

# Lecture entre les lignes d'un **Conseil santé**

**Rendre compte du dernier Conseil santé de l'Union européenne le 22 décembre 1994 peut nous permettre de donner un coup de projecteur *in vivo* sur les enjeux, l'acquis et les insuffisances de l'introduction, dans le traité de Maastricht, de la santé publique.**

L'adoption de l'article 129 a consacré la prise de conscience croissante depuis 1986-1987 et l'engagement effectif du Conseil sur des actions de santé publique. Il a d'ailleurs fixé à l'ensemble des institutions communautaires la mission de contribuer à « assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine ». Sa rédaction toutefois, du fait que les enjeux de santé publique sont étroitement liés à la protection sociale, laquelle reste la compétence (et la préoccupation) de chaque État, résulte d'un compromis : outre que la Communauté n'intervient dans les domaines qui ne sont pas de sa compétence (dont la santé) que subsidiairement (article 3B du traité de l'Union européenne), le champ d'action communautaire a été limité à la prévention des maladies et des grands fléaux, en des termes de surcroît ambigus.

On sait aussi que le traité a introduit dans de nombreux domaines, dont la santé, un mécanisme de co-décision Conseil/Parlement, selon des procédures complexes.

Il faut savoir enfin que le Conseil a

validé par une résolution du 2 juin 1994 une importante communication de la Commission concernant le cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique. Il y a précisé que « la priorité doit actuellement être accordée au cancer, à la toxicomanie, au sida et autres maladies transmissibles, à la promotion de la santé, à l'éducation et à la formation ainsi qu'à la surveillance des maladies et à la collecte de données sanitaires fiables et comparables ». Sur cette base, la Commission a présenté au fil de l'année 1994 quatre projets de programmes d'action.

De ces éléments, on peut tirer quatre interrogations : quel est le champ effectif de l'action en santé publique ? les nouvelles procédures sont-elles efficaces ? les actions proposées sont-elles cohérentes ? quels sont les moyens pour promouvoir la santé à travers les autres politiques communautaires ?

C'est dans ce contexte que s'est tenu le second Conseil santé de « l'après-Maastricht » et il en a confirmé le bien-fondé.

## **L'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 protection de la 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.

## La co-décision prend... du temps

Sur l'efficacité des nouvelles procédures, force est d'en reconnaître la lenteur. Une seule décision a pu être prise de manière définitive par le Conseil, celle de prolonger le programme 1991-1993 « l'Europe contre le sida » en 1994 et 1995. Le Parlement avait rendu son premier avis en décembre 1993 ! Aucun des quatre autres programmes reçus de la Commission en 1994 n'a encore fait l'objet de l'avis du Parlement qui permet au Conseil d'engager la procédure de navette. Le troisième programme « Europe contre le cancer » (1995-1999) sera donc approuvé avec six mois ou un an de retard.

### Cancer et toxicomanie : quel champ d'action ?

Le champ d'application de l'article 129 a été au cœur des débats d'orientation du Conseil sur le plan d'action de lutte contre le cancer et sur le programme d'action pour la prévention de la toxicomanie. Dans les deux cas, le projet de la Commission comporte, outre la recherche d'une amélioration des connaissances et l'échange des données, l'appui à des actions de prévention (information, éducation à la santé) et la formation à cette fin des professionnels concernés. Mais il comporte également des propositions d'échanges d'expériences entre États-membres sur le traitement et les soins palliatifs pour les cancéreux, sur les traitements de substitution, l'échange de seringues et la réinsertion sociale pour les toxicomanes. Plusieurs États, en particulier le Royaume-Uni et le Danemark, considèrent que la Commission outre-passe là le champ de la prévention (que nous appelons primaire) et refusent cette « dérive » alors que la France, comme les pays méditerranéens, y est attachée. Le Conseil n'a pas tranché cette question incontournable et décisive pour l'avenir.

### Désaccord autour du tabac

À travers la discussion qui a eu lieu sur

## Les budgets prévus sur cinq ans

Cancer	59 000 000 écus
Toxicomanie	30 000 000 écus
Promotion de la santé	37 000 000 écus
Sida et maladies transmissibles	53 000 000 écus

Un écu vaut environ 6,50 francs

la publicité pour le tabac, est posée la question du jeu entre les différentes politiques de la Communauté. Au nom de la protection de la santé, la Commission, totalement soutenue par la France, propose en effet une directive ferme d'interdiction de la publicité pour le tabac. Au nom de la liberté du marché intérieur et de la responsabilité qu'a chaque État-membre vis-à-vis de la santé sur son propre territoire, plusieurs pays refusent ce projet : la Grande-Bretagne, par exemple, préfère utiliser une politique de prix élevés des cigarettes. Le Conseil a dû constater les oppositions et n'a pu s'accorder sur un projet de compromis préparé par la présidence allemande. Derrière ce désaccord, un secteur économique fort d'une part, un problème majeur de santé publique, d'autre part. Si notre pays a su trouver un équilibre à travers la loi du 27 janvier 1993, si la Communauté y est parvenue en 1989 pour la publicité à la télévision, elle achoppe sur l'ultime moyen de promouvoir le tabac. On retrouve la même tension dans des secteurs comparables (alimentation, environnement...). Ce sera un des enjeux de l'avenir que de positionner fortement la santé dans le concert communautaire.

### Promotion de la santé : vers moins de programmes

La discussion sur le programme de promotion de la santé a permis enfin de mettre le doigt sur une dernière question : en dehors des programmes « cancer » (du

fait de son ancienneté) et « lutte contre la toxicomanie » (explicitement évoqué dans l'article 129), la présidence allemande a marqué fermement son désaccord sur la multiplication des programmes pour des budgets relativement faibles (il faut en effet ajouter un projet « indicateurs de santé » attendu, un projet « sida et maladies transmissibles » dont l'examen est commencé, un projet « sécurité du sang et des produits dérivés du sang », qui est amorcé par une communication récente de la Commission). Elle souhaiterait un grand programme de santé publique. Cela se comprend aisément mais en-deçà de cette opposition, c'est une question structurelle qui est posée. Elle sera certainement au cœur de la révision du traité de Maastricht en 1996 : à travers des programmes multiples et des comités de gestion de programme impliquant une forte responsabilité des États-membres, c'est l'accroissement des pouvoirs de la Commission que de nombreux États cherchent à limiter. Pour plus d'Europe, moins d'Europe ?

Champ limité, subsidiarité affaiblie, poids encore discret au milieu des grandes politiques structurelles, Commission sous contrôle, l'Europe de la santé a encore de la route à faire... et le Conseil santé de beaux débats en perspective. La présidence française s'efforcera, sans attendre, de les faire progresser. ■

### André Ernst

Chargé de mission pour les affaires européennes à la direction générale de la Santé