

Europe et santé

Le temps de la maturation

Sur fond de perturbations, démission de la Commission, crise du poulet belge, les instances européennes évaluent les actions passées et préparent l'avenir.

André Ernst
Chargé de mission pour les affaires européennes, direction générale de la Santé

Depuis un an la Communauté est entrée dans une phase de gestation, de réflexion, d'attente, voire d'inquiétude. Les dossiers examinés par le Conseil ont été relativement ponctuels ou desservis par le retard de la Commission à fournir les travaux préparatoires nécessaires (ainsi des rapports réguliers sur l'état de santé ou l'intégration de la santé dans les autres politiques ou, plus grave, celui que l'on attend sur l'avancement de la lutte contre le tabagisme). Les deux derniers programmes qu'elle a proposés sur la prévention des blessures et sur les maladies liées à la pollution ont été négociés à la baisse, c'est-à-dire limités à une approche épidémiologique. L'approche de la ratification du nouveau Traité d'Amsterdam (acquise le 1^{er} mai 1999) l'a poussée à ralentir sa réflexion sur le dossier très important du sang, faute de pouvoir mettre sous une forme pertinente les propositions qu'elle aurait pu faire : il faut savoir que dans notre secteur au moins, la Commission s'est interdit d'anticiper cette ratification. Enfin on peut dire que la recommandation sur la protection contre les champs électromagnétiques, que le Conseil vient d'approuver le 8 juin n'a pas été un modèle de pertinence, par manque de solide fondation scientifique du projet.

S'ajoutant à cette « atmosphère » particulière, la démission de la Commission en mars a mis un terme à tout ce qui n'était pas de la gestion courante. De surcroît, le Parlement européen a bloqué les capacités d'engagement financier des services

de la Commission à 50 % de leur montant annuel, ce qui veut dire qu'il n'y a plus aucune réunion d'experts depuis mai, donc plus de travail créatif. Signalons enfin qu'une évaluation des quatre premiers programmes de santé publique fondés sur l'article 129 du Traité de Maastricht a été menée : on n'en a pas encore officiellement les résultats mais ce regard vers l'arrière destiné à mieux organiser l'avenir ajoute à l'impression de provisoire qui s'est installée.

Dans ce contexte, tous les efforts des deux présidences ont porté sur l'avenir, donc sur le futur cadre pour la santé publique qui prendra la suite des huit programmes en cours. Il devrait utiliser, à partir de 2001, le potentiel du nouveau traité et l'expérience tirée des cinq premières années de fonctionnement de la nouvelle politique de santé publique. La Commission avait préparé une Communication pour servir de base à la réflexion (*adsp* n° 24). Le Conseil de novembre 1998 l'a appréciée, comme le Parlement européen et le Comité des régions. Il en a confirmé les grandes orientations et, lors de sa dernière réunion de juin, il a approfondi ses recommandations en vue de la rédaction du projet de programme. La présidence allemande avait organisé sur le thème une réunion d'experts (près de 400 personnes) en janvier à Potsdam et les contributions, qu'elles viennent d'experts ou de personnalités politiques, sont toutes allées dans le même sens : il faut que la santé publique trouve toute sa place dans le champ communautaire. Cette place devrait s'élar-

gir par rapport à ce qui a été fait jusqu'ici et donner à la santé une visibilité qui réponde à la demande de la population et à ses besoins objectifs.

La nouvelle philosophie

L'essentiel de la nouvelle philosophie est construit autour du premier paragraphe du nouvel article 152 (lire ci-contre) : la Communauté doit assurer un niveau élevé de protection de la santé dans la définition et la mise en œuvre de toutes ses politiques. Il faut donc inscrire les actions de prévention menées jusqu'ici dans une perspective globale d'action en faveur de la santé. La Commission propose à cet effet, et le Conseil les a repris, trois axes d'action : développer l'information sur la santé et en particulier sur ses déterminants, organiser la veille et la réaction rapide aux maladies transmissibles et aux agressions contre la santé, enfin et agir sur les déterminants des maladies et de la mauvaise santé par la prévention et la promotion de la santé.

Quelle est la nouveauté ? En 1995, la Commission a proposé, sur la base de l'article 129 du Traité de Maastricht, des programmes de prévention pour les trois grandes pathologies auxquelles elle s'était déjà attaquées depuis les années 1986/1987, le cancer, la drogue et le sida. Mais il s'agissait surtout d'échanger des expériences dans le champ de la prévention primaire (sauf pour le cancer où l'apport d'un comité d'experts cancérologues permit de travailler plus profondément les meilleures pratiques de détection précoce et le fameux « code contre le cancer ». En France, cette orientation a été particulièrement profitable). L'objectif était surtout d'influer sur le comportement de la population, beaucoup moins d'agir sur les causes, sur ce que nous appelons les « déterminants de la santé ». Rappelons que la Commission ne disposait alors d'aucune source d'information sur la santé. Lorsqu'en 1996 elle a entrepris le premier rapport sur l'état de santé en Europe, elle en a commandé la rédaction à l'OMS/Europe à Copenhague. Quant au programme dit « health monitoring », il a été proposé au Conseil début 1996 seulement et approuvé en juin 1997. Il n'a d'ailleurs pas encore porté réellement de fruits car c'est une construction complexe et lourde, un travail de fond à réaliser. On peut donc dire qu'on marchait un peu sur la tête et qu'on ne sor-

Traité d'Amsterdam

Titre XIII (ex-titre X)

Santé publique

Article 152 (ex-article 129)

- 1 - Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté. L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé. La Communauté complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.
- 2 - La Communauté encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. 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 tentative 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 - Le Conseil, statuant conformément à la procédure visée à l'article 251, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribue à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant :
 - a - des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang ; ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes.
 - b - par dérogation à l'article 37, des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique.
 - c - des actions d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres.Le Conseil, statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans le présent article.
- 5 - L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux. En particulier, les mesures visées au paragraphe 4, point a ne portent pas atteinte aux dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales.

tait guère du champ un peu clos des professionnels de la prévention.

L'objectif est désormais de construire sur du dur : un double système d'observation de la santé (et de ses déterminants) et de surveillance des maladies transmissibles (et des atteintes graves à la santé). Sur cette base, une double réponse : la

réaction rapide et le contrôle en commun des épidémies d'une part — la sensibilité politique de cet objectif est évidente et c'est certainement lui qui avancera le plus vite. D'autre part la mobilisation sur les déterminants de la santé. Pour la réaction rapide, la difficulté viendra du fait que chaque État membre est responsable sur son

territoire de la santé de la population : il n'y a pas de délégation de compétence à l'Europe. Mais l'opinion comprend de moins en moins que l'on réagisse différemment à une même épidémie selon le pays. D'autre part, les mesures non coordonnées sont inefficaces : on contrôle des passagers à un aéroport chez soi mais si le voisin ne le fait pas et que les gens prennent ensuite le train, on ne les contrôle pas ! Il faudra donc préparer ensemble les réponses aux crises : c'est le premier travail qu'a engagé le réseau de surveillance, qu'il faudra renforcer et doter de moyens financiers puisqu'il n'en a pour le moment pas.

L'observation de la santé est une tâche de longue haleine si on veut parvenir à un ensemble de données et d'indicateurs fiables de l'impact des autres politiques sur la santé. La France s'est dotée pour cela de l'Institut national de veille sanitaire et l'Europe, qui a commencé dans le même sens avec le programme de surveillance de la santé, devra le développer (ses moyens sont très limités) et l'ancrer sur les programmes de recherche qui devraient enrichir les outils d'analyse. Seuls des arguments solidement fondés scientifiquement permettront aux ministres de la Santé d'interpeller leurs collègues des autres secteurs sur « la définition et la mise en œuvre de leurs politiques ».

Pour l'action sur les déterminants, il faut signaler la situation exceptionnelle de la Communauté : elle peut jouer à la fois sur les comportements des individus et des groupes (par des actions de promotion et de prévention menées en concertation dans le cadre de programmes tels qu'on les connaît) et utiliser les moyens réglementaires prévus par le Traité pour s'attaquer aux causes. Ceux-ci peuvent servir dans deux directions : celle qui concerne la santé elle-même et ce que l'on appelle de plus en plus les « biens de santé ». Il s'agit de

En bref quelques informations...

- la suite des prochaines présidences : Finlande (juillet 99), Portugal (janvier 2000), France (juillet 2000), Suède (janvier 2001) ;
- le programme sur l'épidémiologie des accidents domestiques et des suicides a été approuvé le 8 février pour cinq ans (14 Meuros) ;
- le programme sur l'épidémiologie des maladies liées à la pollution a été approuvé le 23 avril pour trois ans (3,9 Meuros) ;
- une recommandation sur la prévention des radiations non-ionisantes a été arrêtée par le Conseil du 8 juin 1999. Elle sera diffusée

la sécurité des produits sanguins et des greffes — pour laquelle le nouvel article 152 prévoit que des mesures contraignantes pourront être prises — et de celle des dispositifs médicaux et des médicaments et cosmétiques, réglementés par des directives. L'autre direction est beaucoup plus large et couvre les produits alimentaires, les produits chimiques, les transports, l'environnement, la sécurité des produits en général, etc. C'est ce que l'on appelle le domaine des « autres politiques ». C'est le plus prometteur mais aussi le plus difficile à mettre en œuvre parce que s'y jouent tous les conflits entre la santé et la sécurité des personnes et les pressions économiques, la mondialisation, l'emploi, le progrès technologique, etc.

Dans leur résolution du 8 juin et leurs débats, les

ministres de la Santé ont clairement indiqué qu'ils souhaitaient une approche intégrée et équilibrée des trois axes de travail. Certains ont mis l'accent sur tel ou tel déterminant à suivre plus activement (alcool, tabac, drogue...). La Commission devra, dans les propositions de programme qu'elle dit devoir déposer vers le mois d'octobre (ce sera la nouvelle Commission), tenir compte de cette évolution forte des réflexions et des attentes, y compris au plan budgétaire.

Et le poulet ?

Le Conseil de juin s'est tenu alors que la crise du poulet contaminé à la dioxine battait son plein et que se succédaient les décisions en Belgique, en France et au niveau communautaire, dans une harmonie assez relative. La presse en faisait toutes les premières... Cette coïncidence s'est avérée positive pour notre dossier : outre que le nouveau ministre de la Santé belge a longuement exposé la situation et fait amende honorable pour son pays, les ministres ont eu la confirmation que face

à une telle crise ils avaient un rôle éminent à jouer, en partenariat avec leurs collègues ministres de l'Agriculture et de la Consommation. Mais il n'y a pas eu de débat et cela se comprend bien : le secteur de la santé n'est pas encore outillé pour l'engager. Il le sera lorsqu'il aura mis en œuvre son projet. Sa capacité d'interpellation des autres secteurs de la Communauté au nom de la santé des hommes sera proportionnelle à la performance des outils de connaissance et de réaction dont il se sera doté.

Bernard Kouchner a confirmé cette orientation en souhaitant la création d'une Agence européenne de sécurité sanitaire. La ministre italienne a demandé quatre réunions annuelles des ministres, dont deux seraient consacrées aux dossiers à fort impact sanitaire traités par les autres ministres. On sait aussi que M. Prodi, le nouveau président de la Commission, a dans ses projets le regroupement, pour les renforcer, des deux secteurs de la santé et de la protection des consommateurs avec un commissaire chargé de les diriger... Le branle est manifestement donné et les mois à venir seront riches d'enseignements. La France pourrait être amenée à mener le dossier du futur programme-cadre à son terme lors de sa présidence du Conseil (de juillet à décembre 2000).

Notre géographie va changer

La présidence allemande avait invité, pour une partie de la réunion du 8 juin, les onze ministres de la Santé des pays candidats à l'adhésion (pays d'Europe centrale et orientale et Chypre). Chacun a pu exprimer ses préoccupations dans le contexte des grandes réformes qui bouleversent tous les systèmes de santé à l'Est, ses souhaits en direction de la Communauté et son intérêt pour développer la coopération avec nos pays. Les portes s'ouvrent donc, mais lentement et la Commission devra se montrer imaginative pour qu'une association beaucoup plus effective de nos voisins et bientôt partenaires à nos réflexions et à nos projets puisse voir le jour. Car, sauf exception, nous sommes encore très différents.

Le Kosovo a bien entendu été évoqué par la présidence allemande, la Commission et la Grèce toute proche. Dans ce domaine de la santé, existe-t-il encore vraiment des frontières ? ■