

# Europe et santé (suite)

2 juin 1995

**Suite des comptes rendus des conseils des ministres de la Santé européens qui se réunissent deux fois par an.**

**P**remier Conseil des ministres de la Santé de l'Union européenne à quinze, première présidence pour Mme Hubert, ministre depuis quelques jours de la Santé publique et de l'Assurance maladie, tout cela sur fond de conférence inter-gouvernementale puisqu'en 1996 l'Europe fera un premier bilan du Traité et le corrigera peut-être.

## Des résultats encourageants...

Dans les couloirs du Conseil, on se félicitait et on félicitait la présidence française puisque les quatre programmes sur le métier depuis la mi-1994 (voir *AdSP* n° 10) se matérialisaient : lutte contre le cancer, contre le sida et certaines maladies transmissibles, promotion de la santé, lutte contre la toxicomanie.

Sur ces quatre programmes, les États membres sont parvenus à un accord : objectifs, moyens d'action, budget, actions à mener, suivi. Sur les trois premiers, le Conseil a arrêté une « position commune », sur le dernier, il le fera à la rentrée au vu de l'avis du Parlement européen et tous devraient être bouclés à la fin de l'année.

## La position commune

La « position commune » est un moment dans le déroulement du processus décisionnel entre les trois acteurs, la Commission, le Parlement européen et le Conseil. La Commission prépare un projet de décision ; le Parlement européen donne son avis sur ce projet ; le Conseil, au vu de cet avis et du travail réalisé par ses groupes de travail (le groupe Santé) arrête un projet dit « position commune ». Ce projet est soumis à la Commission et au Parlement européen de nouveau. Selon qu'il est ou non accepté, un processus de conciliation est mis en œuvre pour aboutir à la décision finale et conjointe du Conseil et du Parlement (mais celui-ci peut bloquer un projet).

De plus, le Conseil Santé a donné un avis argumenté et favorable à un Plan global de lutte contre la drogue préparé par la Commission pour le Conseil européen de Cannes (réunion des chefs d'État et de gouvernement ayant pour rôle d'impulser la dynamique communautaire). Il a pris une résolution concernant la sécurité transfusionnelle et l'autosuffisance en sang dans la communauté, afin que la Commission lui présente des propositions d'action précises sur ce sujet sensible. Il a enfin reçu favorablement un mémorandum préparé par la présidence française sur les médicaments orphelins, dossier que la Commission et la présidence espagnole vont faire avancer fin 1995.

Les quatre programmes mobiliseront sur cinq ans 165 millions d'écus (soit plus d'un milliard de francs). Si c'est peu par

rapport aux grands programmes européens, si la prévision a été revue à la baisse à la demande de plusieurs États (la Commission souhaitait 177 Mécus, les pays de la Méditerranée plus encore), cela devrait néanmoins permettre des échanges substantiels d'information et d'expériences innovantes et l'accompagnement d'actions coordonnées\*.

## ...qui suggèrent trois réflexions

- La controverse sur le *champ de l'action communautaire en santé publique*

\* La DGS va assurer une large diffusion des programmes afin que les établissements, associations, collectivités, susceptibles de monter des projets en partenariat et de les proposer pour un financement communautaire puissent s'y préparer sans attendre.

(prévention primaire pour les États du Nord, prévention au sens large pour les autres) s'est poursuivie jusqu'à la veille du Conseil et n'a été réglée que grâce à des concessions : dans des domaines sensibles comme la réduction du risque par les produits de substitution ou la réinsertion, pour les toxicomanes, on échangera des expériences et de l'information mais on n'accompagnera pas les actions.

Cela confirme qu'à l'occasion de la relecture du Traité, en 1996, il faudra clarifier la mission communautaire en santé publique. Extension ou réduction ?

Trois arguments militent pour l'extension : le développement de la sensibilité de l'opinion à la santé publique ; le rééquilibrage – qui y est lié – de la dominante économique et commerciale du Traité par « plus d'Europe sociale » ; avec la mobilité croissante des personnes, leur désir de trouver où qu'elles se trouvent la même offre de soin et la même sécurité sanitaire.

Il est d'ailleurs permis de penser que le souhait de voir conforté le champ communautaire de la santé à l'occasion de la conférence intergouvernementale de 1996 n'a pas été étranger aux efforts des ministres de la Santé pour harmoniser leurs positions sur les budgets et les programmes d'action et présenter un beau bilan.

Une autre pierre de touche confirmera d'ailleurs cette problématique : les autres programmes Santé en préparation (indicateurs, médicaments orphelins, sécurité transfusionnelle, maladies liées à l'environnement...) seront-ils encore financés et si oui, à quel niveau et comment ?

- Pour les quatre programmes, un comité de gestion composé de représentants des États fixera les règles du jeu, les priorités, les méthodes d'évaluation et suivra de près l'activité de la Commission. On peut en faire deux lectures : une positive, parce que plus d'*implications des États* et un meilleur suivi des actions, c'est « plus d'Europe » – l'autre négative, parce que mettre la Commission (qui est très « européenne ») sous tutelle, c'est vouloir « moins d'Europe »...

- On peut encore, et pour terminer, poser la même question sous une autre forme : la *subsidiarité* est le principe, in-

tégré dans le Traité, qui veut que la Communauté n'intervienne que s'il y a valeur ajoutée et si les États ne peuvent seuls atteindre l'objectif recherché. Autrement dit, elle ne doit pas empiéter sur la compétence des États. Comment s'étonner de ce principe ?

Pourtant, dans un secteur comme celui de la santé et très pratiquement – au ras du terrain – comment décider s'il y a vraiment

subsidiarité ? La réponse diffère selon qu'on veut « plus d'Europe » ou pas : on est bien au cœur du problème.

Aventure passionnante. À suivre ces prochaines années. ■

**André Ernst**

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

**Actualité et dossier en santé publique**

la revue du Haut Comité de la santé publique est envoyée sur demande écrite au

HCSP, 2, rue Auguste Comte 92170 Vanves

À paraître en décembre 1995

