

L'Europe de la santé publique

Compétences et réalisations communautaires

Emmanuelle Jean
Chargée de mission,
direction générale de la Santé

**Quelle place
à la santé publique
dans la politique
de l'Union ?
Les grandes étapes
de la construction
européenne ont,
au fil des ans,
contribué
à l'émergence
de la santé publique
au plan européen.**

Au fil des révisions des traités, le domaine de la santé publique a bénéficié de compétences croissantes. Sur la base de cet acquis, ont été élaborés un certain nombre d'actes, normatifs ou non, venant petit à petit construire une Europe de la santé, face aux prérogatives régaliennes d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux. Après avoir étudié les différentes étapes de l'émergence de la santé publique au plan européen, nous envisagerons les principales réalisations reposant sur cet acquis.

L'émergence du domaine de la santé publique au plan européen

Santé publique et premiers traités

La création de la Communauté européenne du charbon et de l'acier au sortir de la Seconde Guerre mondiale est essentiellement motivée par la volonté politique d'instaurer les conditions assurant la paix entre États, via un rapprochement des intérêts économiques. Le traité de Paris, entré en vigueur en juillet 1952, jette ainsi les bases d'un marché commun économique à des fins politiques. Dans ce contexte, le domaine social n'est pas abordé, hormis par le biais de l'article 55, où la recherche et la coopération des États membres en ce qui concerne la santé et la sécurité des employés des industries du charbon et de l'acier sont encouragées.

Le traité de Rome de 1957 instituant la Communauté économique européenne (CEE) et la Communauté européenne de

l'énergie atomique (CEEA ou Euratom) persiste dans la voie de l'intégration communautaire de nature essentiellement économique. L'objectif princeps du traité de Rome est « l'établissement d'un marché commun et le rapprochement progressif des politiques économiques des États membres, de promouvoir un développement harmonieux des activités économiques dans l'ensemble de la Communauté ». Cette mission s'appuie sur la création d'un espace de libre circulation des personnes, des services, des capitaux et des marchandises, tel que défini aux articles 30 à 34 de ce traité.

Clairement, la santé publique demeure sous la seule autorité des États membres, sous réserve du respect du principe de libre circulation. Dans le cadre du traité CEE, la santé est mentionnée à l'article 36 (aujourd'hui article 30 du traité CE), qui fixe les régimes dérogatoires aux règles régissant le Marché commun. L'article 36 stipule que : « les dispositions des articles 30 à 34 inclus ne font pas obstacle aux interdictions ou restrictions d'importation, d'exportation ou de transit, justifiées par des raisons de moralité publique, d'ordre public, de sécurité publique, de protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou préservation des végétaux, de protection des trésors nationaux ayant une valeur artistique, historique ou archéologique ou de protection de la propriété industrielle et commerciale. Toutefois, ces interdictions ou restrictions ne doivent constituer ni un moyen de discrimination arbitraire, ni une restriction déguisée dans le commerce entre les États membres ». Alors qu'indis-

cutablement la libre circulation des biens s'applique aux biens et produits de santé comme les médicaments ou les dispositifs médicaux, et que la libre circulation des services concerne les activités des professionnels de santé de même que les assurances complémentaires privées, la dimension sanitaire n'est pas envisagée dans le traité. Quant à Euratom, à nouveau des compétences en matière de santé sont attribuées dans le cadre des activités professionnelles, en l'espèce la protection contre les radiations ionisantes.

Au cours des deux décennies suivantes, les progrès en vue de la consolidation du Marché commun ont été obérés par des réserves politiques, et notamment la crise de la « politique de la chaise vide » française, ayant abouti au « compromis de Luxembourg » (vote à l'unanimité requis de façon quasi incontournable pour toute décision relative à « des intérêts très importants ») au milieu des années soixante. Il a fallu attendre l'adoption de l'Acte unique européen en 1986, et en particulier l'ajout de l'article 100 A au traité CEE (introduction du vote à la majorité qualifiée et extension de la coopération avec le Parlement européen), pour qu'un nouveau souffle ravive le processus d'intégration communautaire.

L'Acte unique européen : vers l'achèvement du marché intérieur

Afin que le Marché commun, vaste zone de libre-échange, soit aussi complet qu'effectif au 1^{er} janvier 1992, de nouvelles compétences ont donc été conférées aux institutions communautaires. Une coopération renforcée entre États membres est préconisée, notamment dans les domaines économique, social et de la protection de l'environnement, dans la mesure où elle favorise l'achèvement du marché intérieur. Malgré l'absence de reconnaissance officielle de la santé publique en tant que politique communautaire, l'Acte unique étend les attributions communautaires dans le domaine social. Il incombe désormais à la Commission de veiller à assurer un niveau de protection élevée en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs (paragraphe 3 de l'article 100 A).

Il est à noter que c'est sur la base de l'article 100 A, élément le plus novateur de l'Acte unique, que le règlement 2309/93/CEE établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance

des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments fut adopté. Autre nouveauté d'importance : une politique de recherche et de développement technologique communautaire est explicitement instaurée.

Traité de Maastricht : une attribution de compétences communautaires timide et floue

La signature du traité de l'Union européenne en 1992 marque un tournant en terme de politique sanitaire communautaire. Parmi les principales dispositions élargissant directement ou indirectement les prérogatives communautaires en matière de santé publique, on relève l'article 30) : « l'action de la Communauté comporte [...] une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé ». Mais surtout, des compétences formelles en termes de santé publique en vertu de l'article 129 sont conférées à la Communauté européenne. L'article 129 stipule :

« 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 santé sont une composante d'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 189B et après avis 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. »

La première phrase de cet article n'est pas dépourvue d'ambiguïté quant aux compétences réellement attribuées à la Communauté, l'outil communautaire préconisé étant « l'encouragement à la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action ». En matière de promotion de la santé publique, la Communauté ne peut avoir qu'une « compétence d'appoint ». Le champ d'activité de la Communauté est par ailleurs restreint au domaine de la prévention, bien que la phrase suivante indique qu'une composante « santé publique » doit être présente en tant que de besoin dans toutes les politiques communautaires. L'autonomie de la Communauté en termes de santé publique apparaît donc limitée, et ce d'autant plus que le traité de Maastricht a introduit en son article 3 B le principe de subsidiarité, la Commission n'intervenant « 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'organisation structurelle et les modalités de financement des systèmes de santé des États membres, très disparates malgré quelques convergences, ne sont pas envisagées. À cet égard, comme souligné par P. Flynn, commissaire en charge des affaires sociales et de l'emploi en 1995 : « nous ne pouvons ignorer ces différences, mais cela ne signifie pas que nous devons interférer avec les systèmes nationaux pour le simple motif d'interférer. Nous ne devons pas viser l'harmonisation et la standardisation pour la recherche de l'uniformisation et du bon ordre structurel ».

D'un point de vue général, le libellé de cet article est assez vague, et par conséquent peut être la source d'interprétations différentes. Par ailleurs, l'absence de définition précise des objectifs à atteindre ne facilite pas la mise en œuvre concrète d'une politique communautaire de santé publique. Similairement, les priorités, les limites, les méthodes et les ressources, autres paramètres indispensables à la conception de toute politique nouvelle, ne sont pas précisées. Autres zones d'imprécision sont les « grands fléaux », ainsi que les moyens

pour entreprendre la politique de santé publique des recommandations du Conseil — dépourvues de portée normative —, mentionnées au dernier paragraphe.

Dans ce contexte, la Commission adopte en novembre 1993 une communication présentant ses propositions pour une politique communautaire de santé publique. Prudemment, ce texte prend en compte le principe de subsidiarité, en soulignant notamment les actions entreprises par les États membres dans ce domaine. Huit secteurs prioritaires, ainsi que les moyens à mettre en œuvre (création de réseaux, échange d'informations, amélioration des systèmes de données, etc.) sont identifiés. Le Conseil jugera ce programme trop ambitieux au regard des ressources allouées (30 millions d'ECU), et donnera son aval pour une action dans la promotion de la santé et l'éducation, le cancer, le sida, les toxicomanies, la surveillance des maladies et le recueil de données sanitaires. Par ailleurs, en mai 1994, une résolution du Conseil met en exergue les efforts d'action concertée à établir entre les programmes de santé publique et les programmes de promotion de la recherche, à l'heure où des projets tels que les programmes-cadres de recherche et de développement BIOMED, programme de recherche dans le domaine de la biomédecine et de la santé, ou « L'Europe contre le cancer », ont été lancés avant l'introduction de l'article 129.

L'article 129 du traité de l'Union européenne reflète implicitement les tensions entre la Communauté et les États membres quant aux compétences, au droit d'initiative et aux responsabilités en termes de politique de santé publique, aboutissant à un texte prudent et évasif. Cependant, comme souligné par C. Jackson, membre du Parlement européen : « Ce que nous avons ici est une approche minimaliste — mais au moins, le pied est fermement dans la porte. Le traité contient un chapitre sur la santé, sur lequel il est possible de construire. »

Une consolidation via le traité d'Amsterdam

L'article 129 a été remanié par le traité d'Amsterdam de 1997 entré en vigueur le 1^{er} mai 1999. La modification de cet article (nouvel article 152) intervient alors que la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine avait conduit en avril 1997 à l'extension de la mission de la Direction générale en charge de la protection des

consommateurs à la protection de la santé publique. Il stipule désormais :

« 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. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche de 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 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. 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 vétérinaires et phytosanitaires 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 éga-

lement adopter des recommandations aux fins énoncées par 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 des 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. »

À nouveau, ce texte est le résultat d'un compromis, certains États membres, à l'instar de l'Allemagne, souhaitant aller plus avant dans la construction d'un programme-cadre de la santé publique, d'autres comme le Royaume-Uni appelant à la suppression de l'article 129. Par ailleurs, la souveraineté des États membres en ce qui concerne la structure des systèmes nationaux de santé est explicitement spécifiée.

Certaines imprécisions persistent. Moins évasif quant aux attributions et responsabilités de la Communauté, l'article 152 du traité CE offre de nouvelles perspectives en termes de politique sanitaire communautaire, élargissant les compétences de l'Union (« amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines »). La nécessité d'une approche communautaire intégrée et intersectorielle en matière de santé publique est en outre renforcée à la première phrase.

Les réactions à ce texte ont traduit une certaine déception des membres du Parlement européen : « opportunité manquée d'une réévaluation réfléchie du rôle de la Communauté en terme de santé publique », « libellé prudent et timide [...] l'Europe n'est pas encore prête à assurer le rôle de protecteur de la santé de tous ses citoyens », « un certain degré de désappointement au sujet du texte adopté [...] le nouveau traité ne procure pas à la Commission les bases légales pour aborder les futures préoccupations ». D'autres points de vue sont plus optimistes : « la politique de l'Union européenne en matière de santé publique va beaucoup plus loin que la simple continuité des politiques nationales à un niveau européen [...] "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." Ce libellé seul implique qu'elle — la Communauté — a tous les instruments nécessaires au niveau européen à sa disposition ».

Malgré ces déceptions, l'amendement de l'article 129 peut donc être considéré comme un pas supplémentaire vers une intégration communautaire de la santé publique, permettant à la Commission d'user de son droit d'initiative.

C'est ainsi que en avril 1998, une communication de la Commission modifie la stratégie communautaire de santé publique lancée par la communication de la Commission du 24 novembre 1993, selon un programme-cadre fondé sur une approche plus horizontale des priorités, des structures et des méthodes à employer, à l'instar du modèle développé précédemment pour la politique communautaire en matière de protection de l'environnement. Trois thèmes majeurs sont proposés :

- améliorer l'information visant à promouvoir la santé publique ;
- réagir rapidement aux menaces pesant sur la santé ;
- s'attaquer aux facteurs déterminants de santé par la promotion de la santé et la prévention des maladies.

En mars 1999, la démission de la commission « Santer » retarde la mise en place de ce programme.

Le traité de Nice et la proclamation de la Charte des droits fondamentaux

Signé fin 2000, le traité de Nice n'apporte pas de modification au libellé de l'article 152 du traité CE. Néanmoins, il n'est pas dépourvu d'impact dans le domaine de la santé. Dans le cadre de la politique commerciale commune, l'article 133 stipule que : «... les accords dans le domaine du commerce des services culturels et audiovisuels, des services d'éducation, ainsi que des services sociaux et de santé humaine relèvent de la compétence partagée entre la Communauté et ses États membres », réaffirmant les attributions communautaires en termes de santé publique, et soulignant également la dimension économique des services de santé.

Par ailleurs, c'est au sommet de Nice que la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne fut proclamée solennellement. Cette charte constitue un acte politique des Quinze, affirmant les valeurs communes des États membres afin de « renforcer la protection des droits fondamentaux à la lumière de l'évolution de la société, du progrès social et des développements scientifiques et technologiques ». Ce texte précise

notamment en son article 35 que : « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et acte de l'Union. » Reconnaissant implicitement le rôle primordial des États membres dans l'organisation et la fourniture des soins, cet article affirme avant tout le droit à la santé pour chaque citoyen européen. Il faut toutefois souligner que cette charte ne constitue qu'une déclaration d'intention et n'a pas de valeur juridique contraignante à ce jour.

Le traité établissant une Constitution pour l'Europe : la prise en compte des nouveaux enjeux

Signé le 29 octobre 2004 par les chefs d'État ou de gouvernement, le traité établissant une Constitution pour l'Europe fait actuellement l'objet d'une procédure de ratification selon les règles constitutionnelles respectives de chaque État membre (référendum : 9 pays ; voie parlementaire : 16 pays). À la mi-juin 2005, dix pays ont ratifié le nouveau traité (Allemagne, 27 mai 2005 ; Autriche, 11 mai 2005 ; Belgique, 19 mai 2005 ; Espagne, 18 mai 2005 ; Grèce, 19 avril 2005 ; Hongrie, 20 décembre 2004 ; Italie, 6 avril 2005 ; Lettonie, 2 juin 2005 ; Lituanie, 11 novembre 2004 ; Slovaquie, 1^{er} février 2005). En Slovaquie, le processus de ratification est quasiment achevé alors que la France (29 mai 2005) et les Pays-Bas (1^{er} juin 2005) se sont prononcés négativement par voie référendaire. L'entrée en vigueur de ce texte était prévue au 1^{er} novembre 2006 ou à défaut dans les deux mois suivant le dépôt du dernier instrument de ratification, une fois les 25 instruments de ratification déposés. La question de l'avenir du nouveau traité est donc posée.

Lors de la conférence intergouvernementale, la déclaration suivante avait été adoptée : « Si à l'issue d'un délai de deux ans à compter de la signature du traité établissant une Constitution pour l'Europe, les quatre cinquièmes des États membres ont ratifié ledit traité et qu'un ou plusieurs États membres ont rencontré des difficultés pour procéder à ladite ratification, le Conseil européen se saisit de la question ». Face

aux interrogations soulevées, le Conseil européen réuni les 16 et 17 juin 2005 à Bruxelles a prôné la poursuite des processus de ratification, « à la lumière de ces développements et selon les circonstances dans ces États membres ». Toute renégociation est à ce jour exclue, et un nouvel examen de la situation sera effectué au cours du premier semestre 2006.

L'avancée la plus manifeste dans le domaine de la santé publique est l'attribution de compétences partagées pour « les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique ». En ce domaine, les États membres seront compétents pour tout ce qui ne sera pas réglé par l'Union. Ainsi, des textes communautaires normatifs pourront être élaborés dans ce vaste champ d'action qui s'ouvre, dans la mesure où les principes de proportionnalité (« le contenu et la forme de l'action de l'Union n'excèdent pas ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs de la Constitution ») et de subsidiarité (« les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être atteints de manière suffisante par les États membres tant au niveau central qu'au niveau régional et local ») sont respectés.

Le futur article 152 révisé (article III-278) prévoit que la loi européenne¹ ou la loi-cadre² seront les outils permettant la mise en œuvre de ces compétences approfondies et élargies. Désormais, relèvent des compétences partagées la sécurité sanitaire des produits dérivés du corps humain et les « mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique », et en outre la qualité et la sécurité des médicaments et des dispositifs médicaux et « la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci ». Ces nouvelles compétences visent à instaurer le cadre législatif permettant la préparation européenne aux crises résultant des menaces sanitaires telles que les maladies transmissibles et les actions de bioterrorisme. Quant aux dispositions relatives aux produits de santé, elles attestent de la volonté du législateur communautaire de souligner expressément

1. La loi européenne équivaut à l'actuel règlement, acte de portée générale directement applicable dans tous ses éléments.

2. La loi-cadre européenne correspond à l'actuelle directive, acte de portée générale liant tout État membre destinataire quant au résultat à atteindre.

la dimension sanitaire de ces produits, jusqu'à présent sous l'égide unique des règles du marché intérieur.

Les autres modifications des dispositions du futur article 152 révisé (article III-278) délimitent des domaines d'action d'appui, de coordination ou de complément, pour lesquels l'Union n'agit qu'à titre accessoire. Il s'agit des mesures de protection et d'amélioration de la santé humaine (article I-17) :

« 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 l'Union.

L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique, ainsi que la prévention des maladies et affections humaines, et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également :

a) 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;

b) la surveillance de menaces trans-frontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci.

L'Union 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. L'Union encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières.

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, notamment des initiatives en vue d'établir des orientations

et des indicateurs, d'organiser l'échange des meilleures pratiques et de préparer les éléments nécessaires à la surveillance et à l'évaluation périodiques. Le Parlement européen est pleinement informé.

3. L'Union et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Par dérogation à l'article I-12, paragraphe 5, et à l'article I-17, point a), et conformément à l'article I-14, paragraphe 2, point k), la loi ou loi-cadre européenne contribue à la réalisation des objectifs visés au présent article en établissant les mesures ci-après afin de faire face aux enjeux communs de sécurité :

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) des mesures dans les domaines vétérinaires

références

1. Mossialos E., Permanand G. « Public Health in the European Union : making it relevant ». LSE Health, *Discussion paper*, n° 17, January 2000.
2. Mattered A. *Le marché unique européen, ses règles, son fonctionnement*. Jupiter, 1988, p. 133-141.
3. « Traité sur l'Union européenne, ensemble le texte complet du traité instituant la Communauté européenne », 92/C 224/01, JOCE C 224 du 31 août 1992.
4. Cayla J.-S. « La protection de la santé publique dans l'Union européenne selon le Traité de Maastricht du 7 février 1992 ». *Revue de droit sanitaire et social*, 28[2], avril-juin 1992, p. 259-263.
5. Flynn P. « The launch of LSE Health : towards a European health policy ». *Eurohealth*, Vol. 1 n° 1, juin 1995, p. 14.
6. Merkel B. « The public health competence of the European Community ». *Eurohealth*, vol. 1 n° 1, juin 1995, p. 21-22.
7. Communication de la Commission du 24 novembre 1993, concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, COM [93] 559 final.
8. Bowe D. « European health policy: fact or fiction? ». *Eurohealth*, vol. 1 n° 3, décembre 1995, p. 25.
9. Jackson C. « European public health policy ». *Eurohealth*, vol. 1 n° 2, octobre 1995, p. 12.
10. Stein H. « Public health and public health research – the need for concerted action at European Union level ». *Eurohealth*, vol. 2 n° 2, juin 1996, p. 23-24.
11. Belcher P. « Mr. Horst Reichenbach, new Director General of European Commission DG XXIV ». *Eurohealth*, vol. 3 n° 3, automne 1997, p. 13.
12. Stein H. « Quo vadis public health? as a task of the European Union level ». *Eurohealth*, vol. 1 n° 3, décembre 1995, p. 26-27.
13. Belcher P., Mossialos E. « Health priorities for the European intergovernmental conference ». *British Medical Journal*, vol. 314, 7 juin 1997, p. 1 637.
14. Lahure J., « Public health in the European Union: under the Luxembourg Presidency ». *Eurohealth*, vol. 3 n° 2, été 1997, p. 11.
15. Belcher P. « Amsterdam 1997: new dawn for public health ». *Eurohealth*, vol. 3 n° 2, été 1997, p. 2.
16. Fisher A. « A new public health policy in the European Union ». *Eurohealth*, vol. 5 n° 1, printemps 1999, p. 2.
17. Biaudet E. « Public health at the dawn of a new Millennium ». *Eurohealth*, vol. 5 n° 2, été 1999, p. 1.
18. Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions sur l'évolution de la politique en matière de santé publique au sein de la Communauté européenne, COM (1998) 230 final.
19. Traité de Nice modifiant le traité sur l'Union européenne, les traités instituant les Communautés européennes et certains actes connexes, 2001/C 80/01, JOCE n° C 80 du 10 mars 2001.
20. Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, JOCE C 364, 18 décembre 2000.
21. Traité établissant une Constitution pour l'Europe, JOUE C 310, 16 décembre 2004.
22. Belcher P., McKee M., Rose T. « Is health in the European Convention? ». *Eurohealth*, vol. 9, n° 2, été 2003, p. 1-4.
23. http://europa.eu.int/constitution/ratification_fr.htm.
24. Déclaration des chefs d'État ou de gouvernement des États membres de l'Union européenne sur la ratification du traité établissant une constitution pour l'Europe, Conseil européen des 16/17 juin 2005, Bruxelles, 18 juin 2005

naire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique;

c) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical;

d) des mesures concernant la surveillance des menaces trans-frontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci.

La loi ou loi-cadre européenne est adoptée après consultation du Comité des régions et du Comité économique et social.

5. La loi ou loi-cadre européenne peut également établir des mesures d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine et notamment à lutter contre les grands fléaux trans-frontières, ainsi que des mesures ayant directement pour objectif la protection de la santé publique en ce qui concerne le tabac et l'abus d'alcool, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres. Elle est adoptée après consultation du Comité des régions et du Comité économique et social.

6. Aux fins du présent article, le Conseil, sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations.

7. L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organi-

sation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées. 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.»

Par ailleurs, l'intégration de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne dans le droit positif communautaire confère une force normative à ce socle commun des droits des citoyens européens, et en particulier en matière de droit d'accès aux soins et à la prévention. Outre l'article relatif au droit d'accès aux soins médicaux et à la prévention en matière de santé, la Charte inclut des dispositions essentielles au regard du domaine de la santé, parmi lesquelles :

- droit à la vie (article II-62),
- droit à l'intégrité de la personne (article II-63). Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent notamment être respectés :
 - a) le consentement libre et éclairé de la personne concernée,
 - b) l'interdiction des pratiques eugéniques, notamment celles qui ont pour but la sélection des personnes;
 - c) l'interdiction de faire du corps humain

et de ses parties, en tant que tels, une source de profit;

d) l'interdiction du clonage reproductif des êtres humains.

● droit à la protection des données à caractère personnel (article II-68).

À noter que relève des compétences exclusives de l'Union la politique commerciale commune, y compris dans le domaine des accords internationaux relatifs aux services sociaux ou de santé, pour lequel le nouvel article III-315 prévoit cependant un régime particulier : le Conseil statue à l'unanimité dans le domaine du commerce des services sociaux, d'éducation et de santé, lorsque ces accords risquent de perturber gravement l'organisation de ces services au niveau national et de porter atteinte à la responsabilité des États membres pour la fourniture de ces services.

Nouveauté essentielle quant à l'esprit prévalant à l'élaboration des futurs textes communautaires, une clause sociale indépendante (Art. III-117) fixe les principes devant guider l'ensemble des politiques de l'Union. Cette clause indique que l'Union devra prendre en compte les exigences liées à la promotion d'un niveau d'emploi élevé, à la garantie d'une protection sociale adéquate, à la lutte contre l'exclusion sociale ainsi qu'à un niveau élevé d'éducation, de formation et de protection de la santé humaine. ■

alcoologie et addictologie

2005; 27 [2] : 81-176

Éditorial

- Penser sa pratique, Maurice Bazot

Mémoires

- Événements de vie et stratégies d'adaptation chez des sujets consultant pour leur problématique alcoolique, Isabelle Varescon, Nathalie Camart, Caroline Gérard, Michel Detilleux
- Le tabagisme parmi les personnels de santé

d'un hôpital au Burkina Faso, Arouna Ouédraogo, T. Laurent Ouédraogo, Vincent Ouédraogo, André Samadoulougou, Laurent Somé

- Étude multidimensionnelle de la dépendance psychologique, David Vavassori, Sonia Harrati, Henri Sztulman

Mises au point

- Dimensions de personnalité et tabagisme, Solange Carton
- Cannabis et sensibilisation croisée à d'autres

substances psychoactives. Approche neurochimique, Aurélie Oudin, Maÿlis Decrop, Dominique Ernouf

Revue bibliographique

- L'accompagnement psychologique d'un patient bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés, Olivier Phan, Pascale Bouthillon

Pratique clinique

- Les substituts nicotiniques. De la théorie à la pratique, Gilbert Lagrue, Solange Cormier, Catherine Mautrait

Varia

- Les psychanalystes s'intéressent-ils aux fumeurs de cannabis? Pascal Hachet

Congrès

- 19^e journée de tabacologie. Réunion annuelle de la Société de tabacologie, octobre 2004, Le Kremlin-Bicêtre
- 1^{re} Conférence internationale francophone sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, décembre 2004, Québec

Vie de la SFA

- Assemblée générale de la SFA, 18 mars 2005, Paris
- Nouveaux membres. Adhésion.
- Alcool et cancer, 17 et 18 mars 2005, Paris
- Prochaines réunions

Informations

- Prix Fouquet. Annonces. Enseignement. Recherche. Livres. Actualités. Agenda.