

Avis du Comité économique et social européen sur la «Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies»

(COM(2003) 441 final — 2003/0174 (COD))

(2004/C 32/11)

Le 5 septembre 2003, le Conseil a décidé, conformément à l'article 152 du Traité instituant la Communauté européenne, de consulter le Comité économique et social européen sur la proposition susmentionnée.

La section spécialisée «Emploi, affaires sociales, citoyenneté», chargée de préparer les travaux du Comité en la matière, a élaboré son avis le 6 octobre 2003 (rapporteur: M. Bedossa).

Lors de sa 403^e session plénière des 29 et 30 octobre 2003 (séance du 29 octobre), le Comité économique et social a adopté l'avis suivant par 125 voix pour et 2 abstentions.

1. Introduction

1.1. Deux raisons majeures pressent la Commission des Communautés européennes de présenter rapidement ce projet de règlement instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies:

1.1.1. La première est la future adoption du projet de «Traité établissant une Constitution pour l'Europe» qui a identifié les problèmes de sécurité communs en matière de santé publique, comme un domaine dans lequel les compétences de la Communauté européenne doivent être très notablement renforcées.

1.1.2. La seconde raison est provoquée par l'actualité continue des problèmes de santé publique qui surviennent depuis une bonne vingtaine d'années sur la planète, dont le point de départ peut se situer par la découverte et l'explosion de virus mutants, comme celui du VIH dans le début des années 1980, et pour terminer, au tout début de cette année, par la mutation du virus Corona, qui a provoqué l'alerte générale, de la Chine au Canada, avec l'apparition du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), aux conséquences multiples et nombreuses et encore mal évaluées.

1.2. Tout cela sans oublier, depuis la fin des années quatre-vingt, l'apparition simultanée de menaces de bio-terrorisme au Japon ou aux USA.

1.3. Quand on étudie l'histoire récente de ces pandémies, la caractéristique qui s'impose est celle du développement immédiatement planétaire des risques: le VIH, sans doute né sur les bords du Congo, s'est identifié la première fois à Norfolk aux USA, et la mutation du virus Corona est «véhiculée» en moins de trois mois de Quandong (Chine), à Toronto, au Canada.

Cela signifie que la migration de ces pandémies est considérablement accélérée par les voyages et les systèmes de communication internationaux.

1.4. Une autre contrainte est apparue: les citoyens européens, même si les systèmes de protection sociale sont très différents, exigent que les États les protègent de plus en plus des risques de santé, et qu'en matière de santé publique, les autorités utilisent les principes de précaution, de précocité, d'information et de transparence dans leurs réactions et leurs décisions, même s'il s'agit d'un cahier des charges difficile à respecter parfois.

1.4.1. L'Union européenne est dans une situation très inégale: certains pays possèdent des structures modernes et adaptées, d'autres beaucoup moins. Ces différences sont amenées à s'aggraver avec l'élargissement de l'Union, raison pour laquelle la création et le fonctionnement efficace d'un organisme tel que le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies sont sans aucun doute nécessaires.

1.5. Depuis 1999, la Commission des Communautés européennes gère un réseau sur les maladies transmissibles, mais c'est une coopération ponctuelle, insuffisante.

Un renforcement substantiel du système s'impose désormais, pour que l'Union européenne soit en mesure de le contrôler efficacement. En juin 2001 également, au Conseil européen de Göteborg, le Conseil a demandé la constitution de ce Centre de contrôle et de prévention des maladies transmissibles.

Il est à noter que, début juin 2003, à la suite de la déclaration d'épidémie du SRAS, l'adhésion des États à ce projet de Centre a recueilli une très large adhésion.

2. Observations générales

2.1. L'approche systématique et structurée du contrôle des maladies transmissibles, et aussi des autres menaces sanitaires graves, est nécessaire. Ceci démontre l'importance d'une approche préventive, qui soit indiquée exactement dans la dénomination même du Centre, et précisée dans la mission du Centre (article 3 de la proposition).

En effet, dans le domaine agroalimentaire, les crises successives de l'encéphalite spongiforme bovine, la maladie de Creutzfeldt Jacob, la «dingue» du mouton, la grippe du poulet, ont été des menaces généralisées et sérieuses.

2.2. Dans le domaine de l'environnement, l'explosion de la morbidité et de la mortalité dues à l'amiante, aux expositions à des agents chimiques, le développement des maladies respiratoires dues à la pollution, et les nombreux décès survenus à la suite de la canicule, c'est-à-dire le réchauffement des températures, sont également désormais considérés comme des crises sanitaires graves, ayant des caractéristiques elles aussi épidémiques. La prévention et le contrôle de ces crises sanitaires nouvelles nécessitent de dépasser le modèle épidémiologique uniquement adapté aux maladies transmissibles, et ce d'autant plus que, même pour ces maladies, les déterminants environnementaux s'accroissent. Ces crises montrent à quel point il est important d'étudier les interactions entre plusieurs facteurs de risque, ainsi que leur accumulation, toutes deux pouvant dégénérer en pathologies, y compris des pathologies graves et des crises sanitaires. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies doit être structuré et équipé de manière adéquate pour faire face à des analyses complexes du type de celles sur les mécanismes d'interaction et de cumul.

3. Menaces sanitaires

3.1. Elles peuvent provenir, dans le futur, d'origines très diverses: de nombreuses régions du monde avancé, comme des régions en développement peu équipées en infrastructures sanitaires, peuvent être touchées, notamment lorsque l'on rappelle qu'actuellement les fièvres hémorragiques foudroyantes, comme la fièvre due au virus Ebola, n'ont trouvé aucune parade.

La menace de crises graves provenant de la grippe, dont les virus sont en constante évolution est réelle.

3.2. À cela, il faut ajouter les origines chimiques, toxiques ou microbiennes «ordinaires» et celles pouvant provenir d'un «bio-terrorisme» provoqué de manière délibérée: gaz sarin au Japon, anthrax aux USA, toxine botulique, gaz paralysant ou asphyxiant en Irak.

3.3. Deux paramètres sont à contrôler:

- Le temps et la rapidité de réaction liées à la présence de structures de coordination opérationnelles sont des facteurs essentiels de la réponse à apporter à ces crises sanitaires graves. L'exemple de la crise du SRAS en est la dernière démonstration.
- Le système de réseaux à mettre en place doit être lui aussi raccordé aux autres réseaux mondiaux: liaisons avec l'organisation mondiale de la santé (OMS), et avec le réseau CDC (center for Disease Control and Prevention) des USA à Atlanta notamment.

3.4. L'impact de ces crises est non seulement ressenti en matière de santé publique, donc de réponses à apporter à l'anxiété généralisée de l'opinion, mais également économique puisque dans la crise du SRAS, l'économie de nombreux pays asiatiques a été touchée, et à un degré moindre, l'économie d'entreprises européennes du tourisme ou du transport.

3.5. La décision européenne n° 2119/98/CE instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté européenne vient réparer le désordre actuel existant.

3.6. De nombreux pays des États de l'Union européenne possèdent des structures performantes et efficaces sur leur territoire mais peu coordonnées entre elles. La surveillance, l'alerte précoce et la réaction à l'échelon européen sont nécessaires, et s'ils forment entre eux le «réseau des réseaux» comme base communautaire, le suivi des actions et des interventions techniques est nécessaire.

3.7. Ces exigences entraînent la nécessité d'un accroissement important des moyens financiers, de manière pérenne, nécessaire pour remplir ces fonctions.

La consultation scientifique et la coordination des politiques de santé publique pour répondre à ces nombreuses demandes et ce cahier des charges très lourd, nécessitent des financements importants, si l'on veut accroître cette capacité à délivrer des avis scientifiques indépendants, à assurer une coopération opérationnelle efficace.

3.8. La fragmentation des structures actuelles est nuisible; des mécanismes nouveaux sont à mettre en place pour aider les États membres et la Commission à faire leur travail.

L'élargissement à dix nouveaux pays, insuffisamment équipés pour la plupart, peut provoquer le manque d'efficacité des activités de surveillance.

3.9. L'Union européenne doit pouvoir mettre ses États membres, et les structures dédiées, en veille sanitaire constante sur tous les modèles d'attaques contre la santé publique de ses ressortissants: la liaison généralisée avec l'OMS, et les autres structures spécialisées dans le monde, doit permettre d'obtenir un échange permanent d'informations entre les réseaux, pour mettre en place rapidement et constamment les matériels appropriés pour répondre aux attaques d'où qu'elles viennent.

3.10. Les crises sanitaires de cette dernière décennie subies par les pays de l'Union européenne, ont notablement sensibilisé les responsables de l'Union européenne, des États membres et les populations, pour accepter les efforts nécessaires pour mener la lutte contre ces crises de santé publique.

4. Observations particulières

4.1. Face à la demande croissante des citoyens de l'Union européenne devant ces crises sanitaires d'origines diverses et parfois plurielles, un pays de l'Union européenne, seul, a besoin de compétences, d'expertises et d'expérience venant de toute part pouvant mettre en place connaissances spécialisées et coordonnées.

4.2. Le réseau nécessaire a besoin de plusieurs éléments:

- Personnels formés et compétents en nombre suffisant.
- Les centres épidémiologiques existants doivent disposer d'une place privilégiée dans le dispositif et veiller à ce que leurs modèles de prévention et de contrôle s'adaptent à l'évolution de la nature des risques et intègrent en particulier la santé environnementale.
- La source d'information ainsi définie doit être à la disposition de tous les partenaires. Ses avis scientifiques doivent faire autorité et permettre à la Commission d'élaborer toutes sortes de propositions d'action et projets législatifs.

4.3. Ce Centre, qui fait office d'agence européenne indépendante, pourrait mobiliser et renforcer de manière significative les synergies dispersées entre les centres nationaux existants, compétents en matière de contrôle des maladies. Ceci devrait permettre d'obtenir la meilleure coopération pour une Europe élargie, et également avec les autres agences de l'Union: l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) et l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA), qui a des compétences spécifiques dans le domaine de la pharmacovigilance, afin d'éviter des chevauchements inutiles d'activités.

4.4. Le Comité économique et social européen est profondément d'accord avec l'analyse de la Commission quant à la définition et la conception des missions de ce Centre européen de prévention et de contrôle des maladies:

- Surveillance et mise en réseau des laboratoires existants pour obtenir rapidement l'harmonisation des méthodes de surveillance, et l'accélération de la comparabilité et de la compatibilité des données de surveillance réalisées dans les meilleurs délais.
- Avis scientifiques de haut niveau reconnus des Autorités scientifiques et des Académies, et normalisation des procédures de laboratoire dont l'excellence et l'indépendance des travaux doivent être garanties.

4.5. Le Comité économique et social européen insiste beaucoup pour que la veille scientifique soit constante, celle-ci devant concourir à une alerte précoce et extrêmement rapide, évitant toute détérioration vers une crise grave et/ou majeure.

4.6. Le Comité économique et social européen considère que l'assistance technique ne peut se limiter parfois qu'aux seuls pays de l'Union européenne.

Il y a lieu d'être attentif à tous les signaux qui viennent d'ailleurs pour enclencher une réponse rapide: l'Union européenne doit pouvoir obtenir et/ou fournir de l'aide à tous ceux qui peuvent lui apporter un concours sur tous les théâtres d'opération: agences communautaires, OMS, CDC, médecine humanitaire, agences étrangères qui font face à des foyers pouvant toucher ailleurs et en particulier l'Union européenne.

4.7. En aval de ces actions de recherche et de prévention, le Comité économique et social européen est d'accord pour que cette agence joue un rôle de premier plan dans la coordination de la réaction à des menaces sanitaires graves de portée communautaire, coordonnant les intervenants concernés, tels que par exemple les autorités en charge de la santé publique, la protection civile, l'armée et la société civile.

4.8. Le Comité économique et social européen note avec intérêt le projet d'organisation de ce Centre européen:

- Taille réduite mais influence très grande grâce aux synergies mises en place avec les Instituts nationaux.

Cependant le Comité économique et social européen est dubitatif pour le début de son fonctionnement, quant à la parcimonie des personnels.

- La structure administrative est apparemment directe et souple, permettant une surveillance continue de la cohérence des actions menées dans le cadre des politiques communautaires et des initiatives nationales.

4.9. Le Comité économique et social européen indique, en l'approuvant très fortement, que la constitution du Forum consultatif (article 18) doit être constituée avec une extrême minutie et une grande rigueur, pas seulement des membres d'instituts nationaux similaires, car il est, à côté du Directeur, la cellule essentielle du dispositif pour garantir cette construction essentielle à une grande politique de santé publique de l'Union européenne.

5. Conclusion

5.1. La Commission européenne a réagi avec célérité à la suite de la crise sanitaire internationale provoquée par le SRAS.

Le Comité économique et social européen est persuadé que ces menaces se multiplieront à l'avenir sur de très nombreux fronts: chimiques, toxiques, climatologiques, viraux ou microbiens, et que les résistances aux traitements accentuent ces menaces, comme pour la tuberculose, le sida, le paludisme, les fièvres hémorragiques foudroyantes.

5.2. La création de ce Centre est un encouragement au renforcement de l'Union européenne dans sa politique de santé publique définie par l'article 152, telle qu'elle est prévue dans le projet de constitution de l'Union européenne, sur la table de la Conférence intergouvernementale.

Bruxelles, le 29 octobre 2003.

Le Président

du Comité économique et social européen

Roger BRIESCH

Avis du Comité économique et social européen sur la «Communication de la Commission, au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions "Renforcement de la dimension sociale de la stratégie de Lisbonne: Rationalisation de la coordination ouverte dans le domaine de la protection sociale"»

(COM(2003) 261 final)

(2004/C 32/12)

Le 28 mai 2003, la Commission a décidé, conformément à l'article 262 du traité instituant la Communauté européenne, de solliciter l'avis du Comité économique et social européen sur la communication susmentionnée.

La section spécialisée «Emploi, affaires sociales, citoyenneté», chargée de préparer les travaux du Comité en la matière, a adopté son avis le 6 octobre 2003 (rapporteur: M. Beirnaert).

Lors de sa 403^e session plénière des 29 et 30 octobre 2003 (séance du 30 octobre 2003), le Comité économique et social européen a adopté le présent avis par 62 voix pour, 2 voix contre et 0 abstention.

1. Introduction

1.1. Dans le rapport de printemps de 2003, la Commission s'engageait à adopter une communication sur «la réorganisation des actions actuellement disparates liées à l'inclusion sociale et aux pensions et, le moment venu, la coopération en matière de soins de santé et des efforts visant à "rendre le travail payant" dans le cadre d'une méthode ouverte de coordination unique». En outre, le Conseil européen de Bruxelles en mars 2003 a demandé la Commission de «faire rapport sur l'opportunité de simplifier et de rationaliser les différents

volets des travaux relatifs à la protection sociale pour les inscrire dans un cadre cohérent suivant la méthode ouverte de coordination».

1.2. Le Conseil européen de Lisbonne en mars 2000 a décidé d'une stratégie socio-économique intégrée pour l'Europe. Dans ce contexte, la coopération en matière de protection sociale venait à renforcer la coordination des politiques économiques dans le cadre des grandes orientations de politiques économiques (GOPE) et celle des politiques de l'emploi dans le cadre de la stratégie européenne pour l'emploi.