acte unique européen est signé, qui consacre l'introduction de l'environnement et de la recherche dans les compétences de la Communauté, et une (timide) référence à la santé (article 100 A). 1986 est également l'année à partir de laquelle le Conseil des ministres de la santé se réunit régulièrement en tant que formation du Conseil.

Malgré le manque de base juridique, une volonté politique de promouvoir une politique de santé s'est ainsi progressivement affirmée, en particulier au travers du Conseil européen (chefs d'État ou de gouvernement). Cette volonté va se traduire soit dans le cadre de l'application des libertés communautaires fondamentales (libre circulation des marchandises et des personnes), soit par le développement du volet sanitaire de politiques communes. Par ailleurs, même en l'absence de compétence particulière, les ministres de la santé ont, depuis 1986, ébauché la construction d'une politique commune de santé publique, à laquelle la mise en œuvre des dispositions du traité de Maastricht, s'il devient applicable, devrait donner un nouvel essor. ■

### Sommaire

- II La santé dans les politiques communautaires
- VI La politique communautaire de santé publique
- XII La santé publique et le traité de Maastricht
- XIV Tribunes
- XX Annexes



# La santé

## dans les politiques communautaires

*Antérieurement puis parallèlement à la construction d'une politique européenne de santé publique, les initiatives communautaires à caractère sanitaire n'ont cessé de se développer depuis les années 1970 dans le cadre des politiques communes. La mise en place du marché unique et l'application des libertés communautaires fondamentales (libre circulation des personnes et des biens) a conduit à construire une Europe des médicaments et une Europe des professions de santé, tandis que d'autres politiques communautaires (Europe sociale, environnement, recherche, protection des consommateurs) prenaient de plus en plus en compte des préoccupations liées à la santé.*

**D**ans un premier temps, l'application des libertés communautaires fondamentales a entraîné la construction de l'Europe des médicaments et de l'Europe blanche.

### **L'Europe des médicaments**

Le médicament a d'abord été perçu dans sa dimension marchande. C'est à ce titre que les premières mesures prises ont visé à supprimer les entraves techniques à sa libre circulation. La politique communautaire s'est accélérée dans ce domaine depuis 1983, intégrant progressivement la dimension santé, notamment au travers d'une politique d'information sur le médicament. Cette politique a abouti en particulier à l'adoption en mars 1992 de quatre directives applicables au 1<sup>er</sup> janvier 1993, concernant la distribution en gros des médicaments, leur statut légal, l'étiquetage et la notice, les règles de publicité et à l'adoption d'un règlement prévoyant la mise en place d'une agence européen-

ne du médicament (futur système d'autorisation et d'enregistrement des médicaments)

### **« L'Europe blanche »**

L'Europe des professions de santé, communément appelée « Europe blanche » trouve son origine dans l'article 57 du traité CEE qui prévoit, dans le cadre du principe de la libre circulation des personnes, le processus juridique de reconnaissance mutuelle des diplômes et la coordination des conditions d'exercice dans les différents États membres. L'adoption d'une première directive, concernant les médecins remonte à 1975, cinq autres ont ensuite été adoptées concernant les dentistes (1978), les sages-femmes (1980), les pharmaciens (1985), les infirmières (1987) avant qu'une directive plus générale instaure un système de reconnaissance des diplômes d'enseignement supérieur sanctionnant des formations professionnelles d'une durée minimale de trois ans (directive du

20 janvier 1988). L'Europe blanche est donc une réalité juridique mais elle n'a pas donné lieu jusqu'à présent à d'importants flux migratoires.

**D'** autres politiques communautaires développent un volet santé.

## L'Europe sociale et la protection des travailleurs

« Malgré la volonté des signataires du traité de Rome de promouvoir l'amélioration des conditions de vie et de travail, la construction européenne a toujours été caractérisée par un retard de la dimension sociale par rapport à la dimension économique dans le processus économique »\*. La politique sociale, menée notamment à travers les interventions du Fonds social européen mis en place dès 1960, s'est surtout axée sur les problèmes d'emploi (mobilité, reconversion... et actuellement lutte contre le chômage de longue durée, insertion professionnelle des jeunes de moins de 25 ans). Les questions concernant la protection sociale par contre n'ont que peu avancé (sauf l'adoption dès 1958 d'un régime de sécurité sociale des travailleurs migrants dans l'objectif, économique, de faciliter la mobilité des travailleurs). L'adoption de la Charte sociale européenne en 1989 par onze États membres (les douze moins le Royaume-Uni) qui pose un certain nombre de principes et consacre des droits sociaux qui devront être garantis et mis en œuvre et le programme d'action sociale triennal qui l'a accompagnée, ont relancé la

politique sociale.

Par contre on ne peut parler de retard en ce qui concerne la protection (physique) des travailleurs. « La protection contre les accidents et les maladies professionnelles » était dès l'origine inscrite dans le traité de Rome (article

## Les actes communautaires

### Nature des actes

Les actes communautaires sont définis par l'article 189 du traité CEE.

#### Règlement

Le règlement communautaire a une portée générale, il est obligatoire dans tous ses éléments et est directement applicable dans tout État membre. Il est obligatoirement publié au *journal officiel* des Communautés européennes. Il s'impose à tout ressortissant communautaire (au même titre qu'une loi nationale).

La procédure d'élaboration et d'adoption de ces actes est complexe et diffère selon les matières, cependant on peut dire qu'elle fait intervenir trois institutions (la Commission, le Parlement et le Conseil) entre lesquels les rôles se répartissent, de façon générale, ainsi :

#### La Commission

La Commission fait les propositions et les transmet au Con-

#### Directive

La directive lie les États membres, elle leur impose un résultat à atteindre tout en laissant aux instances nationales la compétence quant à la forme et aux moyens à mettre en œuvre pour parvenir à ce résultat.

#### Décision

La décision ne s'adresse qu'aux destinataires qu'elle désigne, un ou plusieurs États, un ou plusieurs particuliers. Elle est obligatoire dans tous ces éléments pour ces destinataires.

### Élaboration et adoption

seil, et le cas échéant au Parlement ; les différentes procédures lui confèrent un large pouvoir d'initiative qui a parfois été critiqué.

#### Le Parlement

Le Parlement est consulté sur l'adoption de certains actes, il vote alors un avis. Le rôle du parlement dans cette procédure a quelque peu été renforcé par l'Acte unique européen

#### Recommandation, résolution et avis

La recommandation, la résolution et l'avis n'ont aucun caractère obligatoire, l'avis n'est souvent guère plus que l'expression de l'opinion d'une institution, la résolution est une déclaration d'intention politique et la recommandation est une invite à l'adoption par les États membres de comportements ou de lignes de conduite suggérés.

(1987) – procédure dite de coopération – et le serait encore par l'entrée en application du traité de Maastricht.

#### Le Conseil

Le Conseil adopte les actes, par un vote à la majorité requise (majorité simple, majorité qualifiée ou unanimité, selon la matière et selon la procédure préalable).

118), puis l'Acte unique européen a simplifié les procédures pour l'adoption de directives quant à des prescriptions minimales concernant « l'amélioration notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des

\* Y. Stamatou, in L'Europe des communautés, les notices.

travailleurs » (article 118 A). La Communauté a été très active sur ce champ, à titre d'exemple, la dernière directive adoptée en avril 1993 concerne la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à certains agents biologiques sur leur lieu de travail.

Enfin notons que la politique communautaire en faveur des handicapés est également développée dans le cadre de l'Europe sociale (cf. *Actualité et dossier en santé publique* n°1)

## Environnement

Bien avant que l'adoption de l'acte unique européen vienne, en 1986, consacrer juridiquement la compétence de la Communauté en matière d'environnement (article 130 R), celle-ci a développé une politique dans ce domaine. Depuis 20 ans, quatre programmes se sont succédé et plus de 200 directives ont été adoptées, elles concernent la lutte contre les pollu-

tions et les nuisances (eau, déchets, produits chimiques, bruit), la sécurité nucléaire, la protection et la valorisation des ressources naturelles et la maîtrise des risques de biotechnologies. Toutes ces mesures ont évidemment un impact sur la santé, certaines très directement, par exemple : la protection des travailleurs contre le bruit, la protection contre les rayonnements ionisants des travailleurs de l'industrie nucléaire et de la population en général... La mise en œuvre de ces directives n'est cependant pas toujours bien respectée par les États membres, ce qui n'empêche pas la Communauté de continuer à avoir

une politique ambitieuse en la matière. Un cinquième programme « vers un développement soutenable » a été adopté par la Commission en mars 1992 (1993-2000), l'intégration d'une composante environnementale dans toutes les autres politiques est aussi recherchée.

## Recherche

La compétence européenne en matière de recherche a également été consacrée par l'adoption de l'Acte unique européen (article 130 F). Mais dès 1973, sous l'impulsion politique, un comité européen de la recherche et du développement est réuni, et en 1974 quatre premières résolutions sont adoptées jetant les bases d'une coordination et d'actions communes. L'Acte a institutionnalisé une procédure en deux temps, un programme cadre donnant les orientations et les masses budgétaires, mis en œuvre par des programmes spécifiques, le rôle de la Communauté se situant surtout au niveau de la coordination des efforts nationaux. Le troisième programme cadre (1990-1994) comprend six domaines d'action qui donnent encore la priorité aux préoccupations de compétitivité industrielle, pourtant, on y voit apparaître un nouveau pôle fort, sciences et technologies du vivant (13 % des dépenses) dont un programme « recherche biomédicale et santé » doté de 133 millions d'euros.

## Protection des consommateurs

Depuis un arrêt de la cour de justice rendu en 1979, tout produit légalement fabriqué et commercialisé dans un pays de la Communauté doit être admis sur le marché de tout État membre. Une réglementation nationale ne peut interdire l'importation d'un produit que pour des raisons touchant à la santé publique ou à la défense des consommateurs (qui priment alors sur l'exigence de libre circulation des marchandises). La Commission a depuis lors concentré ses efforts sur la définition et l'application de « normes fondamentales de santé et de sécurité », de très nombreuses directives réglementent ainsi la composition de denrées alimentaires, de produits cosmétiques, l'utilisation des colorants, la sécurité des voitures ou des jouets, etc. Par ailleurs des systèmes d'alerte et de collecte de données (par exemple sur les accidents à domicile) ont été mis en place.

À noter que cette jurisprudence sur la protection de la santé publique a été confirmée dans des affaires concernant la publicité. Ainsi, dans un arrêt du 25 juillet 1991, la Cour de justice européenne a considéré que « la publicité constitue une incitation à la consommation et qu'une réglementation qui limite les possibilités de publicité en faveur des boissons alcoolisées et cherche à lutter contre l'alcoolisme répond à des préoccupations de santé publique ».

## Le SGCI

Bien que peu connu du grand public, ni même des fonctionnaires, le secrétariat général du comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne (SGCI) est la plaque tournante et le catalyseur de toutes les liaisons en amont et en aval, entre le gouvernement et les administrations françaises d'une part, les institutions communautaires d'autre part. Son rôle est déterminant pour l'élaboration des positions françaises, pour les négociations et pour l'insertion des décisions communautaires dans le droit interne.

SGCI, 2, boulevard Diderot, « Carré Austerlitz », 75012 Paris

# Les institutions de la Communauté européenne

sont communes depuis 1967 aux trois organisations : CEE, CECA, Euratom.

**Le Conseil européen** réunit les chefs d'État ou de gouvernement des États membres. Il a été institutionnalisé par l'Acte unique européen (1986) mais il se réunit depuis 1974, au moins deux fois par an. Il n'a pas de pouvoir décisionnel mais il joue un rôle important d'impulsion et d'orientation politiques.

**La Commission européenne** comprend 17 membres (dont deux français, M. Delors et M<sup>me</sup> Scrivener) désignés d'un commun accord et pour 4 ans par les gouvernements des « douze ». Elle a pour mission ► d'assurer le respect des règles communautaires et des principes du marché commun (elle peut infliger des amendes, saisir la cour de justice,...) ► de proposer au Conseil toute mesure utile au développement des politiques communautaires (cf. son rôle dans l'élaboration des actes communautaires) ► de mettre en œuvre les politiques communautaires sur la base des décisions du Conseil, ou directement des dispositions des traités. À ce titre, la Commission administre des fonds (ex. le fonds social européen) et des programmes communs qui absorbent l'essentiel du budget communautaire.

**Comité économique et social**

**Le parlement européen** est composé de 518 membres élus, depuis 1979, au suffrage universel direct. Il a pouvoir de contrôle politique sur la Commission qu'il peut démettre par le vote d'une motion de censure à la majorité des 2/3. Il vote le budget. Il participe au processus législatif de la Communauté en donnant des avis sur les textes proposés par la Commission.

**Le Conseil** ou **Conseil des ministres** est le centre des décisions de la Communauté. C'est lui qui adopte les principaux textes communautaires et est donc le législateur de la Communauté. Il rassemble les représentants des États membres. Il n'existe qu'un seul Conseil des ministres mais il se réunit en différentes formations selon les matières inscrites à l'ordre du jour des réunions (Conseil *agriculture* ou Conseil *santé*,...). Le Conseil est aidé dans ses travaux par le COREPER (comité des représentants permanents des États membres auprès des Communautés) et par un secrétariat général.

**La cour de justice européenne** est formée de treize juges assistés de six avocats généraux, tous nommés pour six ans d'un commun accord par les gouvernements des « douze ». Elle a pour mission ► d'annuler, à la demande d'une institution communautaire, d'un État ou d'un particulier directement concerné, les actes de la Commission, du Conseil ou d'un gouvernement qui seraient incompatibles avec le droit communautaire ► de se prononcer, à la demande d'un tribunal national, sur l'interprétation ou la validité des dispositions du droit communautaire.



# La politique communautaire de santé publique

*À partir de 1986, sans véritable fondement juridique, mais sous l'impulsion politique des chefs d'État et de gouvernement qui souhaitent rapprocher la construction de l'Europe des préoccupations de ses citoyens, se dessine peu à peu une politique de santé publique. La réunion régulière du Conseil des ministres de la santé en est une première manifestation. Mais cette politique prend une véritable dimension avec l'adoption de programmes de lutte contre les grands « fléaux ».*

**A** partir de 1986, le Conseil se réunit régulièrement dans une formation « Conseil des ministres de la santé » et adopte de nombreux textes dans des domaines variés : tabac, cancer, sida, toxicomanie, dopage, maladies cardio-vasculaires, produits sanguins, toxicologie,... (voir liste en annexe). La très grande majorité des textes sont des résolutions ou conclusions prises sur la base de l'article 235 (article « fourre-tout » du traité de Rome), cependant quelques directives sont prises sur la base de l'article 100 A (mise en place du marché unique) en particulier les directives tabac.

Parallèlement des crédits sont votés par le Parlement (dépenses non obligatoires) pour soutenir des études, actions ou programmes en santé publique (voir page ci-contre).

Enfin une unité « Santé Publique » est constituée au sein de la DG v (direction générale de l'emploi, des relations industrielles et des affaires sociales, voir ci-contre).

La variété des textes adoptés par le Conseil santé donne une impression de pointillisme voire d'opportunisme, comme si chaque présidence avait tenu à marquer son passage par

l'adoption d'un ou plusieurs textes sur un thème auquel son pays est particulièrement sensible. Cependant, parallèlement, le besoin de développer une approche plus globale et intégrée s'est fait ressentir. C'est à partir de cette idée que sont construits les trois programmes qui constituent les interventions les plus apparentes de la politique communautaire en matière de santé publique : le programme européen de lutte contre le cancer, le programme européen de lutte contre le sida, le plan de lutte contre la drogue.

## **Lutte contre le cancer**

Le programme européen de lutte contre le cancer est le programme phare de l'Europe de la santé. Il a été le premier programme santé global de la Communauté et son adoption a même constitué, par la volonté politique qui l'a sous-tendue, l'amorce de la politique de santé communautaire.

Réunis à Milan en juin 1985, en Conseil européen, les chefs d'État ou de gouvernement

## Budget général des Communautés européennes

### Chapitre B 3-43 Santé

B 3-430	Actions dans le domaine de la protection sanitaire des citoyens.	
B 3-4300	Lutte contre le cancer	10 785 000
B 3-4301	Lutte contre le sida et autres maladies transmissibles	8 300 000
B 3-4303	Protection sanitaire du citoyen et mesures de lutte contre l'abus d'alcool	4 800 000
B 3-4304	Pollution de l'environnement et santé	1 000 000
B 3-431	<i>Santé et sécurité sur les lieux de travail</i>	
B 3-432	<i>Année européenne pour la sécurité, l'hygiène et la santé sur le lieu de travail</i>	

### Chapitre B 3-44 Lutte contre les drogues

B 3-440	Lutte contre l'abus des drogues	3 300 000
B 3-441	Observatoire européen des drogues et actions préparatoires	4 800 000

La Commission subventionne directement les projets qui lui sont soumis (sans passer par les États membres). Ces projets doivent entrer dans l'une des lignes d'action de la politique de santé communautaire.

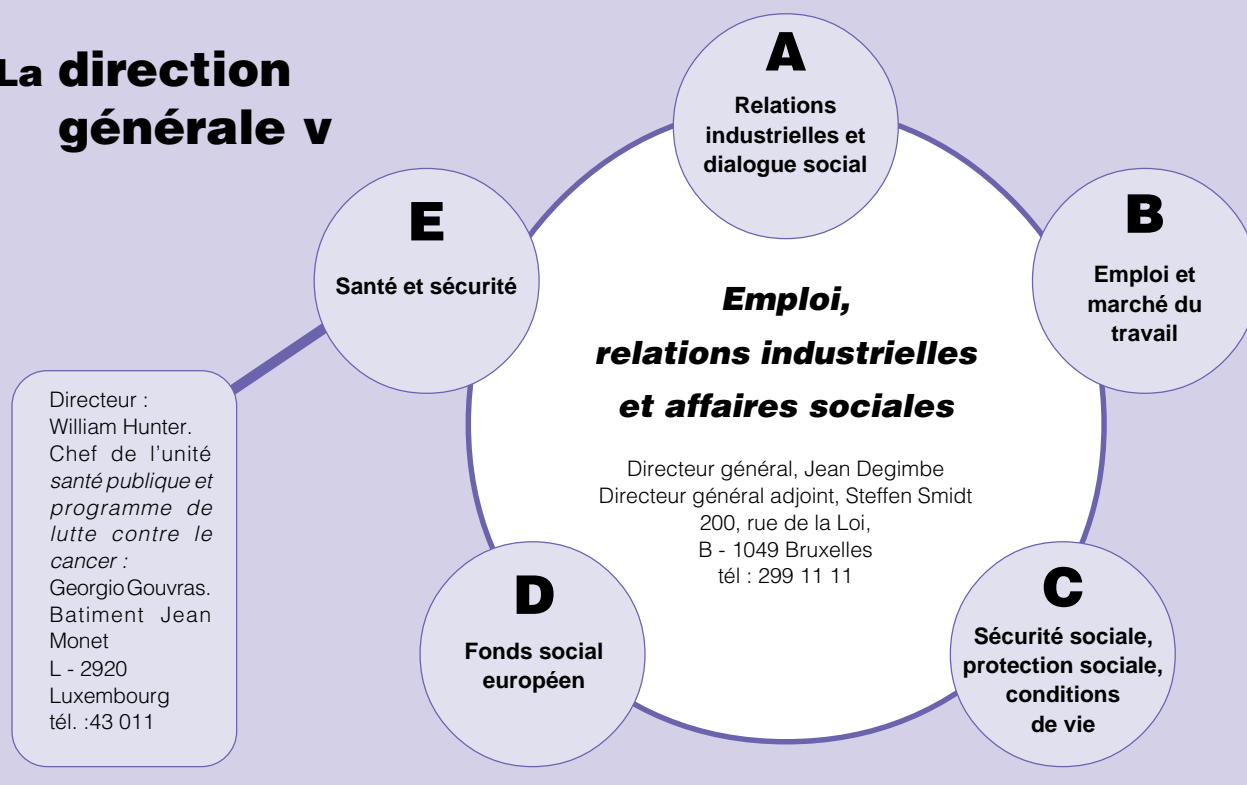
La Commission retient également comme critère de sélection la « plus value communautaire » qu'offre le projet.

Les formulaires de demande de financement doivent être demandés à l'adresse suivante :

Commission des Communautés européennes  
DG V/E/I, Unité santé publique  
Bâtiment Jean Monnet C 4/90  
L-2920 Luxembourg

*Les sommes sont en écu (1 écu vaut 6,58 F au 28/5/93).  
Sources : JO des Communautés européennes L 31 du 8 février 1993.*

## La direction générale v



adoptent le principe d'un programme européen de lutte contre le cancer. Dès janvier 1986, un comité de cancérologues est nommé auprès de la Commission pour la conseiller dans l'élaboration de ce programme et le 7 juillet 1986 le Conseil des ministres adopte une résolution concernant un programme d'action contre le cancer (JO des Communautés européennes du 23 juillet 1986). La Commission prépare alors un plan d'action 1987-1989. Ce premier plan d'action ne compte pas moins de 75 proposi-

tions d'actions... regroupées dans 4 chapitres, prévention, information et éducation sanitaire, formation des personnels de santé, recherche. En mai 1990, elle présente au Conseil un rapport d'exécution sur ce plan (COM 90/85) et le 7 mai 1990, un deuxième plan d'action 1990-1994 est adopté par décision du Conseil (cf. annexe). Il est plus précis et plus concis à la fois que les textes de 1986 et 1988 pré-cités et a été doté de 50 millions d'écus.

## Le programme européen de lutte contre le cancer

*Sans pouvoir être exhaustif, on peut citer quelques réalisations concrètes de ce programme*

### Information, sensibilisation du public

- Mise en œuvre d'une année européenne (1989) et de semaines européennes de l'information sur le cancer
- Adoption et promotion du « code européen contre le cancer »
- Réalisation d'un sondage Eurobaromètre

### Éducation pour la santé

- Conférences européennes sur « l'éducation à la santé et la prévention du cancer dans les écoles » à Dublin en 1990 et Montpellier en 1991
- Universités d'été de formation de formateurs
- Festival européen de l'éducation à la santé par l'audiovisuel à Royan en 1992

### Formation des personnels de santé

- La Commission a réuni trois comités consultatifs pour proposer des recommandations concernant la forma-

tion des médecins, des infirmières, et des dentistes en matière de cancer (JO des Communautés européennes du 27 novembre 1989)

- Ces programmes de formation ont été repris dans les attendus de la décision du 7 mai 1990 comme devant être diffusés
- Soutien financier des actions de formation continue

### Diagnostic précoce et campagne de dépistage

- Un réseau européen de dépistage précoce des cancers du sein a été mis en place dès 1989
- Un réseau équivalent de dépistage des cancers du col de l'utérus est prévu pour 1993
- En octobre 1992, la Commission publiait des recommandations européennes en matière d'assurance de la qualité du dépistage mammographique (DG V -775-92)

### Lutte contre le tabac

C'est surtout dans ce domaine que les mesures prises ont le plus marqué, puisque trois directives ont pu être adoptées, sur la base de l'article 100 A (réalisation du marché unique) : deux

directives concernant l'étiquetage des produits du tabac (avertissements spécifiques), une directive concernant la teneur maximale en goudron des cigarettes. Par contre, une proposition de directive concernant la publicité à laquelle la France tient beaucoup, n'a pour le moment pas abouti.

### Lutte contre les agents cancérogènes

Il faut souligner également de nombreuses avancées dans la lutte contre les agents cancérogènes : plusieurs directives ont été prises dans le cadre de la politique communautaire de protection des travailleurs ou de celle de protection des consommateurs et beaucoup d'études, sur ces facteurs, financées.

### Programme de recherche

De même il faut souligner le vaste programme de recherche, géré dans le cadre du programme communautaire de recherche, mais partie intégrante de ce programme « Europe contre le cancer » et qui concerne aussi bien l'observation (registres) que la recherche sur les cancers professionnels ou la recherche clinique.



## Lutte contre le sida

Le sida est, avec le cancer, l'un des thèmes qui aura contribué à forger une Europe de la santé et là également, l'impulsion politique aura été déterminante.

En 1986, au sommet de Londres, le Conseil européen mandate le Conseil et la Commission pour organiser une coopération en matière de lutte contre le sida. À partir de cette date, ce thème figure pratiquement toujours à l'ordre du jour du Conseil des ministres de la santé et pas moins de 15 décisions, résolutions ou conclusions ont été adoptées. Beaucoup de ces textes ont été pris sous impulsion française et, dans le contexte de l'époque, ils ont été déterminants par rapport à la définition des politiques nationales (sur le dépistage par exemple ou sur la non discrimination à l'égard des personnes infectées). Mais l'ensemble était révélateur de la dispersion des initiatives des Conseils santé, aussi en 1989, sous présidence française du Conseil, l'idée d'un véritable programme de lutte contre le sida est avancée.

Cette idée débouche sur l'adoption de la résolution du 22 décembre 1989 qui invite la Commission à présenter un plan d'action globale. Dix-huit mois plus tard, le 4 juin 1991, le Conseil des ministres de la santé adopte un plan d'action 1991-1993, le programme « L'Europe contre le sida ». Ce plan d'action se décompose en 10 « actions » (cf. annexe). Pour sa mise en œuvre, la Commission est assistée d'un comité consultatif composé des représentants des États membres. Il est doté d'un budget de 6 millions d'écus.

## Lutte contre la toxicomanie

Alors que le Conseil de l'Europe a, dès 1971, au travers des travaux du groupe de travail dit « groupe Pompidou », manifesté une activité de coordination intense en matière de lutte contre la toxicomanie, ce n'est qu'à partir de 1989 que les douze ébauchent une politique communautaire en la matière, d'abord au travers de l'adoption de plusieurs conclusions du Conseil des ministres de la santé (cf. liste en annexe). Mais là encore, le véritable coup d'envoi est donné par le Conseil européen : mise en place en 1989 d'une structure originale composée de hauts fonctionnaires, le Comité européen de lutte anti drogue (CELAD), en juin

## Le programme européen de lutte contre le sida

La Commission a présenté en mars 1993 un rapport intermédiaire sur la réalisation du programme adopté en juin 1991. « Le soutien de projets réalisés dans les États membres constitue la principale méthode de mise en œuvre du programme. Ces projets ont été sélectionnés sur la base de demandes de financement présentées à la Commission par des organismes travaillant ou souhaitant travailler dans le domaine du sida. La Commission a en outre été à l'origine de divers projets visant à garantir l'équilibre entre les différentes actions du programme. » En tout, quelque 80 projets avaient reçu, fin 1992, un soutien au titre de ce programme.

Action par action, ce rapport donne un aperçu du type de projets subventionnés : il s'agit d'interventions, mais aussi largement d'études, de colloques, d'échanges de professionnels...

On peut retenir qu'au titre de l'action 2 « information et sensibilisation du public et de cer-

tains groupes cibles », le comité consultatif ne souhaite pas organiser des campagnes à l'échelle communautaire compte tenu des différences importantes de culture et de traditions entre États membres. Seule l'élaboration d'un code européen fait l'objet d'une étude de faisabilité. On relève également, au titre de l'action 4 « prévention de la transmission du VIH » le souhait de la Commission de promouvoir l'autosuffisance en produits sanguins et le projet d'introduire une norme communautaire en matière de préservatifs masculins.

Il ne faut pas omettre, à propos de la lutte contre le sida, dans la Communauté, le soutien au sein du programme de recherche « BIOMED » (biomédecine et santé, cf. *supra*), de projets de recherche dans les domaines suivants : prévention du sida, recherche fondamentale et recherche clinique sur le sida, mise au point de vaccins et essais de médicaments anti-viraux contre le sida.

1990, le Conseil européen de Dublin invite le CELAD à élaborer un plan européen de lutte contre la drogue qui est adopté par le Conseil européen de Rome du 14 décembre 1990. Le caractère intersectoriel de la lutte contre la drogue nécessitait l'intervention des chefs d'État. Ceux-ci ont donc défini le cadre politique qui devait être ensuite mis en œuvre par les instances compétentes. Ce plan propose cinq domaines d'actions ► action de coordination

au niveau des États membres ; ► observatoire européen sur le phénomène de la drogue (voir page ci-contre) ; ► actions en vue de la réduction de la demande de drogue ; ► actions dans le domaine de la répression du trafic illicite ; ► actions au niveau international.

Les trois premiers volets recouvrent soit des actions à mettre en œuvre au niveau des États membres, soit des actions communautaires, les deux derniers volets sont particulièrement développés. Ce plan fait largement référence aux travaux du groupe Pompidou mais également, compte tenu du caractère mondial du problème

## Le plan européen de lutte contre la drogue

La Commission a rendu deux rapports sur les politiques nationales de lutte contre la toxicomanie et la politique communautaire (rapports du 8 novembre 1990 et du 25 mai 1992). Le premier précédait l'adoption du plan européen. Dans le deuxième (communication du 25 mai 1992 au Conseil SEC (92)725 final) la Commission fait état des évolutions dans la réponse des différents États aux problèmes des toxicomanes, du fait de l'apparition du sida, elle mentionne les quelques activités communautaires dans les domaines de la prévention et de la formation (en lien avec le plan Éducation pour la santé), et « des mesures spécifiques de santé publique » à prendre en lien avec le programme l'Europe contre le sida.

Les réalisations concrètes restent cependant encore relativement modestes : première semaine européenne de lutte contre la drogue et la toxicomanie en novembre 1992 ; mise en place de l'observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (règlement adopté le 8 février 1993, JO des Communautés européennes du 12 février 1993) qui n'est pourtant pas encore effective faute d'un accord sur son siège.

Il faut mentionner des mesures complémentaires dans deux domaines :

- la surveillance du commerce international des précurseurs (produits chimiques susceptibles d'être détournés pour la fabrication de stupéfiants et psychotropes), règlements du 13 décembre 1990 et du 31 mars 1992 ;
- la lutte contre le blanchiment de l'argent, directive de juin 1991.

du trafic et de l'usage de drogue et des mesures qu'il appelle, au programme mondial d'action adopté le 23 février 1990 par les Nations unies. Ce plan a été révisé et actualisé au Conseil européen d'Edimbourg (décembre 1992).

### Nouvelles approches

On peut voir au travers des thèmes des textes adoptés ou même des trois programmes précédents que, jusqu'à présent, l'approche des problèmes de santé par la Communauté européenne est restée le plus souvent verticale, par pathologies ou facteurs de risque. Deux textes relativement récents méritent d'être commentés parce qu'ils proposent une approche différente et présagent peut-être de la future Europe de la santé, la résolution du 13 novembre 1992 concernant l'éducation à la santé et celle du 11 novembre 1991 concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé.

### L'éducation pour la santé

La Communauté européenne a depuis 1989 un programme d'éducation pour la santé. Mais de façon un peu paradoxale, ce programme faisait suite à une résolution des ministres de l'Éducation (résolution du Conseil du 23 novembre 1988, JO des Communautés européennes du 5 janvier 1989) et ne concernait donc que l'éducation pour la santé à l'école. Cependant ce programme était suivi, au niveau de la Commission par la DG v (cf. encadré page VII). Cette résolution engageait la Commission et les États membres à développer des activités au niveau des États et au niveau communautaire afin de promouvoir au sein de l'école des modes de vie qui favorisent la santé, au travers de la vie scolaire quotidienne, de l'ensemble des matières enseignées et du développement de programmes spécifiques.

Dans sa communication au Conseil sur la mise en œuvre de cette résolution (communication de la Commission au Conseil, 11 mai 1992, SEC(92)476 final), la Commission, après avoir fait valoir les progrès réalisés au niveau de chaque État membre et les activités communautaires développées, demandait le prolongement et le renforcement de ce programme. C'est chose faite, mais sous une forme élargie. Le 13 novembre 1992, ce sont d'abord les

## Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie

### Fonctions<sup>1</sup>

Collecte et analyse des données existantes	Diffusion des données	Amélioration de la méthodologie de comparaison des données
Demande et réduction de la demande de drogues	Stratégies et politiques nationales et communautaires	Coopération avec des organismes et organisations européens et internationaux et avec des pays tiers
Coopération internationale et géopolitique de l'offre	Contrôle du commerce des stupéfiants, des substances psychotropes et des produits précurseurs	Implications du phénomène de la drogue pour les pays producteurs, consommateurs et de transit, y compris blanchiment de l'argent

### Domaines prioritaires<sup>2</sup>

<sup>1</sup> article 2 du règlement du 8 février 1992

<sup>2</sup> article 4 et annexe

ministres de la santé qui ont adopté des conclusions sur l'éducation pour la santé, en élargissant considérablement son champ : ces conclusions insistent sur « tous les milieux » dans lesquels doit être diffusée une meilleure éducation à la santé, ainsi que sur « la coopération des différents professionnels et des autorités responsables de la santé publique et celles qui sont chargées de l'enseignement ». Les ministres de l'Éducation, dans une session du Conseil du 27 novembre 1992, ont de leur côté adopté des conclusions dans le même sens.

### La résolution du 11 novembre 1991

La résolution du Conseil du 11 novembre 1991 concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé constitue la proposition la plus avancée, jusqu'à présent, en matière

de définition d'une politique globale de la santé de la part de la Communauté. Dans ce texte les ministres de la santé réunis en Conseil, s'ils commencent par rappeler qu'il « appartient aux États membres de définir l'organisation et le financement de leur système de soins de santé et d'arrêter les choix fondamentaux de leur politique en matière de santé », dressent ensuite une liste de sujets « qui méritent une réflexion commune... et/ou des efforts communs », aussi vaste et variée que l'établissement de données comparatives par la mise en place de systèmes d'information pertinents, sur la base de priorités fixées au préalable, la mise au point de stratégies et la définition de priorités, l'allocation des ressources, la suppression des disparités entre offre et demande, la démographie médicale, ou encore la réduction des différences de l'état de santé dans les États membres et entre eux. ■



# La santé publique et le traité de Maastricht

*Le traité de Maastricht, malgré les dispositions relativement restrictives de son article 129, ouvre de nouvelles perspectives pour la construction d'une Europe de la santé publique. Les débats et propositions sur ce qu'elle pourrait être sont déjà largement entamés.*

**L**a santé fait partie des domaines sur lesquels les compétences de la Communauté ont été étendues par le traité de Maastricht au même titre que : l'éducation, les réseaux trans-européens, l'industrie, la protection des consommateurs, la culture et la coopération au développement.

## **Le principe de subsidiarité**

Cette extension des compétences doit se faire dans le respect d'un principe, essentiel, le principe de subsidiarité qui commande de ne confier aux institutions européennes que ce qui peut être mieux fait au niveau communautaire.

### **La subsidiarité**

« La Communauté agit dans les limites des compétences qui lui sont conférées et des objectifs qui lui sont assignés par le présent traité. Dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la Communauté n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire. L'action de la Communauté n'excède pas ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs du présent traité. » (article 3 B du titre II)

Ce principe veut éviter toute intervention abusive de la Communauté et assurer le respect des compétences entre les différents niveaux, régional, national, et communautaire.

Le traité de Maastricht propose aussi d'importantes modifications de procédure : afin d'accroître l'efficacité des actions entreprises par la future Union, le vote du Conseil à la majorité qualifiée est étendu à de nouveaux domaines. Parallèlement, afin d'accroître la légitimité démocratique de cette Union, les pouvoirs du Parlement sont accrus sur certains domaines, dont la santé, par l'institution de la procédure de co-décision (article 189 B) ; cette procédure permettra au Parlement d'arrêter conjointement avec le Conseil les règlements, directives, résolutions,... concernant ces domaines, et de disposer d'un droit de veto.

Enfin, notons que le traité prévoit une coopération renforcée dans des domaines qui ne relèvent pas des compétences communautaires, puisqu'elles touchent aux politiques judiciaires, douanières et policières des États, mais où cette coopération étroite est rendue nécessaire par la libre circulation des personnes, neuf « questions d'intérêt commun » sont concernées (article K 1), dont la lutte contre la toxicomanie.

## **L'article 129**

C'est l'article 3 du traité de Maastricht qui énumère les futurs nouveaux domaines de compétences de la Communauté : « Aux fins énoncées à l'article 2, l'action de la Communauté comporte, dans les conditions et selon les rythmes prévus par le présent traité : [...] o) une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé, [...] ». Mais c'est l'article 129 qui définit le champ et la portée de cette nouvelle compétence en matière de santé.

L'action de la Communauté doit se situer au niveau de la coopération entre États membres (et avec des pays tiers). Cette action doit porter sur la prévention, en s'appuyant sur la recherche sur les causes et sur l'éducation pour la santé. Elle est ciblée sur les « grands fléaux », l'accent étant mis sur la toxicomanie.

Par ailleurs, l'article 129 n'apporte pas de moyens d'intervention nouveaux aux ministres de la santé : le Conseil ne pourra toujours adopter, sur la base de cet article, que des recommandations ou, selon la procédure de la co-décision, des programmes d'actions. Si des directives sont adoptées, ce sera comme jusqu'à présent sur la base d'autres articles.

Cette nouvelle compétence est donc extrêmement encadrée, elle légitimera par contre la politique menée jusqu'à présent. Encore que, du fait de l'application par ailleurs du principe de subsidiarité, certains ont pu craindre qu'une interprétation trop stricte des textes puisse entraîner un recul dans cette politique.

L'article 129 apporte un élément fondamental en officialisant que la santé doit être une composante des autres politiques communautaires. La santé devient ainsi une préoccupation transversale à toutes les politiques communautaires et les ministres de la santé acquièrent un droit de regard sur ces politiques.

Notons enfin que les questions concernant la protection sociale, et donc la couverture du risque maladie et l'accès aux soins, ne sont pas intégrées à la politique de santé. Elles le sont par contre à la politique sociale pour laquelle le traité de Maastricht ne propose cependant pas de véritables avancées.

### Vers la définition d'un cadre stratégique ?

Bien que l'entrée en application du traité de Maastricht soit encore soumise à la condition de sa ratification par le Royaume-Uni, le débat s'est rapidement ouvert sur les modalités de sa mise en œuvre.

Quant à la santé, un certain nombre de contraintes ont de prime abord été identifiées : le respect du cadre de l'article 129 et du principe de subsidiarité, la compétence exclusive des États sur les services de santé, ou encore (contrainte ou avantage ?) la pré-existence de programmes.

D'où l'idée d'une stratégie cadre établissant

les principes et les objectifs des actions à mener, favorisant l'intégration des programmes existants et constituant un lien constructif entre les initiatives nationales et supranationales.

Depuis le deuxième semestre 1992, la présidence du Conseil (britannique puis danoise) d'une part, la Commission d'autre part, ont présenté au Conseil santé leurs propositions de définition d'un programme cadre pluriannuel. Beaucoup de questions ont été soulevées : sur quels critères définir des priorités, faut-il privilégier une approche horizontale ou verticale, faut-il conserver ou intégrer les programmes pré-existants ?...

Une résolution vient d'être adoptée au Conseil santé du 27 mai 1993 qui répond, pour partie, à ces questions : le Conseil a invité la Commission à lui faire des propositions concernant « un programme d'action d'ensemble dans le domaine de la santé ». Certains principes sont déjà posés : la définition d'objectifs, une programmation à 6 et à 3 ans, la fixation de priorités (notamment sur les critères de « problème de santé essentiel » et de « valeur ajoutée communautaire »), la suite à donner aux initiatives précédentes, l'amélioration de la collecte des données, la coopération internationale.

Il faut également mentionner la mise en place informelle d'un Haut Comité de la santé (High Level Committee on Health) par la Commission pour l'aider à définir cette politique globale de la santé.

On peut donc penser que, entre l'atout que représente l'élargissement des compétences de la Communauté européenne à la santé et le handicap que représenterait une lecture trop restrictive de l'article 129, le développement d'une véritable politique communautaire en matière de santé va, comme auparavant, largement dépendre de la volonté politique qui la sous-tendra. ■

### Titre X Santé publique article 129

**1** La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action.

L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

Les exigences en matière de santé sont une composante des autres politiques de la Communauté.

**2** Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

**3** La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

**4** Pour contribuer à la réalisation des objectifs visés au présent article, le Conseil adopte :

statuant conformément à la procédure visée à l'article 189 B et après consultation du Comité économique et social et du comité des régions, des actions d'encouragement, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres ;

statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, des recommandations.