

# La promotion de la santé passe aussi par **l'Union européenne**

**Le fait est peu connu : l'Union européenne finance le développement des actions de santé publique à hauteur de trois cents millions d'euros par an. La promotion de la santé est l'une des trois priorités de ce budget. Si la santé demeure une prérogative nationale, l'Union européenne dispose incontestablement de moyens d'intervention croissants.**

En matière de santé et de promotion de la santé en Europe, qui fait quoi ? L'Union européenne rassemble une constellation d'institutions, plus ou moins connues, avec d'autres instances qui existent en marge de cette Europe élargie à vingt-cinq depuis peu, et non des moindres, à commencer par le Bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), (*voir article pages suivantes*).

Pour en revenir à l'Union européenne, la santé, prérogative nationale, n'a pas été, pendant longtemps, une priorité de la politique européenne. En vertu du principe de subsidiarité, le domaine de la santé publique relève de la compétence des États membres. Chaque pays conserve ainsi son propre système médical et de protection sociale. L'émergence des questions de santé et de promotion de la santé dans les

instances de l'Union européenne (Parlement européen situé à Strasbourg, Conseil des ministres et Commission européenne localisés à Bruxelles) s'est faite progressivement et sous un double processus. D'une part, elle a connu une accélération à partir de la prise de conscience du caractère supranational des grandes crises sanitaires (sida, cancer, etc.). D'autre part, les dispositions nouvelles insérées dans les traités postérieurs au traité de Rome, en 1957, ont permis une extension du champ de prérogatives. La principale et plus récente évolution réside dans l'article 152 du traité d'Amsterdam, datant de 1997, intégré au traité de la Communauté. Il stipule qu'*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...*

## **La sécurité au travail, première préoccupation**

Historiquement, c'est dans le domaine de la santé au travail que les premières avancées ont été faites. Le traité de Rome confiait à la Commission principalement des missions relatives à l'hygiène du travail et à la protection contre les accidents du travail et maladies professionnelles. Cette vision reposant sur les conditions de travail au sens large peut s'expliquer dans une époque de plein emploi et de reconstruction d'un continent meurtri par la Seconde Guerre mondiale et ses tristes souvenirs de l'exploitation humaine.

C'est par une question écrite d'un de ses membres que le Parlement euro-

péen s'est saisi des questions de santé, dès novembre 1967. Au terme d'un grand débat, la première directive sur les émissions provenant des véhicules motorisés fut votée en 1970, aboutissant aux lois européennes de protection de l'environnement adoptées à la conférence des chefs de gouvernement des pays de la Communauté économique européenne d'octobre 1972.

Fort de cette expérience, le Parlement européen a décidé, en 1973, de créer la Commission environnement. Celle-ci allait voir, au cours des années, à la fois le nombre de ses membres croître (de trente-six membres à l'origine, elle est composée actuellement de soixante membres titulaires et soixante membres suppléants) et surtout, ses compétences s'élargir grâce à l'Acte unique européen de 1986, au traité de Maastricht, en 1992 (et le principe de codécision, décision partagée entre le Parlement européen et le Conseil des ministres), et, enfin, au traité d'Amsterdam, permettant sa transformation en Commission de l'environnement, de la santé publique et de la politique des consommateurs.

### **Ministres et députés européens : les décideurs**

Le Conseil des ministres, qui regroupe les ministres concernés des États membres, est une force d'impulsion. Représentant des exécutifs nationaux, il adopte les axes de travail de la Communauté européenne, prend des décisions communes et propose des résolutions. Celles-ci créent des obligations tant au niveau des États qu'au niveau communautaire. Leur mise en œuvre dépend au niveau étatique des administrations nationales et au niveau européen du Parlement et de la Commission pour leur applicabilité.

Pour illustrer le processus à travers l'exemple de l'éducation pour la santé, une résolution du Conseil des ministres de l'Éducation du 23 novembre 1988, portant sur ce thème au sein des écoles, invitait les États membres à favoriser l'éducation pour la santé. Ceux-ci devaient, par exemple, assurer la formation de professionnels et mettre du matériel pédagogique à leur disposition.

Dans le même temps, la Commission européenne s'est chargée de soutenir des échanges d'informations (*via* des

séminaires), d'examiner des programmes et méthodes des différents États, d'échanger du matériel pédagogique, de programmer des projets pilotes, et d'organiser des activités de sensibilisation.

Les programmes nationaux et le travail communautaire ont ouvert la voie à la décision du Conseil des ministres de la Santé du 13 novembre 1992, définissant l'école comme un milieu d'une importance vitale pour faire acquérir aux jeunes un mode de vie sain ; une démarche également applicable à d'autres milieux, comme les collectivités locales, les foyers, les hôpitaux et les lieux de travail.

Il serait vain de considérer le rôle de la Commission européenne uniquement comme la mise en œuvre des politiques décidées par le Conseil des ministres. C'est une force de proposition et de décision. La Commission européenne est représentée par la direction générale Santé-Consommation (DG Sanco). Celle-ci a connu une montée en puissance similaire à celle d'autres instances européennes.

Ainsi, après l'inscription de la lutte contre le cancer comme une priorité par le Conseil des ministres, en 1986, la Commission européenne a proposé, entre 1986 et 1991, à ses États membres, une série de programmes de coopération de lutte contre le cancer, mais aussi contre la toxicomanie et le sida.

Le traité de Maastricht a entraîné un approfondissement de son action. Celui-ci, dans son article 129, retient le principe d'un soutien par l'Union européenne de coopération entre les États-membres. La Commission a alors préconisé trois actions prioritaires de santé (surveillance de la santé, surveillance des maladies, promotion de la santé). Cette approche a été déclinée en huit programmes prioritaires d'actions communautaires relatifs à la santé publique (promotion de la santé, surveillance des maladies, maladies transmissibles, cancer, maladies rares, prévention des blessures, maladies liées à la pollution, prévention des toxicomanies), sur la base d'appels d'offres. À titre d'exemple, la Commission a financé, pour l'année 2002, 109 projets dans le domaine

de la santé publique pour un montant de 41,9 millions d'euros dont dix-huit projets de promotion, d'information et d'éducation pour la santé financés à hauteur de 6,7 millions d'euros.

### Critiques sur l'éparpillement des moyens

Au cours de la dernière décennie, un changement de philosophie de la politique de santé s'est opéré. Si l'approche en programmes d'actions distincts et par pathologie a permis de contourner les divergences existant à l'époque entre les États membres quant à l'ordre des priorités, des critiques sur l'éparpillement et le manque de coordination se sont faites jour. Aussi, la Commission en 1998, tirant également les conséquences des nouvelles dispositions du traité d'Amsterdam et des évolutions récentes (crise de la vache folle), a proposé un modèle fondé sur trois principes : l'intégration, la durabilité et la concentration sur les aspects clés.

Dans cette perspective, un nouveau programme d'action communautaire en santé publique pour 2003/2008 a été adopté. Avec un budget de 312 millions d'euros par an, ce programme propose :

- un cadre unique pour des actions spé-

cifiques dans le champ de la santé publique, pour fonder des actions transversales, et agir sur les autres politiques communautaires ;

- des actions pour la sécurité des produits issus du corps humain ;
- la reprise des trois actions prioritaires présentées par la commission : la connaissance de la santé et de ses déterminants, un système d'alerte et de réaction rapide aux menaces pour la santé, la promotion de la santé à travers l'action sur ses déterminants.

Enfin, La Commission, en tant que représentant du niveau communautaire s'est également rapprochée des organisations internationales travaillant sur le territoire européen dans le champ de la santé publique, comme le Conseil de l'Europe et l'OMS.

### Deux défis majeurs

Deux défis majeurs pour l'avenir des questions sanitaires en Europe se posent. Dans le rapport annuel de l'OMS pour 2002, on a pu noter pour la zone Europe une augmentation des écarts en matière d'indicateurs de santé entre les pays de l'Europe occidentale et orientale. Ces inégalités doivent impérativement être prises en compte

et combattues alors que l'Union européenne vient d'intégrer dix nouveaux pays, afin d'éviter l'émergence d'une Europe de la santé à plusieurs zones.

Le second défi porte sur l'architecture des institutions européennes, tel que prévu dans les projets sur la future constitution européenne ; d'une part l'identification des acteurs et des actions doit être simplifiée, d'autre part une véritable instance de coordination dans le domaine de la santé doit être reconnue. C'est dans ce sens que le gouvernement français a proposé un renforcement des moyens de la Commission européenne. Le projet de constitution européenne va dans ce sens, en inscrivant la reconnaissance des compétences partagées par l'Union en matière d'enjeux communs de sécurité en santé publique. Il nous faut néanmoins rester vigilants quant à la création d'une Europe de la santé, que nous appelons de nos vœux. Dans le sens où cette Europe de la santé ne doit pas être une simple architecture. Elle doit aussi offrir du contenu et du sens.

**Jérôme Voiturier**

Chargé de mission,  
Développement international,  
INPES, Saint-Denis.

## OMS, une voix européenne pour défendre la santé

**Le Bureau Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est l'organisme européen le plus influent dans le champ de la promotion de la santé. Il a mis en place plusieurs réseaux (Écoles-santé, Hôpitaux-santé) qui concrétisent une coopération naissante entre les pays européens.**

Par définition, l'OMS est l'acteur international majeur dans le champ de la promotion de la santé. L'OMS dispose d'un bureau régional pour l'Europe, organisme européen le plus influent en matière de promotion de la santé, devant l'Union européenne. Le Bureau régional de l'OMS Europe regroupe cinquante-deux membres ; il a traditionnellement orienté son action vers les pays en voie de développement ou en transition vers l'économie de marché, toutefois il multiplie également les initiatives en direction des pays développés, à commencer par ses propres membres européens. Ainsi, depuis plus de cinquante ans, l'OMS a multiplié les projets en matière de promotion de la santé. Actuellement, autour de cette problématique, le Bureau européen de l'OMS a entrepris cinq programmes :

- **le programme stratégique du réseau européen des Écoles-santé**, également soutenu par le Conseil de l'Europe et la Commission européenne. Le réseau européen Écoles-santé encourage les écoles « lieux de promotion de la santé », dans la région européenne de l'OMS parce qu'elles contribuent au développement et à l'éducation sanitaire des écoliers, des enseignants et de la collectivité ;
- **le programme EuroPharm**, créé en janvier 1992, est constitué des associations nationales pharmaceutiques afin de les intégrer dans le cadre des priorités de santé dégagées par l'OMS. Il regroupe quarante-cinq membres de trente-quatre pays ;
- **le programme des hôpitaux promoteurs de santé (HPH)**, créé en 1988, est basé sur les objectifs de la charte d'Ottawa. Il a pour but

d'améliorer la qualité des soins en soutenant la promotion de santé, la prévention de la maladie dans les hôpitaux ;

- **le programme « Lieux de travail favorables à la santé »**. Il vise à aider les pays à mener des projets locaux de promotion de la santé sur les lieux de travail, à soutenir les services préventifs, à favoriser l'établissement d'un réseau des responsables de santé au travail, à évaluer l'impact du travail sur la santé en général.

- **le programme « Promotion de la santé des jeunes »**. Ce programme œuvre par l'intermédiaire du réseau européen Écoles-santé. Les déterminants de l'éducation et de la santé étant liés de façon indissociable, l'action en faveur des jeunes doit porter sur ces deux aspects.

J. V.