

Think Tank européen Pour la Solidarité

[www.pourlasolidarite.eu](http://www.pourlasolidarite.eu)

Collection

# Working paper

## L'évolution historique de la santé dans les politiques européennes

Morgane Dor

Septembre 2013

Avec le soutien de  
la Communauté française de Belgique



Le Think tank européen *Pour la Solidarité* (asbl) – association au service de la cohésion sociale et d'un modèle économique européen solidaire – travaille à la promotion de la solidarité, des valeurs éthiques et démocratiques sous toutes leurs formes et à lier des alliances durables entre les représentants européens des cinq familles d'acteurs socio-économiques.

À travers des projets concrets, il s'agit de mettre en relation les chercheurs universitaires et les mouvements associatifs avec les pouvoirs publics, les entreprises et les acteurs sociaux afin de relever les nombreux défis émergents et contribuer à la construction d'une Europe solidaire et porteuse de cohésion sociale.

Parmi ses activités actuelles, *Pour la Solidarité* initie et assure le suivi d'une série de projets européens et belges ; développe des réseaux de compétence, suscite et assure la réalisation et la diffusion d'études socioéconomiques ; la création d'observatoires ; l'organisation de colloques, de séminaires et de rencontres thématiques ; l'élaboration de recommandations auprès des décideurs économiques, sociaux et politiques.

*Pour la Solidarité* organise ses activités autour de différents pôles de recherche, d'études et d'actions : la citoyenneté et la démocratie participative, le développement durable et territorial et la cohésion sociale et économique, notamment l'économie sociale.



Think tank européen **Pour la Solidarité**

Rue Coenraets, 66 à 1060 Bruxelles

Tél. : +32.2.535.06.63

Fax : +32.2.539.13.04

[info@pourolasolidarite.be](mailto:info@pourolasolidarite.be)

[www.pourolasolidarite.be](http://www.pourolasolidarite.be)

# Les cahiers de la Solidarité

Collection dirigée par Denis Stokkink

*La Transition : un enjeu économique & social pour la Wallonie*, Cahier n° 32, Mars 2013

*Perspectives des instruments européens pour la réinsertion des détenus : quels moyens pour quels résultats ?*, Cahier n° 31, Février 2013

*Les primo-arrivants face à l'emploi en Wallonie et à Bruxelles*, Cahier n° 30, novembre 2012

*L'intégration des Primo-arrivants en Wallonie et à Bruxelles*, Cahier n° 29, Juin 2011

*Les emplois verts, nouvelle opportunité d'inclusion sociale en Europe*, Cahier n°28, mai 2012

*Viellissement actif et solidarité intergénérationnelle : constats, enjeux et perspectives*, Cahier hors - série, Mars 2011

*Services sociaux d'intérêt général : entre finalité sociale et libre-concurrence*, Cahier n° 27, Mars 2011

*Logement vert, logement durable ? Enjeux et perspectives*, Cahier n° 26, Mars 2011

*Agir pour une santé durable - Priorités et perspectives en Europe*, Cahier n° 25, Janvier 2011

*La lutte contre la pauvreté en Europe et en France*, Cahier n° 24, Novembre 2010

*Inclusion sociale active en Belgique*, Cahier hors-série, Novembre 2010

*Responsabilité sociétale des entreprises. La spécificité des sociétés mutuelles dans un contexte européen*, Cahier n° 23, 2010

*Concilier la vie au travail et hors travail*, Cahier hors-série, 2010

*Faut-il payer pour le non-marchand ? Analyse, enjeux et perspectives*, Cahier n° 22, 2009

*Mobilité durable. Enjeux et pratiques en Europe*, Série développement durable et territorial, Cahier n° 21, 2009

*Alimentation : circuits courts, circuits de proximité*, Cahier n° 20, 2009

*L'économie sociale, actrice de la lutte contre la précarité énergétique*, Cahier n° 19, 2009

*Europe et risques climatiques*, participation de la Fondation MAIF à la recherche dans ce domaine, Cahier n° 18, 2009

*Construire des villes européennes durables*, tomes I et II, Cahiers n° 16 et 17, 2009

*Europe, énergie et économie sociale*, Cahier n° 15, 2008

*Décrochage scolaire, comprendre pour agir*, Cahier n° 14, 2007

*Femmes et Villes : que fait l'Europe ? Bilan et perspectives*, Cahier n° 12 (n° 13 en version néerlandaise), 2007

*Modèle social européen, de l'équilibre aux déséquilibres*, Cahier n° 11, 2007

*La diversité dans tous ses états*, Cahier n° 10, 2007

*Libéralisation des services et du secteur associatif*, Cahier n° 9, 2007

*Démocratie participative en Europe. Guide de bonnes pratiques*, Cahier n° 8, 2006

*La reprise d'entreprises en coopératives : une solution aux problèmes de mutations industrielles ?* Cahier n° 7, 2006

## Sommaire

Introduction.....	5
1. Les prémices : l'application stricte des traités .....	7
2. La naissance d'une réelle politique de santé européenne.....	8
2.1 Une intervention communautaire de plus en plus prégnante : La guidance des traités.	8
2.2 Le rôle de la Cour de Justice.....	12
3. La place actuelle de la santé dans les stratégies européennes : Le renforcement du rôle de l'Union .....	14
3.1 Les programmes pluriannuels : l'application de la méthode ouverte de coordination	14
3.2 La promotion d'une co-construction avec les Etats membres : entre principe de subsidiarité et benchmarking .....	17
Conclusion.....	19
Bibliographie indicative.....	20

## Introduction

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne<sup>1</sup>, adoptée en 2000, inscrit dans son article 35 : « *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 actions de l'Union* ».

L'action de l'UE en matière de santé vise à améliorer la santé publique, à prévenir les maladies et les affections humaines et à déterminer les causes de danger pour la santé humaine. Pour réaliser ces objectifs, cette dernière a été amenée à regrouper les domaines d'action relatifs à la santé au niveau européen, afin de créer un ensemble cohérent de politiques dans ce domaine. Par sa stratégie en matière de santé, l'UE contribue à l'amélioration de la santé publique en Europe, et apporte ainsi une valeur ajoutée aux mesures prises par les Etats membres, tout en respectant pleinement le principe de subsidiarité dans l'organisation et la prestation des services et des soins de santé.<sup>2</sup>

Les politiques européennes de santé ont beaucoup évolué ces dernières années, partant d'une simple évocation dans les premiers traités, jusqu'à devenir transversales et irriguer tous les domaines d'action européens. Egalement, les priorités en matière de santé se sont adaptées aux conjonctures économiques et sociales, comme le montrent les différents programmes pluriannuels. « Ensemble pour la santé, une approche stratégique pour l'UE 2008–2013 » prône des valeurs d'égalité en matière de santé, d'inclusion sociale et de solidarité. Le troisième programme d'action pluriannuel pour la période 2014–2020 : « La santé en faveur de la croissance », quant à lui, accentue le rôle de la santé dans la croissance économique en tant que facteur de croissance, et est davantage basé sur des logiques de contraintes budgétaires, compte tenu du contexte économique actuel. La santé devient de ce fait un prisme des valeurs de société que l'Union européenne entend défendre, et que nous allons étudier dans cette étude pour en comprendre la logique.

Jusqu'à la fin des années 1970, la politique de santé européenne est restée très minimaliste, se cantonnant à l'application ponctuelle des grands principes économiques des traités fondateurs de la Communauté européenne. La vision de la santé à l'échelle européenne se limitait alors au cadre économique, largement relayée dans son application par les règles nationales de protection sociale, à l'époque déjà beaucoup plus élaborées.

Les grandes crises sanitaires qui ont émergés dans les années 1980 ont changé la donne politique et économique du rôle de l'Europe en matière de santé publique. Ainsi, les institutions ont pu démontrer leur utilité dans la coordination des politiques sanitaires, et la nécessité d'une action concertée dans le cas d'épidémies transfrontalières s'est avérée

---

1 Référence : 2000/C 364/01

2 Site de la Commission européenne, rubrique Santé–UE : [http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_in\\_the\\_eu/policies/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/policies/index_fr.htm)

indispensable. Au niveau juridique, l'évolution s'est accélérée, en parallèle des grands principes communs, avec la consécration de la légitimité de l'intervention communautaire dans les traités de Maastricht, d'Amsterdam et dans le traité de Lisbonne<sup>3</sup> et du droit à la santé.

Un nouveau pas a été franchi dans les années 1990 avec l'élaboration d'une jurisprudence par la Cour de Justice des Communautés européennes à partir de 1988 sur la prise en charge des soins de santé pour améliorer la mobilité des patients.

Ainsi, forte de ces expériences et des nouveaux défis de santé publique, la Commission européenne a acquis un rôle majeur dans les politiques européennes de santé, dans une logique de dialogue et de co-construction avec les Etats membres sans pour autant remettre en cause leurs compétences et leurs prérogatives. Celle-ci agit également en étroite collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'autres instances internationales<sup>4</sup> chaque fois que le besoin s'en fait sentir.

Au regard des disparités nationales en matière de santé, les institutions européennes ont développé progressivement une politique discrète mais efficace, dans une approche pragmatique. Celles-ci ont su habilement utiliser un large éventail d'outils et de canaux institutionnels, tels que l'harmonisation de la législation européenne sur quelques sujets majeurs, l'adhésion à des normes internationales, l'incitation à la coopération transfrontalière, etc.

Cette politique a différentes finalités, telles que la gestion à long terme des déterminants de santé, la sensibilisation des Etats aux coûts humain et économique de certains problèmes de santé publique, ainsi que la coordination des Etats membres en cas de crise sanitaire. Au sein des institutions européennes, c'est la Direction Générale de la Santé et de la Protection des Consommateurs (DG SANCO) de la Commission européenne qui œuvre pour influencer les autres politiques européennes vers une meilleure prise en compte de la dimension sanitaire dans l'élaboration des politiques et normes communautaires.

D'un point de vue politique et économique, la santé est un enjeu majeur compte tenu de l'impact économique direct du coût des traitements et des arrêts de travail, ou de son impact futur par le développement de nombreuses pathologies dues à des comportements à risques et une mauvaise hygiène de vie de nombreux Européens.

Actuellement, afin de faire face à une concurrence internationale très forte dans certains secteurs industriels majeurs tels que le secteur pharmaceutique, les institutions

---

3 Article 168 TFUE.

4 Parmi celles-ci, on peut citer le Conseil de l'Europe :

[http://ec.europa.eu/health/eu\\_world/international\\_organisations/council\\_europe/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/eu_world/international_organisations/council_europe/index_en.htm) et

l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) :

[http://ec.europa.eu/health/eu\\_world/international\\_organisations/oecd/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/eu_world/international_organisations/oecd/index_en.htm) ou encore des accords de coopération politique avec de nombreux pays tiers.

européennes tentent de renforcer la compétitivité des industries européennes, notamment par une politique d'innovation. Ainsi, la priorité est donnée au développement des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé<sup>5</sup>.

Ce working paper tend à dresser une vue d'ensemble sur l'évolution des politiques européennes en la matière, puis à montrer la place de certains domaines au sein de la politique européenne actuelle de santé. Quelles sont les valeurs sociales en matière de santé prônées par l'UE ? Quelle est la place de la santé dans les politiques européennes actuelles ? Voilà toutes les questions auxquelles cette étude entend répondre.

## 1. Les prémices : l'application stricte des traités

La promotion d'un niveau élevé de protection sociale pour tous les citoyens figure aujourd'hui parmi les priorités de l'Union européenne, celle-ci garantissant un socle minimal de droits sociaux qui constituent la base du « modèle social européen ». Cependant, les politiques sociales en général, et la politique de santé en particulier, ne figurent pas parmi les priorités du traité de Rome (1957), focalisé sur de grands principes économiques. La santé n'y est présente que de façon très indirecte dans l'évocation des concepts liés à la notion de travail : arrêt de travail, hygiène et sécurité au travail.

En outre, la mise en place de normes communautaires de santé ne se fait qu'au regard de la défense de grands principes du droit communautaire. Pour exemple, le règlement 1408/71 sur les soins dispensés à l'étranger (aujourd'hui remplacé par la carte européenne d'assurance maladie) et la reconnaissance des diplômes pour les professionnels de santé ont été créés à l'aune de la défense du principe de libre circulation des personnes au sein de la Communauté européenne. Les professionnels de santé et les patients pouvaient dispenser ou être bénéficiaires de soins de santé à l'étranger, davantage au nom de ce principe que d'un réel travail de fond sur l'interopérabilité des soins en Europe.

Toutefois, en 1977, un Conseil regroupant les Ministres de la Santé a commencé à se réunir de manière irrégulière. Ce Conseil a pu prendre des actes tels que des « décisions des Etats membres réunis au sein du Conseil » ou des résolutions sans force contraignante. Suite à la signature de l'Acte unique européen en 1986, ce type d'actes s'est multiplié, malgré leur portée juridique parfois incertaine. C'est finalement l'entrée en vigueur du traité sur l'Union européenne en 1992 et l'insertion d'un titre « Santé publique » qui a permis de formaliser la coopération des Etats membres dans ce domaine.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Arnaud Senn, « *La Politique de santé de l'Union Européenne* », Policy Paper de la fondation Robert Schuman, Question d'Europe n°25, 18 avril 2006.

<sup>6</sup> Site du Parlement européen, rubrique « Synthèse de la législation de l'UE, Affaires institutionnelles, Santé publique » :

[http://europa.eu/legislation\\_summaries/institutional\\_affairs/treaties/amsterdam\\_treaty/a16000\\_fr.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/amsterdam_treaty/a16000_fr.htm)

L'action communautaire s'est alors concentrée sur des actions d'information, d'éducation, de surveillance et de formation en matière de santé. Des impératifs de protection de la santé ont également été intégrés progressivement aux politiques européennes et des programmes de lutte contre le cancer, la toxicomanie, le SIDA ou encore les maladies transmissibles ont été lancés.<sup>7</sup>

## 2. La naissance d'une réelle politique de santé européenne

Simplement évoquée dans les premiers textes, la santé est devenue progressivement une notion autonome, à part entière, pour aujourd'hui être prise en compte dans toutes les politiques et bénéficier d'une approche transversale. Les institutions européennes ont joué un rôle majeur dans l'évolution de la prise en compte de la santé au niveau européen. La Commission, en tant que gardienne des traités et en charge de l'initiative législative, a œuvré pour la prise en compte de la santé en tant que notion autonome, détachable de la santé au travail, puis a adopté la méthode ouverte de coordination (MOC) en matière sociale, afin d'associer les parties prenantes et de penser la santé au plus près des réalités européennes. La Cour de Justice, quant à elle, a permis au fil de sa jurisprudence de maintenir la protection des libertés garanties par les traités tout en opérant des restrictions circonstanciées afin de ne pas outrepasser la largesse des libertés accordées dans les textes.

### 2.1 Une intervention communautaire de plus en plus prégnante : La guidance des traités

L'Acte unique européen (1986) et le développement du concept d'« Europe des citoyens » ont permis d'encadrer la priorité reconnue par le traité de Rome à la liberté de circulation, au regard de préoccupations telles que l'environnement, la santé ou la protection des consommateurs. Depuis l'Acte unique, on a assisté à un renforcement constant des bases juridiques de la politique européenne en matière de santé, face aux préoccupations des citoyens de plus en plus fortes dans ce domaine, ainsi que dans la perspective de donner une dimension plus sociale à la construction européenne par l'intermédiaire de la santé. Regardons de plus près l'évolution chronologique de la place de la santé dans les traités européens.

Au niveau de la protection de la santé, un élan important a été donné par l'Acte unique européen, qui a introduit un article spécifique, l'article 129, concernant la santé publique dans le traité instituant la Communauté européenne qui dispose que « *Les directives européennes doivent permettre d'assurer un haut niveau de protection de la santé* ». La politique sociale était déjà régie par le traité de Rome, mais l'Acte unique a introduit deux nouveaux articles dans ce domaine : « *L'article 118A du traité CEE autorise le Conseil, statuant à la majorité qualifiée dans le cadre de la procédure de coopération, à prendre des prescriptions minimales pour promouvoir "l'amélioration du milieu du travail, pour protéger*

---

<sup>7</sup> *Ibid.*



*la santé et la sécurité des travailleurs». L'article 118B du traité CEE attribue à la Commission la tâche de développer le dialogue social au niveau européen »<sup>8</sup>.*

La charte Communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs de 1989 mentionne dans son article 35 « *l'accès à la prévention et aux soins curatifs* » ainsi qu'« *un haut niveau de protection de la santé pour les politiques de l'Union* ». Le droit à la santé n'est encore mentionné que par le biais du droit à des conditions de santé acceptables, mais l'évolution qui s'esquisse se concrétise grâce au traité de Maastricht de 1992.

En effet, le traité de Maastricht a ajouté la santé publique aux compétences officielles de l'UE (compétence partagée avec les Etats membres selon le principe de subsidiarité). Le traité justifiait cette entrée de la santé au niveau européen par la nécessité pour la Communauté européenne d'assurer au maximum la protection de la santé humaine grâce à une coopération optimale entre les Etats membres avec l'appui de la Communauté européenne si nécessaire. L'action de celle-ci portait alors sur la prévention des maladies (recherche et transmission d'informations) et l'éducation en matière de santé.<sup>9</sup>

Une autre étape importante fut franchie cinq ans plus tard, avec l'entrée en vigueur du traité d'Amsterdam (1997), qui, dans son article 152, instaure un programme de santé publique de 2003 à 2007, construit et cohérent. Ce programme pluriannuel sera ensuite repris et adapté tous les cinq ans<sup>10</sup>. Le traité d'Amsterdam visait à mieux appréhender la situation en modifiant la rédaction de l'article 152 du traité instituant la Communauté européenne<sup>11</sup>. La Communauté pouvait dès lors adopter des mesures en vue d'assurer, et non plus seulement d'y contribuer, un niveau élevé de protection de la santé humaine.

Le nouvel article 152<sup>12</sup> s'est vu attribuer une portée plus large qu'auparavant. Dans les domaines de coopération entre les Etats, le nouvel article mentionnait non seulement les maladies et les grands fléaux mais aussi toutes les causes de danger pour la santé humaine, ainsi que l'objectif général d'amélioration de la santé.<sup>13</sup>

Le Conseil obtint également le droit d'adopter des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés

---

<sup>8</sup> Sur l'Acte unique européen : Site du Parlement européen, Rubrique « *Synthèse de la législation de l'UE, Affaires institutionnelles, La construction européenne à travers les traités* » :

[http://europa.eu/legislation\\_summaries/institutional\\_affairs/treaties/treaties\\_singleact\\_fr.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/treaties_singleact_fr.htm)

<sup>9</sup> Documents du Parlement européen, fiche technique 4.10.3 : « *Santé publique* » :

[http://www.europarl.europa.eu/factsheets/4\\_10\\_3\\_fr.htm](http://www.europarl.europa.eu/factsheets/4_10_3_fr.htm)

<sup>10</sup> La documentation française, « *Union Européenne, Quelle politique de santé ?* », 2007.

<sup>11</sup> Ex-article 129 TCE.

<sup>12</sup> *Idem*.

<sup>13</sup> Site Europa du Parlement européen, Rubrique « *Synthèse de la législation de l'UE, Affaires institutionnelles, La construction européenne à travers les traités, le traité d'Amsterdam: mode d'emploi* » :

[http://europa.eu/legislation\\_summaries/institutional\\_affairs/treaties/amsterdam\\_treaty/a16000\\_fr.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/amsterdam_treaty/a16000_fr.htm)

du sang. Le Parlement put aussi participer à l'élaboration de mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique grâce à la procédure de codécision, élément neuf pour cette institution qui ne disposait que d'un droit de consultation pour l'adoption de mesures de santé liées à l'agriculture.<sup>14</sup>

La santé publique est aujourd'hui régie par l'article 168 du traité de Lisbonne (2009). La Commission européenne a présenté une « *approche stratégique pour la politique européenne de la santé pour la période 2008–2013* », en vigueur actuellement, et le futur programme « La santé en faveur de la croissance » qui couvre la période 2014–2020.

L'article 152, aujourd'hui repris textuellement par l'article 168 du traité de Lisbonne, modifie sensiblement le champ d'application des compétences communautaires en matière de santé. En effet, il ajoute « la prévention des maladies » comme compétence de l'Union européenne, permettant ainsi aux instances communautaires de réfléchir à de vrais programmes de prévention européens de lutte contre les drogues, les maladies dues à de mauvaises habitudes de vie, et le dépistage de maladies chroniques (diabète, cancers) ou de maladies infectieuses telles que le SIDA ou l'hépatite. Le texte ajoute également « *la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci* » et prône ainsi une surveillance accrue aux frontières en termes de santé.

Egalement, l'article ajoute que l'Union peut prendre toute disposition utile pour promouvoir la coordination des actions entre les Etats membres, et 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* ». C'est une mise en avant des compétences de coordination et d'échanges entre les pays qui est consacrée ici. L'UE ne pouvant pas intervenir de manière intrusive dans les systèmes de santé et de protection sociale des Etats membres, au demeurant très hétérogènes et culturellement attachés à l'histoire de chaque pays, elle va pouvoir apporter une certaine cohérence à cet ensemble et permettre à des systèmes très différents d'échanger et de s'imprégner des meilleures pratiques de chacun.

Enfin, la dernière phrase de l'article consacre le rôle du Parlement, qui se doit d'être informé de toutes les initiatives de la Commission en matière de santé.

**Article 152 du traité d'Amsterdam (1997), ex-article 129 de l'Acte Unique Européen (1986)**

*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*

---

<sup>14</sup> *Idem*

*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 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 [...]*

#### **Article 168 du traité de Lisbonne (2009)**

*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 **et la prévention des maladies** et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. 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, **ainsi que la surveillance de menaces transfrontières 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 [...]*

## 2.2 Le rôle de la Cour de Justice

Les services de santé et les systèmes de sécurité sociale se trouvent au cœur d'un délicat exercice consistant à rechercher le juste équilibre entre l'économique et le social ou, pour citer Jacques Delors, entre « *la concurrence qui stimule [...] et la solidarité qui unit* ». Pour le dire autrement, le défi auquel est confronté le droit de l'Union dans son appréhension des systèmes nationaux de soins de santé et de sécurité sociale est de concilier, d'une part, les règles du traité, notamment celles consacrées au Marché intérieur, aux libertés fondamentales (libre circulation des personnes, des marchandises, des services et des capitaux) et au droit de la concurrence, et, d'autre part, la volonté naturelle des Etats membres de maintenir en faveur de leurs ressortissants des structures sociales financièrement viables, accessibles à tous et organisées rationnellement de manière à pouvoir constamment garantir une offre de soins variés et de qualité.<sup>15</sup>

La jurisprudence de la Cour de justice de l'Union (CJUE) a, dans de nombreux domaines, permis d'étendre l'impact du droit européen dans un domaine réservé aux Etats membres. Parmi les exemples les plus significatifs, citons le domaine des soins transfrontaliers qui a dû composer avec la libre circulation des personnes, puisque cette jurisprudence a incontestablement permis de sensibiliser des Etats membres à l'importance que le niveau européen accordait aux questions de santé et aux performances des Etats en la matière.

En effet, si l'UE s'était limitée jusqu'à cet arrêt à édicter des règles de coordination des systèmes de santé<sup>16</sup>, cette jurisprudence applique aux prestations de santé les règles communautaires issues du principe de libre circulation des biens et des services. Sur cette base, les régimes nationaux d'autorisation préalable, pour bénéficier de soins ou obtenir des produits dans un autre Etat de l'Union européenne, sont analysés comme des entraves à cette libre circulation, sauf restriction justifiée par des impératifs d'intérêt général. En d'autres termes, un Etat ne peut pas soumettre des soins ou l'obtention de produits de santé à une autorisation préalable sous peine d'entraver la liberté de circulation de marchandises prônée par l'UE, à moins que cette autorisation préalable ne se justifie par des raisons valables juridiquement, telles que l'équilibre du système de sécurité sociale, l'organisation

---

<sup>15</sup> Koen LENAERTS, Juge à la Cour de justice de l'Union européenne, Professeur de droit européen à la KU Leuven, « *Droit de l'Union et soins de santé, les grandes lignes de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne* », MC-Information 240, Juin 2010, p.14.

<sup>16</sup> Cf. formulaires E111 et E112.

du service médical et hospitalier, ou encore le niveau de protection de la santé (arrêts Smits et Peerbooms<sup>17</sup>).

Cette jurisprudence et les arrêts ultérieurs qu'elle a entraînés ont un impact sur la mise en œuvre des régimes de couverture sociale transfrontaliers. En effet, au-delà des régimes spécifiques existants pour les travailleurs frontaliers (accès aux soins dans le pays d'emploi) et des initiatives très localisées de coordination comme Transcards<sup>18</sup>, les bassins de vie transfrontaliers sont les premiers concernés par cette jurisprudence qui ouvre un libre choix du lieu de soin aux patients. Actuellement, les Etats européens, s'ils conservent la liberté de définir les règles afférentes à leurs régimes de sécurité sociale, doivent désormais se conformer au droit communautaire.

### *Les principaux arrêts de la Cour de justice*<sup>19</sup>

Les arrêts **Kohll** et **Decker** (28 avril 1998) concernent deux assurés luxembourgeois qui se sont vu refuser, par leur caisse d'assurance maladie, le remboursement de prestations de soin de santé effectuées à l'étranger (achat de lunettes en Belgique pour M. Kohll, traitement d'orthodontie en Allemagne pour M. Decker) sans autorisation préalable. La Cour, reconnaissant que les prestations médicales doivent être considérées comme des prestations de services et en conséquence soumises aux règles de libre circulation dans le Marché intérieur, a considéré que le fait même de subordonner le remboursement de soins ou de produits de santé à l'obtention d'une autorisation préalable constituait une entrave injustifiable à la liberté de circulation des marchandises et des services.

Les arrêts **Smits** et **Peerbooms** (12 juillet 2001) confirment la jurisprudence précédente et l'étendent aux soins hospitaliers. Dans ces affaires, l'assurance maladie néerlandaise a refusé de rembourser les frais hospitaliers engagés dans un autre Etat membre, faisant valoir l'absence de raison médicale pouvant justifier un tel traitement à l'étranger. La Cour a considéré qu'un système d'autorisation préalable constituait un obstacle à la libre prestation des services médicaux hospitaliers, mais que le maintien de l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale et d'un service hospitalier accessible constituait des raisons suffisantes pour justifier une telle restriction.

L'arrêt **Van Braeckel** (12 juillet 2001), qui concerne une assurée sociale belge, porte sur le montant des remboursements. La Cour a estimé que, pour une intervention réalisée à l'étranger, le remboursement devait être au moins aussi favorable à celui qui aurait été accordé si l'assuré avait été hospitalisé dans son Etat d'affiliation. En conséquence, un assuré

---

17 Affaire C157/99, SMITS contre STICHTING ZIEKENFONDS VGZ et PEERBOOMS contre STICHTING CZ GROEP ZORGVERZEKERINGEN, 12 juillet 2001. Pour en savoir plus : <http://www.cleiss.fr/docs/jurisprudence/c157-99.html>

18 L'objectif est de simplifier les procédures administratives d'accès aux soins de santé générées par les flux transfrontaliers de patients en utilisant la technologie des réseaux télématiques et des cartes (carte SIS en Belgique et Vitale en France), voir :

[http://www.espacestransfrontaliers.org/affiche\\_projet.php?affiche=projet/proj\\_transcards.html](http://www.espacestransfrontaliers.org/affiche_projet.php?affiche=projet/proj_transcards.html)

19 Arrêts commentés sur le site du sénat français : <http://www.senat.fr/rap/r06-186/r06-1862.html>

qui a bénéficié d'une prise en charge, au titre du règlement 1408/71, peut solliciter un « complément différentiel » auprès de son organisme d'assurance sociale si la prise en charge dans le cadre national était plus élevée.

Les arrêts **Müller-Fauré** et **Van Riet** (13 mai 2003) ont trait à deux assurés sociaux néerlandais qui ont bénéficié de soins dans un autre Etat membre sans autorisation préalable de leur caisse d'affiliation. Dans un cas, il s'agissait de soins dentaires ; dans l'autre, de soins hospitaliers. Dans les deux cas, le remboursement leur a été refusé au motif que les soins médicaux nécessaires et adéquats pouvaient être obtenus aux Pays-Bas dans un délai raisonnable. Dans cet arrêt, la Cour a distingué les soins non hospitaliers – pour lesquels l'autorisation préalable n'est pas justifiée – des soins hospitaliers – pour lesquels une autorisation préalable peut être justifiée dès lors qu'elle est proportionnée et non arbitraire.

L'arrêt **Watts** (16 mai 2006) concerne une patiente britannique qui s'est fait poser, à ses frais, une prothèse de la hanche à Abbeville alors que la caisse d'assurance maladie avait refusé de lui accorder une autorisation préalable à ce titre au motif qu'un traitement adapté pouvait lui être dispensé en temps opportun par le National Health Service (NHS). La patiente a demandé le remboursement des soins pratiqués en France, qui lui a été refusé. La Cour a considéré d'une part que le NHS, quelle que soit sa spécificité, n'échappait pas au champ d'application de la jurisprudence sur la libre prestation de services, et d'autre part, que pour être en droit de refuser une autorisation préalable en se fondant sur un délai d'attente, ce délai d'attente se devait d'être acceptable au vu de l'état clinique de l'intéressé.

### 3. La place actuelle de la santé dans les stratégies européennes : Le renforcement du rôle de l'Union

*L'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne dispose « 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 ». La santé publique est un domaine de compétences « partagées » entre l'Union européenne et ses Etats membres qui se sont étendues à mesure que la liberté de circulation des personnes et des biens s'est accrue. L'intervention de l'UE en matière de politique de santé publique s'est développée dans un certain nombre de domaines, à travers des mesures législatives et des programmes d'actions.*

#### 3.1 Les programmes pluriannuels : l'application de la méthode ouverte de coordination

Concrètement,

*« la méthode ouverte de coordination en matière de protection et d'inclusion sociales permet à l'Union européenne de fournir un cadre pour l'élaboration de stratégies nationales et pour la coordination des politiques entre les pays de l'UE dans les domaines de la pauvreté et de l'exclusion sociale, des soins de santé,*

*des soins de longue durée et des retraites. La méthode ouverte de coordination est un processus volontaire de coopération politique fondé sur l'établissement d'objectifs et d'indicateurs communs destinés à mesurer la progression vers ces objectifs. (...) La méthode ouverte de coordination vise également à mettre en place un apprentissage mutuel en ce qui concerne l'examen approfondi des politiques, programmes et dispositifs institutionnels présentés comme constituant de "bonnes pratiques" dans les rapports nationaux. L'un des outils les plus importants à cet égard est l'examen par les pairs, qui favorise la diffusion des bonnes pratiques entre les États membres par l'évaluation de l'efficacité des principales politiques ou institutions ».*<sup>20</sup>

La Commission encourage l'utilisation de la MOC dans le domaine de la santé, ainsi que la coordination des politiques régionales, toujours dans une logique collaborative avec les parties concernées, les autorités locales et nationales et les professionnels de la santé. Cependant, ce procédé de co-construction des politiques de santé est le fruit d'un long processus.

En juin 2001, le Conseil européen de Göteborg, dans sa réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour relever les défis d'une société vieillissante, a demandé au Conseil, sur la base de la MOC, d'élaborer un rapport préliminaire présenté au Conseil européen du printemps 2002 sur les orientations à adopter dans le domaine des soins de santé et des soins pour les personnes âgées. Ce rapport reposait sur une Communication de la Commission de décembre 2001<sup>21</sup>, qui examinait les tendances démographiques, technologiques et financières qui représentent des défis pour notre capacité future à garantir des niveaux élevés de protection sociale dans ce domaine. La Communication conclut que les systèmes de soins de santé et de soins de longue durée de l'UE sont confrontés au défi consistant de pouvoir garantir simultanément la réalisation des trois objectifs suivants :

- l'accès pour tous à la santé, indépendamment des revenus et de la richesse ;
- un niveau élevé de qualité des soins ;
- la viabilité financière des systèmes de soins.

La consécration de la MOC dans le domaine de la santé a eu lieu notamment par le biais d'une Communication de la Commission du 20 avril 2004 intitulée : « *Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables : un appui aux stratégies nationales par la "méthode ouverte de coordination"* »<sup>22</sup>. Cette Communication propose d'étendre la « méthode ouverte de coordination » au secteur de la santé et des soins de longue durée. Ceci permettra d'établir

---

<sup>20</sup> Site de la DG Emploi, affaires sociales et inclusion, « *Protection sociale et inclusion sociale - Cadre politique* », <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=753&langId=fr>

<sup>21</sup> Communication de la Commission européenne, « *L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées : garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière* », COM (2001) 723, final.

<sup>22</sup> Communication de la Commission européenne, « *Moderniser la protection sociale pour le développement des soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables : un appui aux stratégies nationales par la méthode ouverte de coordination* », COM(2004)304 final – Non publié au Journal officiel.

un cadre favorisant l'échange d'expériences et de meilleures pratiques en appuyant ainsi les Etats membres dans leurs efforts de réforme des soins de santé et des soins de longue durée.

En effet, dans sa Communication, la Commission rappelle qu'il est nécessaire de :

*« [...] renforcer la coordination des politiques nationales afin de soutenir les efforts de modernisation et de développement des systèmes de soins de santé, et encourage une stratégie globale qui comprendrait les trois autres domaines de la protection sociale: retraites, inclusion sociale et salaires. Ces domaines font l'objet d'une coordination renforcée depuis 2000 ». Elle ajoute ainsi : « Dans ce contexte, la « méthode ouverte de coordination » sera un outil clé, car il est respectueux de la diversité des situations nationales en matière de soins de santé, contribue à l'implication des nombreux acteurs de ce secteur et favorise une approche globale et intégrée des problèmes rencontrés aujourd'hui par les différents systèmes en établissant un lien étroit avec les instruments et les politiques concernés par le domaine.*

*Sur la base de ces orientations, la Commission propose des objectifs destinés à soutenir le développement des systèmes dans l'UE, à savoir :*

- *assurer l'accès aux soins : universalité, équité et solidarité ;*
- *promouvoir la qualité des soins ;*
- *garantir la viabilité financière de soins accessibles et de qualité »<sup>23</sup>.*

L'accord des Etats membres sur des « objectifs communs » en matière de santé en 2004<sup>24</sup> et la remise en mars 2005, de « rapports préliminaires » qui présentent les défis auxquels leurs systèmes sont confrontés au niveau national, les réformes en cours et les orientations politiques de moyen terme sont autant d'exemples de MOC sociale. Ces rapports comprennent des données statistiques et, le cas échéant, des objectifs chiffrés. Ils font ensuite l'objet d'une analyse par la Commission, afin de prendre en compte l'avis et la contribution des Etats membres au moment de la fixation des « objectifs communs » du processus de protection sociale « rationalisée ».

En juillet 2008, la Commission européenne a proposé de renforcer la MOC dans le domaine social, afin de permettre à l'Union européenne d'obtenir de meilleurs résultats sur la période 2008-2010 et d'ouvrir la voie à la mise en place d'un cadre solide pour l'après 2010<sup>25</sup>.

La Communication adoptée par la Commission européenne identifie quatre priorités :

---

23 Communication de la Commission européenne, « *Moderniser la protection sociale pour le développement des soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables : un appui aux stratégies nationales par la méthode ouverte de coordination* », COM(2004) 304 final – Non publié au Journal officiel.

24 Conseil des ministres, « *Accord partiel dans le domaine social et de la santé publique* », CM(2004)63, 14 avril 2004.

25 Communication de la Commission, « *Un engagement renouvelé en faveur de l'Europe sociale: renforcement de la méthode ouverte de coordination pour la protection sociale et l'inclusion sociale* », COM(2008) 418 final.



- accroître l'engagement politique et la visibilité ;
- renforcer l'interaction positive avec les autres politiques communautaires ;
- renforcer les outils analytiques ;
- améliorer l'appropriation, au travers de l'évaluation par les pairs de l'apprentissage mutuel et de la participation de tous les acteurs.

Un des exemples de MOC les plus récents demeure le « Ehealth Action Plan 2012–2020 »<sup>26</sup>: cette action a permis une consultation pendant un an de toutes les parties prenantes sur les nouveaux enjeux de la télésanté et les écueils à éviter dans son développement. Le rapport final de cette consultation a été publié en 2012 et est présenté comme le fruit d'un consensus de toutes les parties prenantes et les acteurs de santé : elle dégage de nouvelles pratiques et met en lumière les nouvelles priorités en matière de télésanté jusqu'en 2020, tout en présentant clairement les disparités nationales existantes.

### 3.2 La promotion d'une co-construction avec les Etats membres : entre principe de subsidiarité et benchmarking<sup>27</sup>

La DG SANCO (Direction Générale de la santé et de la protection des consommateurs de la Commission européenne) définit de la manière suivante la mission européenne en matière de santé :

*« Conjointement avec les Etats membre, l'Union européenne vise à promouvoir et à protéger la santé de ses citoyens.*

*L'UE a pour mission de compléter les actions nationales en matière de santé. Cette tâche consiste principalement à :*

- *protéger les citoyens contre les maladies et autres menaces pour la santé ;*
- *promouvoir des modes de vie sains ;*
- *aider les autorités nationales au sein de l'UE à coopérer sur les questions de santé. »<sup>28</sup>*

L'action de l'Union est donc une action complétive, qui ne se substitue pas à celle des Etats membres mais vient apporter davantage de coordination et de cohérence à ces dernières. Le principe de subsidiarité, rappelé dans le Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne dans son article 168 dispose que « *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'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des Etats membres incluent la gestion de services de santé et de soins*

<sup>26</sup> Voir plus loin. Pour plus d'informations : European Commission, « *Report on the public consultation on eHealth Action Plan 2012–2020* »,

[http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/health/docs/policy/ehap2012public-consult-report.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/policy/ehap2012public-consult-report.pdf)

<sup>27</sup> Le benchmarking peut se définir comme la recherche de bonnes pratiques permettant une meilleure efficacité dans l'atteinte des objectifs.

<sup>28</sup> Site de la DG SANCO : [http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_fr.htm)

*médicaux* ». En effet, dans chaque Etat membre existent déjà de nombreuses structures de prévention et de gestions des soins. En créer au niveau européen aurait donc un double emploi inutile et inopérant. Cependant, certaines problématiques de santé nécessitent une coopération entre les Etats, que l'Union européenne tend à coordonner.

En outre, la situation sanitaire dans les différents pays de l'Union est très hétérogène et les écarts en termes d'accès à la santé et de qualité de soins sont très importants. La réduction de ces écarts est de ce fait, l'un des objectifs fondamentaux de la politique européenne de santé.

Depuis 2003 sont adoptées des stratégies pluriannuelles en matière de santé qui guident les actions de l'Union en dégagant les priorités en matière de santé pour les années à venir. Ces stratégies sont élaborées par les autorités communautaires, qui y associent les acteurs étatiques et les représentants de la société civile. Cela a donné lieu à diverses recommandations sur la manière de promouvoir la santé au sein de la Stratégie EU2020<sup>29</sup>.

Sur le rôle de promotion des bonnes pratiques et du benchmarking entre les Etats membres, la volonté des institutions de promouvoir ces actions a été renforcée, puisque désormais le traité de Lisbonne dispose dans son article 168 évoqué précédemment : « *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* ».

Les institutions européennes voient donc leur rôle de coordinateur d'échange de bonnes pratiques renforcé et entériné dans le traité de Lisbonne. La santé étant un des domaines sociaux les plus complexes et hétérogènes selon les pays, l'Union a rapidement compris que l'ingérence dans les systèmes nationaux serait controversée et peu efficace. Celle-ci a donc beaucoup plus intérêt à promouvoir les échanges entre les pays, à gérer les projets transfrontaliers et à apporter son soutien à la co-construction des Etats membres.

Cependant, la frontière est mince entre le soutien et l'ingérence, et les prérogatives de l'Union en matière de santé n'ont cessé de croître. Le traité de Lisbonne ajoute la prévention des maladies ainsi que la lutte et la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé aux prérogatives communautaires. Ces ajouts sont un signe de plus d'une prise en compte de la dimension sociale par l'Union, prônée depuis de nombreuses années par les défenseurs de la construction communautaire. Mais l'expression « *menaces graves pour la santé* » reste très vague, et son interprétation large par l'Union pourrait augmenter considérablement ses prérogatives, sur des sujets encore aujourd'hui très nationaux, tels que la gestion des épidémies.

---

<sup>29</sup> Recommandations du forum de la santé : « *Call for Action, Together for Health – Europe 2020 and beyond, What we can do together* » :

[http://ec.europa.eu/health/interest\\_groups/docs/open2010\\_resolution.pdf](http://ec.europa.eu/health/interest_groups/docs/open2010_resolution.pdf)

## Conclusion

D'une évocation discrète dans les traités, la santé occupe aujourd'hui une place de premier plan dans les politiques européennes, et ses grands principes imprègnent toutes les politiques actuelles. Aujourd'hui, face au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques, à l'ampleur des épidémies et aux inégalités de santé croissantes en Europe, la santé est plus que jamais un enjeu crucial dans l'avenir des politiques européennes.

## Bibliographie indicative

### Etudes et publications

- Arnaud Senn, « *La Politique de santé de l'Union Européenne* », Policy Paper de la fondation Robert Schuman, Question d'Europe n°25, 18 avril 2006.
- Enquête Eurofound, « *Deuxième enquête sur la qualité de vie en Europe* », Fondation européenne pour l'Amélioration des Conditions de Vie et de Travail, Publications Europa, 2008.
- European Observatory on health systems and policies, « *Health in the European Union, trends and analysis* », Observatory Studies n°19, 2009.
- Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, « *Les inégalités sociales de santé* », Cahier de la santé n°40, Avril 2007.
- Koen Lenaerts, « *Droit de l'Union et soins de santé, les grandes lignes de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne* », MC-Information 240, Juin 2010.
- Marmot Review Team, « *Interim second report on the social determinants of health and the health divide in the WHO European Region* », Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2011.
- Noëlle Burgi, « *Enjeux d'une sécurité sociale universelle* », in *Le modèle mutualiste au défi de l'Europe*, Le Monde Diplomatique, Mars 2011.

### Documents officiels des institutions européennes

- Avis du Comité des Régions, « *La santé en faveur de la croissance - Troisième programme d'action pluriannuel de l'union pour la période 2014-2020* », 2012/C 225/18.
- Communication de la Commission, « *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union Européenne* », COM (2009) 567 final.
- Communication de la Commission, « *Un engagement renouvelé en faveur de l'Europe sociale : renforcement de la méthode ouverte de coordination pour la protection sociale et l'inclusion sociale* », COM(2008) 418 final.
- Livre Blanc, « *Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013* », COM(2007) 630 final.

- Travaux du Parlement européen, direction générale des politiques internes, département thématique A : politiques économiques et scientifiques, emploi et affaires sociales, « *Le rôle des sociétés mutuelles au XXIème siècle* », IP/A/EMPL/ST/2010-004, Juillet 2011.

### Sites internet

- Commission européenne, DG Emploi, affaires sociales et inclusion, <http://ec.europa.eu/social/home.jsp?langId=fr>
- Commission européenne, DG SANCO, [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_fr.htm)
- Commission européenne, European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>
- Commission européenne, Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
- Commission européenne, Santé-UE, [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_fr.htm)
- Parlement européen, Commission Environnement, santé publique et sécurité alimentaire, <http://www.europarl.europa.eu/committees/fr/envi/home.html>