

Déjà deux décennies de santé publique européenne, et après ?

Daniel Orban

Docteur en droit,
Faculté de médecine,
université de
Nice-Sophia Antipolis

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, deux superpuissances, les États-Unis et l'URSS, monopolisent la prépondérance sur l'Univers.

Les pays de l'Europe occidentale, à force de s'entre-déchirer, avaient perdu leur suprématie. Pour cette raison, l'idée d'union, affaire jusque-là de penseurs et d'écrivains, fait rapidement son chemin et certains responsables politiques considèrent sa mise en œuvre comme une nécessité vitale.

Cinq ans après la fin d'un conflit particulièrement dévastateur et meurtrier, le célèbre discours de Robert Schuman du 9 mai 1950 enclenche le processus d'intégration européenne. Dans un premier temps, l'Europe se construit à partir de communautés qui créent essentiellement un marché commun s'appuyant sur la libre circulation des marchandises. Lorsque les objectifs prévus par les traités fondateurs de 1951 et 1957 furent atteints, les chefs d'État ou de gouvernement décidèrent d'ouvrir une nouvelle page de la chronologie européenne au début des années 1990. Ils ont transformé les communautés en une union, avec la volonté de la rapprocher au maximum de la vie quotidienne des populations. Ainsi, le Marché commun a évolué vers un marché unique, une union économique et monétaire a permis la naissance de l'euro et la libre circulation des citoyens s'est organisée au sein de l'espace Schengen.

De nouvelles compétences, ignorées jusqu'alors, ont été conférées aux instances décisionnelles de l'Union, dont la santé publique (article 129 du traité de Maastricht, appliqué à partir de novembre 1993).

La spécificité de la santé publique européenne

Afin de démontrer la particularité de la santé publique européenne, il est nécessaire d'indiquer la manière dont se partagent les pouvoirs entre l'Union européenne et ses États membres, autrement dit de répondre à la question « qui fait quoi ? » aux différents niveaux de la prise de décision.

La répartition des compétences se réfère au « principe d'attribution » selon lequel l'Union effectue les seules tâches dévolues par le traité, alors que les autres activités restent du ressort des États. En fait, il s'agit de la garantie que l'Union ne puisse s'attribuer des pouvoirs au détriment de ses pays membres, sans l'accord de ceux-ci. Dans un souci de simplification, le dernier traité en date (Lisbonne, décembre 2009) a distingué trois types de compétences :

- les compétences exclusives de l'Union pour lesquelles le système institutionnel européen élabore la législation communautaire sous forme de règlements

et de directives (par exemple : union douanière, concurrence, euro, pêche...),

- les compétences partagées se définissent par le fait que les États n'agissent qu'en cas de non-intervention de l'Union (par exemple : environnement, transports, protection des consommateurs, enjeux communs de sécurité en matière de santé publique...),

- les compétences d'appui ou de coordination se limitent à un soutien ou une valorisation par l'Union des initiatives menées par les États dans l'exercice de leurs pouvoirs (par exemple : culture, tourisme, éducation, sport, protection et amélioration de la santé humaine...).

Figurant dans deux types de compétences, il n'est pas simple de se faire une idée exacte de la santé publique européenne, dont l'existence reste souvent méconnue par de nombreux professionnels de santé. Dès lors, la référence aux textes du traité, c'est-à-dire au droit primaire européen, apporte la précision qui s'impose.

Selon l'article 168, l'objectif fondamental de l'Union est « la recherche d'un niveau élevé de protection de la santé humaine », ce qui dépasse la définition de la santé inscrite dans l'acte constitutif de l'OMS : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

L'article 4k fixe les enjeux communs de sécurité poursuivis en partage par l'Union et ses États membres, à savoir l'instauration de normes élevées de qualité des organes et substances d'origine humaine, ainsi que du sang et des dérivés du sang, de même que des médicaments et dispositifs à usage médical.

De son côté, l'article 6a envisage la faculté pour l'Union de renforcer une mesure prise par un État, sans interférer dans sa capacité décisionnelle. Cette potentialité ouvre la voie à l'amélioration de la prévention de diverses affections et la prise en considération de multiples causes de danger pour la santé physique ou mentale.

Malgré un rôle *a priori* assez restreint, l'Union dispose d'un large choix d'intervention pour accomplir correctement sa mission de santé publique : l'information sur la santé, l'alerte précoce et la riposte rapide face à des urgences sanitaires, la réplique à des menaces pathogènes mondiales, la prévention, l'éducation à la santé dès l'enfance, en vue d'adopter des modes de vie sains ou de modifier des comportements, l'échange de meilleures pratiques, l'utilisation de réseaux, le recueil de données comparables et compatibles.

On constate que, en dépit d'apparentes restrictions établies par le droit européen, la santé publique européenne ne manque pas de moyens pour exercer une influence déterminante sur les systèmes nationaux.

Cette prégnance est le fruit d'une évolution somme toute assez rapide, puisqu'il lui a suffi d'une vingtaine d'années pour s'accomplir.

Le développement de la santé publique européenne

Lorsque les traités fondateurs (traité Ceca de 1951, traités CEE et CEEA de 1957) instaurent des Communautés à vocation économique, ils ne retiennent pas la santé publique comme élément d'intégration dans le cadre de la réalisation du Marché commun. Ils ne se soucient que de la santé et de la sécurité sur les lieux de travail, dans le but de réduire les accidents et les maladies professionnelles.

Jusqu'au milieu des années 1970, la Commission européenne se focalise sur les déficiences des modes de gestion des entreprises afin d'optimiser la sécurité des travailleurs. Elle a recherché des effets induits en termes de performances économiques, conformes à la logique du Marché commun, de façon à améliorer la motivation des personnels. Année après année, un socle de normes minimales s'est construit, garantissant un progrès régulier de la sécurité et de la santé au travail.

Un premier Programme d'action en santé et sécurité au travail verra seulement le jour en 1978, suivi par un deuxième en 1984. À partir de ces instruments, une législation commune va se composer de maintes directives, dont la plus célèbre, dénommée « directive amiante », remonte à 1976 dans sa première version (les aménagements successifs ont fait l'objet d'une codification en 2009).

Deux textes de l'Acte unique européen de 1986, les articles 100A et 118A, donnent un nouvel essor à la santé et à la sécurité au travail. Désormais, le droit européen légifère sur l'amélioration du milieu du travail, prévoit des règles contraignantes sur l'utilisation et l'entretien des machines et équipements de production, impose la mise sur le marché de produits à usage industriel sûrs.

Il rajoute aussi des obligations à charge des employeurs, parmi lesquelles l'évaluation des menaces pour la santé, des protections collectives et individuelles en faveur des travailleurs, le remplacement d'outils indubitablement dangereux, l'information des personnels sur les risques encourus et sur les moyens de les réduire ou de les éliminer.

À la fin des années 1980, alors que la transition entre les communautés et l'Union progresse à grands pas, deux événements importants marquent la fin de la phase des communautés.

En décembre 1989, les chefs d'État ou de gouvernement adoptent la « charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs », dont le point 9 reconnaît le « droit à la protection de la santé et à la sécurité sur le lieu de travail, ce qui inclut la formation, l'information, de même que la consultation et la participation des salariés ».

De mars 1992 à février 1993, l'Année européenne pour la sécurité, l'hygiène et la santé sur le lieu de

travail, par la forte mobilisation qu'elle a déclenchée, a généré une réelle sensibilisation des acteurs économiques aux problèmes soulevés par les accidents de travail, les maladies professionnelles, la qualité de l'air, le bruit, les vibrations et le bien-être au travail. Elle a eu également comme effet de placer le médecin généraliste au cœur des stratégies de prévention et de détection des symptômes de pathologies en rapport avec l'activité professionnelle.

Indéniablement, la santé publique en tant que telle ne fut pas une préoccupation durant la période des Communautés européennes. Par contre, à l'instar de certains auteurs, il serait inexact d'affirmer que l'Europe ne se soit nullement souciée de la santé avant 1993. Certes, elle ne l'a prise en compte que dans la sphère du travail, ce qui ne signifie pas un total désintérêt puisque ses bénéficiaires ont pu disposer d'une panoplie de règles protectrices.

Par le traité de Maastricht sur l'Union européenne, entré en vigueur en novembre 1993, l'intervention communautaire dépasse vraiment la protection de la santé sur le lieu de travail. Son article 129 donne naissance à la santé publique européenne en octroyant au système institutionnel européen le pouvoir de « contribuer à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine » et, dorénavant, en faveur de l'ensemble des citoyens. Destinataires d'une compétence inédite, les instances européennes ont dû faire preuve d'imagination, de réalisme et de courage. Confrontées aux légitimes attentes des professionnels, elles ont été obligées d'opérer une sélection parmi de multiples actions possibles, en se référant à des critères indiscutables tels que la mortalité et la morbidité, ainsi que le bénéfice obtenu par des interventions de nature à prévenir des décès prématurés et à promouvoir la qualité de vie. La préférence s'est portée sur des mesures spécifiques à l'encontre de grands « fléaux » sanitaires pour la durée de 1995 à 2000. Le premier cercle des priorités s'est cantonné à la lutte contre le cancer, la toxicomanie, le sida et certaines maladies transmissibles, à la promotion de la santé axée sur les déterminants liés au comportement individuel et à la sécurité transfusionnelle.

Avec le traité d'Amsterdam de mai 1999, la santé publique européenne prend une orientation différente. En effet, si l'article 152 confirme l'objectif général, il ne confine plus la santé publique européenne à la prise en considération des seuls grands fléaux, tel qu'auparavant.

Deux enseignements du programme d'action 1995-2000 avaient été tirés à l'occasion d'une réflexion sur son impact. L'approche en programmes distincts avait permis de contourner les divergences entre États sur l'ordre des priorités ; par contre, elle avait manqué de flexibilité et présentait des inconvénients au regard d'une indispensable coordination entre programmes. Il faudra quatre années de débats, émaillés de vives discussions et parfois d'accrochages entre le Parlement européen et le Conseil des ministres de l'Union,

pour aboutir à une solution de compromis, prenant en compte l'aspect positif et l'aspect négatif de la première réponse à l'exigence pour l'Union de conduire une santé publique européenne.

En septembre 2002, un premier Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique est voté pour la période 2003-2008. Avec ce programme, la santé publique européenne opère un virage, rendu nécessaire par les crises sanitaires que furent l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), le syndrome respiratoire aigu sévère (Sras) et la grippe aviaire. En réaction aux dangers pour la santé, l'Union se réfère au principe de précaution, met en place un réseau de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles, crée un système d'alerte précoce et de réaction pour la prévention et le contrôle de ces mêmes maladies, se dote d'une agence spécialisée dénommée Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (Stockholm, 2004), anticipe une éventuelle pandémie de grippe par une planification méthodique de la réponse à cette urgence sanitaire. L'Union s'attaque également à de sérieux périls pour la santé : la résistance antimicrobienne, l'urgence radiologique et le bioterrorisme.

Incontestablement, l'Union dispose d'un large éventail de capacités de réponses à une dangerosité collective, mais elle agit aussi sur les facteurs déterminants pour la santé, liés au mode de vie des personnes prises dans leur individualité. Pour preuve, elle conduit avec détermination la lutte contre le VIH/sida, le tabagisme, la drogue, l'alcoolisme, l'obésité et la dégradation de l'environnement. Cette résolution des instances européennes n'est pas artificielle, car elles se sont entourées de cinq agences spécialisées et d'un Comité scientifique des risques sanitaires émergents.

Les missions fixées par le traité ayant été remplies avec succès, il était normal qu'un deuxième programme succède au précédent, pour la période 2008-2013. Basé sur l'article 168 du traité de Lisbonne, en application depuis décembre 2009, le programme en cours ne bouleverse pas ce qui a correctement fonctionné, mais il tient compte de la crise sanitaire majeure que fut la pandémie de grippe A H1/N1.

Les finalités de la santé publique européenne s'inscrivent dans trois objectifs : l'amélioration de la sécurité sanitaire des citoyens, l'amélioration de la santé et la diffusion d'informations et de connaissances en matière de santé. Par rapport au premier programme, il introduit une nouveauté à destination de l'ensemble des décideurs responsables de la santé, puisqu'il souligne avec force l'intérêt de la valeur ajoutée européenne, en réaction à des défis identiques auxquels tous les États ont à répondre : le changement démographique consécutif au vieillissement de la population, l'augmentation des menaces transfrontalières et la multiplication des pathologies associées à des comportements préjudiciables. Enfin, une série de grands principes, dépassant le domaine de la santé publique, est mise

en avant afin que les États s'en inspirent : l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité, la solidarité, la participation du patient aux décisions sur sa santé, la reconnaissance de la santé en tant que bien le plus précieux et l'organisation de synergies avec des secteurs essentiels pour la santé, tels l'environnement et la recherche.

Que sera la santé publique européenne de demain ?

À court terme, il est évident que la santé publique européenne poursuivra son cheminement tout en se développant, puisqu'un nouveau programme pluriannuel est en cours de négociation. Intitulé « Santé en faveur de la croissance », il couvrira la période 2014-2020. Mais, à moyen et long termes, la question se posera sur le devenir potentiel de la santé publique européenne. Sans tomber dans l'utopie, on peut raisonnablement concevoir qu'elle devienne une « nouvelle frontière » de l'intégration européenne avec, à la clé, des mutations à envisager dans les systèmes de santé nationaux.

La santé publique, en rapprochant les citoyens de la construction européenne, contribuerait à l'élaboration d'un cadre de solidarité supranationale et servirait de liant sociopolitique. Cet apport à la dynamique de l'intégration trouve sa justification dans la singularité de la santé publique qui touche à la fois au particulier, c'est-à-dire à la vie, et à l'universel, par le potentiel qu'elle véhicule en faveur de l'économie.

L'eupéanisation du secteur sanitaire ne doit plus relever de l'imaginaire, dans la mesure où l'émergence d'un réel espace européen de la santé publique, en particulier à travers la santé en ligne, ne produirait que des avantages aux systèmes de santé nationaux, aux professionnels ainsi qu'aux patients, en somme à l'ensemble des acteurs en charge ou bénéficiaires d'un niveau de qualité élevé de la santé. Certes, le chantier s'annonce parsemé d'embûches dès lors qu'il faudra surmonter les différences économiques et sociales entre pays au regard de la santé. Il s'agira de faire disparaître toutes les hétérogénéités et complexités préjudiciables au patient afin qu'il bénéficie des avantages d'une « culture de la prévention », en substitution d'une « culture du soin ».

Pour qu'un tel projet audacieux arrive à se concrétiser, il sera indispensable de l'accompagner d'une agence spécialisée. Une agence européenne d'évaluation des technologies de santé offrirait l'expertise nécessaire en termes d'harmonisation dans la prise de décision en santé publique, évitant ainsi son fractionnement en fonction du nombre d'États membres. Une telle agence servirait de guide à visée scientifique pour l'action politique, en fournissant des avis argumentés sur les diverses dimensions de la thématique de santé publique.

Dans un avenir, difficile à déterminer avec précision, la santé publique devra basculer intégralement dans le cadre des compétences européennes et sortir du giron national.

On parlera alors de l'Europe de la santé publique qui, dans le futur, finira par s'étendre aux systèmes de soins eux-mêmes.

En termes de solidarité supranationale, il s'agit d'un formidable défi à relever – mais peut-on y renoncer s'il est de nature à amener un bénéfice pour les citoyens ? Encore faut-il que les décideurs fassent preuve de hauteur de vue et de force de caractère, cela étant une autre affaire.

Quoi qu'il en soit, tout cela demandera du temps, exigera du courage, mais la fondation de l'espace européen de la santé publique, ensuite de la santé en général, dépendra de la détermination de ceux qui souhaiteront son existence.

À voir, tout en faisant preuve d'un optimisme raisonné! ?