Europe et santé (suite)

30 novembre 1995

Un Conseil peu marquant

Peut-être les réunions bisannuelles du Conseil des ministres de la Santé ne reflètent-elles pas la réalité du travail qui est en train de s'accomplir ? Qu'on en juge.

La présidence espagnole du deuxième semestre 1995 a souffert en quelque sorte de l'importance du travail accompli au premier semestre (voir *AdSP* n° 12). Le Conseil du 30 novembre en effet n'a pu que noter que les trois programmes (lutte contre le cancer, contre le sida et certaines maladies transmissibles, promotion de la santé) pour lesquels il avait le 2 juin arrêté une position commune suivaient la voie sinueuse imposée par la procédure de co-décision (Conseil/Parlement) et allaient subir le feu d'un Comité de conciliation. Les enjeux ? Le montant des budgets prévus puisque le Parlement voulait rétablir les montants proposés par la Commission et revus à la baisse par les ministres (de la Santé mais surtout du Budget) ; le champ donné à l'action communautaire plus ou moins large selon la définition que l'on donne du mot « prévention » ; le rôle des comités de gestion des futurs programmes enfin, les membres du Parlement s'y voyant associés étroitement tandis que les États membres veulent contrôler seuls et la Commission… gérer avec le plus d'autonomie possible.

Le quatrième programme (lutte contre la toxicomanie) n'avait pu faire l'objet d'une position commune faute de l'avis du Parlement : elle a pu être prise mais sans modifications substantielles des textes (mêmes questions que *supra*).

Tabac, médicaments

L'Espagne, outre cela, avait inscrit deux objectifs à son programme : faire avancer le *projet de directive interdisant la publicité pour le tabac* et poursuivre en la complétant la proposition française d'une action en faveur des médicaments orphelins.

Sur le premier point, comme on pouvait le craindre, les choses n'ont pas avancé, les lobbies restant forts et certains ministres fermes : le projet espagnol consistait à abandonner dans le projet de la Commission l'interdiction totale de la publicité pour le tabac (qui est une réalité à la télévision) pour la remplacer par des interdictions plus ponctuelles (radiophonie transfrontalière, supports écrits distribués dans plus d'un État — mais en recherchant des atténuations —, possibilités pour les États membres d'être plus stricts sur leur territoire — mais est-ce possible quand les frontières s'atténuent ? Il prévoyait un rendez-vous postérieur pour parler de la publicité indirecte (dont on sait la puissance).

Autour du médicament, la présidence avait proposé à la réflexion des administrations quatre thèmes :

- promotion d'une politique communautaire en faveur des médicaments orphelins,
- reconnaissance dans tous les États membres de la validité des ordonnances médicales,
- contrôle des préparations à base de plantes médicinales,
- promotion des médicaments génériques.

Pour des raisons diverses et parfois opposées, les projets ont été réduits à des demandes d'inventaires de la situation dans les États, à réaliser par la Commission, et sans véritables perspectives dynamiques.

Il est vrai que ce dossier n'est pas inscrit parmi les priorités actées en 1994 par le Conseil Santé. Reste que sur un thème aussi porteur que les médicaments orphelins par exemple (avec 360 millions d'habitants, l'Europe peut jouer et gagner et derrière elle combien de malades…), il

est préoccupant de ne pas voir se dessiner de volonté politique plus forte.

Deux rapports pour engager l'avenir

La Commission a fait réaliser par le bureau régional de l'OMS à Copenhague le premier rapport sur *l'état de santé en Europe* (réf. CB – CO – 95 – 383 – FR – C/office des publications officielles des Communautés européennes L 2985 Luxembourg). Incomplet (les trois derniers États n'y figurent pas), relativement sommaire parce que les informations manquent encore, peu prospectif (pour la même raison) ce rapport a néanmoins été salué comme un événement positif par le Conseil. Il a servi de base pour préparer un programme de « *surveillance de la santé dans la Communauté* », déposé fin 1995 sur les bureaux du Conseil et du Parlement européen et qui est à l'étude actuellement au groupe santé du Conseil.

Ce programme est concentré autour de la mise en réseau des institutions statistiques existantes et de la recherche d'ajustement progressif des données sanitaires récoltées dans les États membres. Conçu pour cinq ans, il devrait fournir à terme la base de rapports réguliers sur la santé et des indicateurs pour dégager les priorités et pour piloter et évaluer les actions futures.

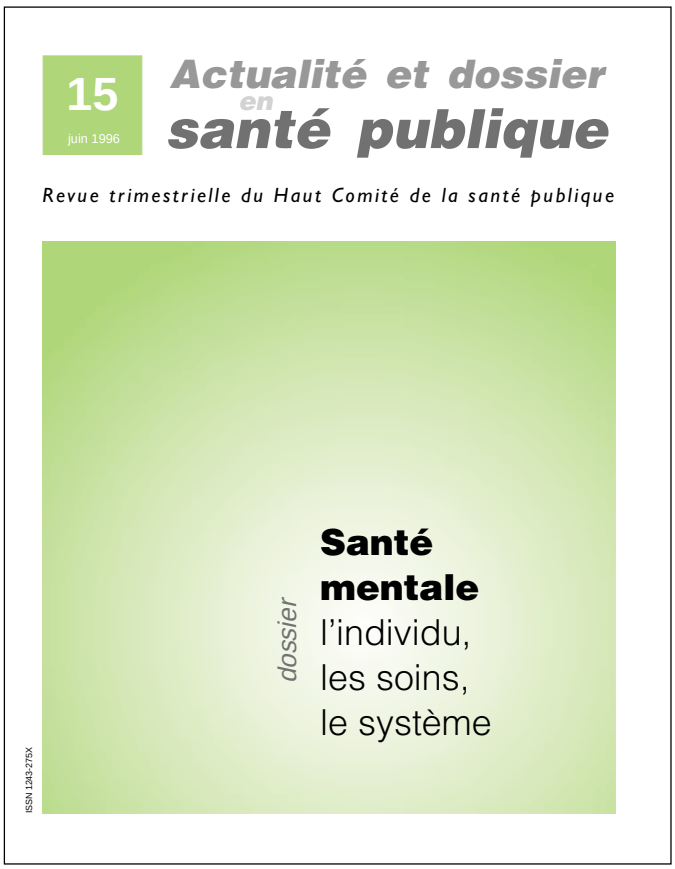
Parallèlement, la Commission a réalisé un autre rapport sur *l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé* (réf. CB – CO – 95 – 224 – FR – C – même adresse). Bien qu'essentiellement constitué par la juxtaposition des actions menées par les différentes directions générales et qui ont un lien avec la santé, ce rapport présente l'intérêt considérable de manifester l'importance du 3e alinéa de l'art. 129 : « les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté », et la difficulté de sa mise en œuvre. Le programme « *surveillance de la santé* » devrait y participer.

Enfin, signalons le dépôt par la Commission d'une communication et d'une proposition de programme sur la « *surveillance des maladies transmissibles* ». Il sera bien entendu articulé étroitement avec le programme sida et maladies transmissibles et devrait être organisé dans le même esprit que le programme « *surveillance de la santé* ».

Les quatre programmes de santé publique : coup d'envoi dès mars

Avec la mise en place de leurs comités de gestion et en particulier des règlements intérieurs qui doivent poser les principes du pilotage, la Commission a décidé d'engager les programmes de santé évoqués au début de cet article.

Son objectif est de ne pas interrompre le processus qui présidait aux anciens programmes et de ne pas perdre plusieurs mois de 1996. La transition sera sans doute délicate mais le réalisme suggère que tous les organismes qui se proposaient de participer à ces programmes sollicitent sans attendre les dossiers auprès de la DG V. Les indications nécessaires sont données page 17 (à suivre).

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

À paraître en juin 1996