

N° 246

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1994-1995

Rattaché pour ordre au procès-verbal de la séance du 5 avril 1995.
Enregistré à la Présidence du Sénat le 6 avril 1995.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la délégation du Sénat pour l'Union européenne (1),

JMR

la proposition de programme d'action communautaire concernant la prévention du SIDA et de certaines autres maladies transmissibles dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (E-339),

Par M. Christian de LA MALÈNE,

Sénateur.

(1) Cette délégation est composée de : MM. Jacques Genton, président ; Michel Caldagues, Claude Estier, Jacques Golliet, Michel Poniatowski, vice-Présidents ; Guy Cabanel, Marcel Daunay, Jean Garcia, Jacques Habert, Emmanuel Homel, Roland du Luart, Jacques Oudin, André Rouvière, secrétaires ; Mme Monique Ben Guiga, MM. Maurice Blin, Ernest Cartigny, Jean Delauneau, Charles Descours, Ambroise Dupont, Jean François-Poncet, Yves Guéna, André Jarrot, Pierre Lagourgue, Christian de La Malène, Lucien Lanier, Charles Lederman, Paul Masson, Charles Metzinger, Daniel Millaud, Philippe Nachbar, Georges Othily, Guy Penne, Jacques Rocca Serra, René Trégouët, Marcel Vidal, Xavier de Villepin.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	3
I - LE DÉVELOPPEMENT D'UNE ACTION ANTÉRIEURE, DÉSORMAIS FONDÉE SUR LE TRAITÉ DE MAASTRICHT ET, DONC, SOUMISE AU PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ ...	5
A - Des propositions d'actions communautaires renouvelées qui s'inscrivent dans un programme général aux vastes ambitions	5
B - Des objectifs indiscutables mais des procédures peu conformes au principe de subsidiarité	9
II - SI LA CONFORMITÉ DE LA PROPOSITION AU PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ N'EST PAS DÉMONTRÉE, LE PROGRAMME PEUT-IL NÉANMOINS UTILEMENT CONCOURIR AU BIEN DES PERSONNES ATTEINTES OU MENACÉES?	17
A - Les procédures communautaires envisagées apparaissent particulièrement inadaptées à la lutte contre les plus graves des maladies transmissibles	17
B - Un obstacle dirimant : l'absence de tout volet recherche ..	25
CONCLUSION	33
EXAMEN DU RAPPORT PAR LA DÉLÉGATION	35
ANNEXES	39

INTRODUCTION

Selon le Traité de Rome, ne pouvait être évoquée au niveau communautaire que la santé des travailleurs, et encore dans le seul cadre du milieu professionnel. Sur cette base ont été prises de très nombreuses normes renforçant et harmonisant les règles d'hygiène et de sécurité, protégeant les travailleurs des professions les plus variées.

La santé publique au sens large ne pouvait que très indirectement être traitée au niveau communautaire, par le biais de la reconnaissance des qualifications des professions médicales, ou encore par les progrès de l'« Europe du médicament ».

On notera même, presque pour mémoire, que le Traité de Rome rangeait la « protection de la santé et de la vie des personnes » parmi les causes licites de dérogations aux disciplines du marché commun, dérogations énoncées à l'article 36. La santé figurait ainsi parmi les compétences expressément réservées aux Etats.

Recurant à l'article 235, qui offre une base juridique aux interventions communautaires non prévues par le Traité, et sur proposition de la Commission, le Conseil décida pourtant de lancer des programmes communautaires contre de « grands fléaux » : cancer, SIDA et toxicomanie. Le traité de Maastricht ayant expressément mentionné ces actions parmi les compétences désormais ouvertes aux initiatives de la Communauté si elle peut mieux les assurer que les Etats membres, les programmes initiaux qui arrivent à échéance font, de la part de la Commission, l'objet de propositions de renouvellement avec de considérables développements, constituant une véritable politique communautaire de la santé publique. La Commission a d'ailleurs publié une communication qui propose le cadre général d'une "Action communautaire en matière de santé publique" et énonce différents programmes particuliers de mise en oeuvre de ce cadre général.

Il convient dès lors de décrire le programme spécifique de lutte contre le SIDA en précisant les étapes de la procédure et les caractéristiques de la nouvelle proposition, avant d'évaluer non seulement la compatibilité des actions envisagées avec le principe de subsidiarité, mais surtout l'efficacité de cette nouvelle structure au regard des besoins des malades et de la recherche de traitements curatifs, impératifs qui doivent primer sur toute stratégie institutionnelle.

1 - LE DÉVELOPPEMENT D'UNE ACTION ANTÉRIEURE, DESORMAIS FONDÉE SUR LE TRAITÉ DE MAASTRICHT, ET, DONC, SOUMISE AU PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ

Le projet de programme d'action communautaire contenu dans le document E-339 vise à prolonger et étendre un programme antérieur. Sans doute trouve-t-il une base juridique explicite dans les articles introduits par le Traité de Maastricht. Mais, en même temps, les interventions communautaires dans le domaine de la santé publique doivent désormais, non moins explicitement, respecter le principe de subsidiarité.

On décrira la procédure suivie et l'organisation du programme proposé avant d'en apprécier la conformité aux dispositions du Traité, tant à celles qui régissent les interventions communautaires qu'à celles qui soumettent ces interventions au principe de subsidiarité.

J

A - Des propositions d'actions communautaires renouvelées qui s'inscrivent dans un programme général aux vastes ambitions

• Un programme général d'action communautaire dans le domaine de la santé publique

La Commission avait soumis un premier Programme communautaire de prévention contre le SIDA, qui avait été décidé par le Conseil le 4 juin 1991 et qui s'étendait sur la période 1991-1993. A l'échéance de ce programme, il avait été décidé, le 13 décembre 1993, de le prolonger jusqu'à la fin de 1994, prolongation renouvelée le 22 décembre 1994 jusqu'à la fin 1995.

La proposition contenue dans l'Acte communautaire E-339 développe considérablement l'ambition initiale, non seulement à l'égard de la prévention du SIDA (accroissement des actions et des moyens) mais elle l'étend aux principales maladies transmissibles. Cette ambition s'inscrit dans le cadre de la Communication de la Commission du 24 novembre 1993.

Dans cette communication, publiée moins d'un mois après l'entrée en vigueur du Traité de Maastricht (1.11.93) la Commission entendait fixer les orientations de l'action communautaire en matière de santé publique en utilisant pleinement les potentialités du nouvel article 129, selon une interprétation délibérément "constructive".

Ainsi, la Commission envisage rien de moins que des actions dans les domaines suivants :

- *la promotion de comportements et de modes de vie plus sains ;*
- *la coordination des systèmes nationaux de collecte de données statistiques et de surveillance épidémiologique ;*
- *la lutte contre le cancer ;*
- *la lutte contre le SIDA ;*
- *la lutte contre la toxicomanie ;*
- *la prévention des accidents (suicides, accidents de circulation, accidents domestiques) ;*
- *la lutte contre les pathologies liées à l'environnement ;*
- *la lutte contre les « maladies rares » (sans exclure les affections mentales, ni les maladies des muscles et du squelette).*

Ces actions, aux termes de la Communication-cadre de la Commission, devraient aller de pair avec développement de la politique du médicament et des formations des professionnels de la santé.

• **Le nouveau Programme d'action communautaire concernant la prévention du SIDA et de certaines autres maladies transmissibles, selon la proposition de la Commission**

Prenant le relai du programme initial deux fois prolongé, la nouvelle proposition de Programme de prévention du SIDA s'inscrit donc dans le cadre de la communication générale de la Commission énonçant les orientations de l'action communautaire en matière de santé dont elle reprend plusieurs objectifs : « coordination des systèmes nationaux de collecte de données statistiques et de surveillance épidémiologique » ; « lutte contre le SIDA » ; et, au moins partiellement, « lutte contre les maladies rares ».

Publiée le 9 novembre 1994, la proposition de « Programme d'action communautaire concernant la prévention du SIDA et de certaines autres maladies transmissibles dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique » est précédée d'une Communication, publiée conjointement, qui en développe, non sans redondance, l'exposé des motifs. En voici les éléments :

Durée :

- Programme de 5 ans 1995-1999 (prenant la suite du premier programme lancé en 1991)

Budget :

- 50 millions d'ECU en 5 tranches annuelles de plus ou moins 10 millions d'ECU. Classé en dépenses non obligatoires (i.e. soumises à co-décision du Parlement européen - Crédits dissociés). La programmation budgétaire de la Commission comprend d'ores et déjà cette dépense prévisionnelle.

Base juridique et procédure d'adoption :

- Art. 129 du Traité de Maastricht, ce qui implique la co-décision entre le Conseil, statuant à la majorité qualifiée, et le Parlement européen, outre la consultation du Comité économique et social et du Comité des régions.

Objectifs :

- "Mise en oeuvre d'un programme d'actions communautaires dans le domaine de la prévention du SIDA et d'autres maladies transmissibles" (hépatites, tuberculose, maladies gastro-intestinales à germes, légionnellose, etc ...) précise, si l'on ose dire, la Commission, ainsi que les "infections nosocomiales" (1), (énoncé qui constitue un élargissement considérable des objectifs du programme initial, visant le seul SIDA).

- "Encourager la coopération entre Etats membres, appuyer leur action et promouvoir la coordination de leurs politiques et programmes"

- "Stimuler les Etats membres dans le développement de leurs propres moyens de prévention du SIDA et d'autres maladies transmissibles, dans leurs stratégies de prévention et dans leur coopération intracommunautaire, en particulier par un soutien aux échanges, à

(1) Infections contractées à l'occasion même de l'action thérapeutique, par exemple infection par des germes pathogènes dans des locaux hospitaliers à l'aseptie insuffisante.

l'identification et à la diffusion de meilleures pratiques, à la création de réseaux ; élaborer des lignes directrices et aider financièrement à des programmes ou projets pilotes en vue de *contribuer à l'amélioration de l'efficacité de la prévention*, tant au niveau des professionnels du champ socio-sanitaire que de la population"

- "Contribuer à favoriser la prise en charge sanitaire et sociale, par les professionnels du champ socio-sanitaire, de l'environnement du travail et des groupes à risque : toxicomanes, homosexuels, prostitué(e)s, situations à risques"

- le tout, en vue de la "baisse de la mortalité, de la morbidité et du risque d'infection"

Actions envisagées :

SIDA et MST : collecte de données. Actions d'information et de prévention auprès des enfants et des jeunes. Prévention de la transmission du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles. Assistance sociale et psychologie, et lutte contre la discrimination.

Toutes maladies transmissibles : Vaccinations - Création de réseaux de surveillance et de diffusion des données épidémiologiques - Information, éducation du public, et formation des personnels médico-sociaux - Promotion de la détection précoce et du dépistage systématique (hépatite, tuberculose ...)

Champ d'application :

"Les pays de l'AELE, dans le cadre de l'Accord sur l'E.E.E., ainsi que les pays d'Europe centrale et orientale avec lesquels la Communauté a conclu des accords d'association peuvent être associés aux activités" du Programme.

Gestion :

- Actions entièrement à la discrétion de la Commission assistée seulement d'un Comité consultatif formé de représentants des Gouvernements.

Evaluation et contrôle :

La proposition de la Commission prévoit, outre "une évaluation par des *spécialistes* des principales actions et études financées", un Rapport intérimaire ainsi qu'un Rapport global, tous deux transmis au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions.

B - Des objectifs indiscutables mais des procédures peu conformes au principe de subsidiarité

Si la constatation qui est à la base du nouveau programme comme de l'action initiale est indiscutable : à savoir le caractère dramatique de la maladie liée au syndrome d'immunodéficience acquise, ainsi que le caractère intrinsèquement "trans-frontières" de la propagation non seulement de cette maladie, mais également des graves affections visées par le programme, en revanche, il convient de s'interroger sur l'efficacité des moyens dont la Commission propose la mise en oeuvre, non seulement parce que cette efficacité est le critère de licéité posé par le Traité de Maastricht à l'exercice des compétences subsidiaires, mais surtout parce que le gaspillage des deniers publics, la dispersion des efforts sur fond de querelles institutionnelles dans un domaine aussi grave seraient particulièrement choquants, et finalement encourageraient l'euroscépticisme.

• Le principe de subsidiarité n'est pas une ligne d'armistice entre institutions rivales mais une règle d'efficacité

L'article 129 créé par le Traité de Maastricht reçoit sans doute un riche tribut sémantique, digne du Dr Knock de Jules Romains : il n'est question que de "stimuler les Etats membres", "compléter leur action", "encourager des projets pilotes", "inciter à la constitution de réseaux d'organisation" (non sans que soit évoquée "la mise en place d'une structure de réseaux basée sur les ressources mises en commun", couronnement institutionnel ordinaire des Programmes pluriannuels, sur le modèle sans doute de l'"Agence de l'environnement" censée elle aussi être le centre de réseaux : on observe là, une fois de plus, un processus plus ou moins dissimulé d'institutionnalisation dans un domaine où pourtant le Traité n'a prévu qu'une compétence exceptionnelle et toujours à justifier).

Les termes mêmes dans lesquels est rédigé l'article 129 du Traité en explique les difficultés d'une interprétation toujours susceptible de divergences considérables, consubstantielles à toute appréciation des critères de la subsidiarité de l'action communautaire :

Article 129

1. *"La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les Etats membres et, si nécessaire, en appuyant leur action.*

"L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

"Les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté.

2. *"Les Etats 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 Etats membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.*
3. *"La Communauté et les Etats membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.*
4. *"Pour contribuer à la réalisation des objectifs visés au présent article, le Conseil adopte :*

- statuant conformément à la procédure visée à l'article 189 B et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, des actions d'encouragement, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des Etats membres ;

"- statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, des recommandations."

A l'instar des autres articles introduits par le Traité de Maastricht dans le Traité de Rome et donnant une base juridique à l'intervention communautaire dans des domaines aussi divers que la culture, l'éducation, la jeunesse, la protection des consommateurs ou encore l'industrie, à la suite de l'environnement, inscrit, lui, dès l'Acte Unique, toutes compétences exercées sous réserve du principe général de la subsidiarité de l'action communautaire, l'article 129, qui ouvre le domaine de la santé, fait reposer la licéité des interventions de la Communauté sur un critère de "valeur ajoutée communautaire".

Ce critère de compétences communautaires subsidiaires est défini à l'article 3 B issu du Traité de Maastricht :

...Dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la Communauté n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire...».

Or, dans les domaines comme la protection de l'environnement ou encore une "éducation et une formation de qualité" pour ne citer qu'eux dans la liste de l'article 3, quel Etat peut prétendre réaliser pleinement de tels objectifs ?

A fortiori, dans un domaine comme "la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé" (Art. 3, § 0) objectif repris à l'article 129, § 1, "la Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine", quel Etat membre peut prétendre avoir réalisé ce "niveau élevé", optimum d'ailleurs non défini, et pour cause, dans le combat de l'homme contre la mort ?

On voit que la généralité même des nouveaux objectifs pouvant justifier une intervention communautaire paralyse à peu près tout examen de la licéité de l'action au regard du caractère d'insuffisance de l'action des Etats membres pris isolément, puisqu'il est de la nature même de ces objectifs de n'être jamais idéalement réalisés : qui peut prétendre qu'une politique de l'éducation serait d'une indépassable perfection ? (sans même évoquer la difficulté de s'entendre sur un idéal de perfection dans des domaines aussi subjectifs, évolutifs voire polémiques ...).

La Commission évidemment trouve là une justification péremptoire aux interventions communautaires, et, dès lors, s'attache à peine à démontrer que l'intervention communautaire permettra de mieux réaliser les objectifs partagés entre Etats membres et Communauté.

La Commission n'omet d'ailleurs nullement de rendre hommage au principe qui est la règle d'or de l'action communautaire depuis le Traité de Maastricht (on devrait l'être), puisque l'exposé des motifs de la communication précédant la proposition de programme mentionne dûment au treizième "considérant" que : "conformément au principe de subsidiarité, les actions concernant des domaines qui ne relèvent pas de la compétence exclusive de la Communauté, telles que les actions relatives au VIH/SIDA et aux maladies

transmissibles, ne doivent être entreprises par la Communauté que dans la mesure où, en raison de leurs dimensions ou de leurs effets, leurs objectifs peuvent être mieux réalisés au niveau communautaire."

Ayant affirmé en manière de postulat dès le premier "considérant" que "la prévention des maladies ... constitue, pour l'action des Communautés, une priorité qui nécessite une *approche globale et coordonnée* entre les États membres, la Commission s'en institue tout naturellement l'ordonnateur ; dès lors, se déduit logiquement (!) le quinzième "considérant" : "un programme pluriannuel est nécessaire, qui définisse les objectifs de l'action communautaire, les actions prioritaires en matière de prévention du sida et d'autres maladies transmissibles, ainsi que les mécanismes d'évaluation appropriés".

Il faut sans doute se reporter au Rapport publié par la Commission le 25.11.94 sur la mise en oeuvre en 1993 du Programme 1991-1993 "L'Europe contre le SIDA" pour trouver une amorce d'explication de la conception bruxelloise des critères de l'intervention communautaire

Critères de sélection des projets soumis à la Commission

-Le premier critère concerne le point de savoir si un projet rentre clairement dans le cadre général du programme et se rattache à une ou plusieurs des actions prévues. C'est ainsi que les projets qui concernent des pays autres que les États membres, ou qui portent essentiellement sur des recherches dépourvues d'applications pratiques immédiates dans le domaine de la santé publique ne sont pas financées.

-Le deuxième critère consiste à examiner si le projet offre une "plus-value communautaire", par opposition à ceux dont l'intérêt peut être strictement local. La "plus-value communautaire" peut être établie de diverses façons, par exemple :

- lorsqu'un projet doit avoir lieu dans un certain nombre d'États membres ;

- lorsqu'il réunit plusieurs organisations de divers États ;

- lorsqu'il concerne un thème qui intéresse l'ensemble de la Communauté, tel que les voyages ou les mouvements migratoires ;

- ou encore, lorsqu'il aborde de manière innovante un problème précis et ne fait pas double emploi avec des travaux déjà entrepris par ailleurs. Dans ce cadre, un projet purement national pourrait être financé s'il peut jouer le rôle de modèle applicable dans d'autres États membres ou si ses résultats peuvent concerner directement d'autres États membres. (...)-

On voit que, là encore, la condition que l'action communautaire permettrait de mieux réaliser les objectifs des compétences partagées n'est nullement démontrée. Dès lors qu'un problème est commun à plusieurs Etats membres, il appellerait, par cela seul, une réponse communautaire, c'est-à-dire à 15 (les coopérations bilatérales ou multilatérales entre partenaires se choisissant librement, sur un critère de complémentarité scientifique, sont condamnées sans autre forme d'examen, alors même qu'elles font l'économie des lourdes procédures communautaires).

S'agissant des compétences tardivement ouvertes à l'intervention communautaire comme la culture, l'éducation ou la santé, on doit peser en conscience les avantages et les inconvénients des substitutions, des additions, des harmonisations de structures, de réglementations et de politiques. Il convient de prendre garde de ne pas céder à la tentation de développer des actions communautaires motivées essentiellement par la volonté "d'habiller" des contraintes européennes aussi peu populaires que critères de convergence jachères ou quotas laitiers par des politiques dont on sait qu'elles sont, elles, populaires dans l'opinion. Si venaient à se faire jour des gaspillages dans des domaines sensibles comme la lutte contre les maladies graves, la déception serait à la mesure des espérances, et entraînerait dans le même discrédit institutions européennes, chercheurs, associations... Le coût moral serait immense !

Tout au plus, la Commission prend-elle le soin, dans sa communication (p. 20), de déclarer que *"la proposition de programme communautaire vise à compléter et augmenter l'efficacité des actions des Etats membres et à éviter tout double emploi des efforts déployés."*

Mais la seule illustration qui soit fournie de cette louable intention est, une fois soulignée la constatation de la diversité des situations, des données, des approches et des mesures sanitaires ou administratives nationales (diversité d'ailleurs exagérée à dessein ou dont les effets nocifs ne sont nullement démontrés), il conviendrait à partir d'études comparatives, de déterminer les meilleures "pratiques" et de les formaliser en "protocoles normalisés" en lignes directrices communes au niveau européen pour le dépistage et le diagnostic précoce", en "actions et méthodes communes" en matière de formation des personnels soignants, le tout s'appuyant sur la création d'un "service d'information épidémiologique" central, qui gèrerait une "structure de réseaux basée sur des ressources mises en commun" et diffuserait "après validation et interprétation" des "notes hebdomadaires" par "voie électronique" ainsi qu'un "bulletin bi-mensuel ou trimensuel de quatre à six pages, contenant les informations traitées".

Voilà bien le véritable objectif : l'institution d'une Agence européenne des maladies transmissibles, édictant les normes uniformes de la prise en charge à la fois sanitaire et sociale de ces maladies. Le Rapport publié par la Commission des Communautés le 25 novembre 1994 sur le programme 1991-1993 "L'Europe contre le SIDA" n'évoque-t-il pas l'élaboration d'un "Code européen concernant la prévention dans le domaine du SIDA", projet auquel la Commission a apporté son soutien ?

Tout en constatant l'absence de toute démonstration de la nécessité de l'action communautaire dans les dimensions proposées, on doit analyser les fins plus ou moins dissimulées de l'extension des actions antérieures : édifier un véritable ministère communautaire de la santé publique.

Ainsi, quand on rapproche les interventions que poursuit la Commission dans le domaine de la politique du médicament (redoublant, sans nécessité, la mission de la pharmacopée européenne, définie dans le cadre d'un accord du Conseil de l'Europe), de la sécurité sociale et de l'action sociale, puis plus récemment, de la santé publique, on retrouve... toutes les missions dont se compose généralement le département ministériel des Affaires sociales et de la santé !

Le Rapporteur de la Commission de l'environnement et de la santé publique du Parlement européen, M. Noël Mamère (Radical, F.), tout en critiquant l'extension du Programme SIDA aux « autres maladies transmissibles » y compris les « affections nosocomiales », au risque d'affaiblir l'impact de l'action communautaire, en analyse en connaisseur les objectifs :

« On peut sans doute comprendre la démarche de la Commission qui souhaite progressivement étendre le domaine de l'action communautaire en matière de santé en s'appuyant sur les programmes spécifiques déjà existant tel que « L'Europe contre le SIDA ». Peut-être est-ce là une approche politiquement plus raisonnable compte tenu des réticences de nombreux États membres à mettre en oeuvre une véritable politique de la santé bien qu'ils en aient par le biais de l'article 129 du Traité posé les bases, même si elles sont ambiguës et non dénuées d'arrière-pensées. Il reste cependant qu'il ne faut pas pour des raisons de stratégie à long terme affaiblir un instrument aussi imparfait soit-il mais indispensable de lutte contre le SIDA. » (Projet de Rapport PE 210 - 961 du 10 février 1995)

On observera, sans y insister autrement, que la Commission laisse cependant à ces Gouvernements rétifs à « mettre

en oeuvre une véritable politique de la santé - au moins une compétence : celle d'assurer l'équilibre financier des régimes de prestations sociales dont elle se contente, avec l'aide de la Cour de justice, de poursuivre l'ouverture à tous les ressortissants communautaires, y compris le bénéficiaire de prestations non contributives, poussant ainsi à déséquilibrer un peu plus les régimes les plus généreux : qu'importe ! Aux uns, l'image flatteuse d'une distribution indistincte, aux autres, le souci scabreux et pusillanime d'ajustement des cotisations et autres contributions sociales généralisées...

Quant au principe de subsidiarité qui devait régler l'usage de l'article 129, et par conséquent « la mise en oeuvre d'une véritable politique de santé », clause de style sans doute ...

Pourtant, on délaissera l'examen de cette proposition au regard du strict juridisme de toute appréciation de l'application du principe de subsidiarité, pour ne prendre en considération que le but à atteindre : aider les malades, leur famille, prévenir la propagation des maladies les plus graves, favoriser un progrès rapide de la recherche et de la mise en oeuvre de traitements curatifs.

II - SI LA CONFORMITÉ DE LA PROPOSITION AU PRINCIPLE DE SUBSIDIARITÉ N'EST PAS DÉMONTRÉE, LE PROGRAMME PEUT-IL NÉANMOINS UTILEMENT CONCOURIR AU BIEN DES PERSONNES ATTEINTES OU MENACÉES ?

Voici la seule question qui importe ! Et qu'on ne s'y trompe pas, c'est la seule question que pose le présent rapport.

La diversité même des mesures envisagées (à la suite de celles déjà entreprises) fait craindre, avec l'éparpillement des actions, gaspillages financiers et bureaucratisation, alors même que les besoins sont criants.

Les méthodes suggérées qui doivent toutes aboutir à une gestion uniforme et centralisée semblent particulièrement inadaptées à la diversité des situations existantes.

En outre, le Programme semble ignorer les échanges et coopérations très nombreuses qui fonctionnent entre organismes nationaux, sur le mode bilatéral ou multilatéral, dans le cadre communautaire, comme dans le cadre de la grande Europe, voire dans celui des Nations Unies.

Mais surtout, ce projet de Programme s'avère n'être que le support d'actions de communication à la discrétion de la Commission et, ne comportant aucune aide pour la recherche ou le soutien aux malades, aboutirait à détourner des crédits, toujours trop rares, au profit d'opérations médiatiques étrangères à la seule fin qui vaille : le bien des personnes atteintes ou menacées

A - Les procédures communautaires envisagées apparaissent particulièrement inadaptées à la lutte contre les plus graves des maladies transmissibles

La Commission proposant que l'avis des représentants des Gouvernements des États membres ne soit que *consultatif*, elle pourra donc prendre des mesures *contre* l'avis des spécialistes nationaux qui pourtant connaissent nécessairement mieux que quiconque les besoins de leurs concitoyens, leurs attentes, leur sensibilité...

● **Une pertinence scientifique sujette à caution et des lourdeurs bureaucratiques**

Dès le stade de l'initiative, la Commission devra s'entourer de collèges d'experts dont on ignore comment elle les désignera, les convoquer dans des réunions qui mobiliseront obligatoirement au moins 90 interprètes (c'est l'effectif minimal pour toute réunion communautaire) et respecter des équilibres géographiques, voire politiques, sans rapport avec la qualification scientifique. Puis, elle arbitrera entre des projets dont la technicité devrait lui interdire de statuer valablement, sauf à développer ses propres services, en respectant à nouveau les quotas géographiques des recrutements, au mépris, le cas échéant, de la stricte compétition des compétences et des expériences.

Enfin l'essentiel des mesures d'exécution sera sous-traité et devrait sans doute être confié à des "ONG" ou à des associations, mais la Commission se réserverait néanmoins le pilotage des réunions d'experts et diverses missions des agents recrutés pour gérer ce Programme (dont les frais, décrits dans une «fiche financière» annexée, sont présentés hors frais de traduction et de rémunération, ce qui permet de faire apparaître des "dépenses administratives" limitées aux seules indemnités journalières, d'un montant fort modéré sans doute, mais sans rapport avec les frais qui seront sûrement engagés à ce titre, consommant sans doute près de 50 % des crédits alloués à ce programme, comme est il est de règle pour les "mini-budgets", manipulations comptables que la Cour des Comptes communautaire ne cesse de dénoncer).

● **Des sous-traitances difficiles à contrôler**

Outre cette lourdeur intrinsèque des procédures bruxelloises, il est d'ores et déjà prévisible, à partir des programmes déjà conduits dans le domaine de la santé publique, comme dans d'autres, que la Commission "sous-traitera" l'exécution de l'essentiel de ses décisions à des organismes infra-nationaux.

Dès lors, pourquoi mener des actions décentralisées à partir d'un organe super-centralisé ? Il ne peut en résulter que des gaspillages, voire des fraudes comme la Cour des Comptes des Communautés Européennes ne cesse d'en relever dans l'exécution de programmes semblables ("Hélios", "Handynet" au "profit" des personnes handicapées). Faut il encore souligner que la dilapidation des deniers publics sous le couvert de l'aide à des personnes menacées de mort choque profondément et qu'un parfum de scandale dans ce

domaine, sensible entre tous, atteindrait gravement et durablement l'image de l'Europe communautaire ?

Ce risque n'est d'ailleurs pas purement hypothétique puisque la Commission convient, au détour de l'avant-dernier et cent soixante-deuxième paragraphe de sa Communication précédant la proposition de Programme que « l'expérience acquise... a mis en lumière le besoin d'évaluations plus efficaces ». Las ! elle s'en remettra, pour corriger les ombres de "l'expérience acquise", à des "évaluations indépendantes" conduites par "des fonctionnaires et/ou des collaborateurs... de la Commission" ! (cf DOC E.339, p. 58), à l'aide de "spécialistes" ... qu'elle désignera (et rémunèrera). L'expérience montre, *sans aucune exception*, que ces évaluations d'experts "indépendants", quoique dûment stipendiés, ont toujours conclu à la poursuite et au développement des actions "contrôlées" et ce, même quand la Cour des Comptes européenne dénonçait l'opacité desdits programmes, les coûts de sous-traitance et l'impossibilité finale d'évaluer les résultats des interventions sous-traitées.

Coût et pesanteurs bureaucratiques des réunions de "pilotage", opacité et gaspillages des sous-traitances, on sait, d'expérience, hélas, que "les économies d'échelle" évoquées dans l'introduction de la communication précédant le programme (et non autrement démontrées) ne seront pas au rendez-vous.

On ne pourrait que s'étonner de voir le Conseil accepter l'augmentation considérable des crédits affectés à une « action communautaire » aussi incontrôlable quant à son impact réel et aux circuits financiers de distribution, alors que le même Conseil, réuni le 20 mars 1995 pour examiner notamment le rapport de la Cour des Comptes sur le budget de 1993, est convenu que « le suivi d'exécution par la Commission doit être resserré, la résurgence des mini-budgets combattue, et surtout qu'une évaluation en termes de « coût/efficacité » doit être régulièrement effectuée pour garantir l'utilisation optimale des crédits communautaires », la Commission n'ayant pu que concéder que la fiabilité des attestations de dépenses devrait être améliorée, ainsi que « les critères de sélection des contractants ».

Outre le risque de dilapidation des crédits communautaires sans bénéfice aucun pour les malades, peut-être plus inquiétante encore apparaît l'ambition de la Commission de promouvoir des approches uniformes dans la lutte contre les grandes maladies transmissibles, à partir de ses propres présupposés.

• Une normalisation stérile et inquiétante

En effet, outre la sous-traitance de certaines mesures d'exécution du Programme selon les priorités arrêtées par la Commission, au profit d'organismes choisis par elle (rappelons que le Comité des représentants des gouvernements n'aurait qu'un rôle purement consultatif, et encore limité à un catalogue de "mesures à prendre" fixé pour les cinq ans du programme !), la Commission entend développer une norme communautaire dans les domaines les plus variés au nom de la lutte contre les grandes maladies infectieuses.

Exagérant à dessein la diversité des pratiques des Etats-membres, elle entend ainsi définir non seulement les protocoles de vaccination contre les grandes maladies infectieuses, mais également les méthodes de prise en charge sociale, au sens le plus large, de la prévention de l'infection par le V.I.H.

Quand on connaît la diversité des chemins qui ont mené aux premières découvertes, la diversité encore des approches et des recherches actuelles, on ne peut que s'inquiéter d'une normalisation prématurée qui réduirait ces approches en privilégiant telles organisations au profit de telle autre (ou de telle firme pharmaceutique) qui aurait su se faire entendre à Bruxelles...

Enfin, comment ne pas s'interroger aussi sur la prétention de la Commission, sous couleur de développer des "mesures pour les enfants et les jeunes", "les prostitué(e)s et leurs clients, les consommateurs de drogue par injection intraveineuse, les voyageurs et les touristes, pour les établissements pénitentiaires", d'imposer ses propres vues, sans aucun mandat ni contrôle démocratique, dans des domaines qui impliquent autant de choix de société ? (pour ne pas parler, ce faisant, d'une insidieuse extension de compétence à des éléments d'ordre public, qui ont été délibérément écartés de la compétence communautaire par le Traité de Maastricht).

S'agissant d'information des enfants et des jeunes "de préférence à un moment approprié de leur éveil sexuel et de leur développement personnel ... dans le cadre des établissements scolaires, clubs de sport, associations de jeunes, au cours d'activités organisées pendant les vacances ou dans des centres de loisirs", on se demande ce que la Commission peut bien faire-là. Sûre de son bon droit, en moderne Tertullien, la Commission indique que :

« Les programmes d'éducation sanitaire et sexuelle générale, qui couvrent le développement physique, mental et social, ainsi que les relations personnelles, et également la formation des enseignants et autres personnes concernées, sont traités dans le cadre

du programme de promotion de la santé, d'éducation et de formation.»
(qui est lui-même un élément du Programme général).

Quand on sait qu'aucun gouvernement n'oserait énoncer tel propos normalisateur dans des domaines relevant largement de choix personnels, on ne peut que demeurer perplexe quant à la conception qu'on a, depuis la Rue de la Loi, du principe de subsidiarité ! La Commission concédant que "ces informations doivent tenir compte... du contexte culturel, religieux et social", que n'en laisse-t-elle le soin aux organismes nationaux déjà opérationnels ? Est-il raisonnable d'ajouter de la confusion à un message qui doit être simple et surtout adapté à la sensibilité de chaque public, toute méprise se révélant gravement "contre-performante". Le message qui est bien reçu dans telle contrée suscite une panique paralysante dans une région voisine, détournant même la "cible" mal ciblée de toute précaution rationnelle.

Dans le Rapport sur le Programme en cours, la Commission décrit certaines mesures déjà engagées :

«ACTION 3 Education à la santé auprès des jeunes : La Commission a continué de financer les activités du Centre Européen d'Information "SIDA et Jeunesse" dont les objectifs sont de promouvoir les échanges et la collaboration en matière de prévention du Sida à l'égard des jeunes (scolarisés ou non) de la Communauté. (Bel exemple de la démultiplication de l'interventionnisme communautaire : la Commission, après s'être fait attribuer une compétence, subventionne un organisme satellite créé tout exprès et échappant opportunément à tout contrôle..., exemple parfait de la «filialisation» de l'action communautaire, rendue étanche à tout contrôle par le truchement des «mini-budgets» dont la Cour européenne des Comptes dénonce à juste titre la résurgence dans son dernier rapport général).

«Ce centre organise des rencontres, des séminaires de travail sur différents thèmes particuliers et publie des rapports avec les conclusions et les résultats pratiques de ces actions.

La Commission a soutenu deux projets portant sur l'éducation par les pairs qui est un modèle pédagogique faisant appel à des pairs comme enseignants officiels :

« un programme de formation de jeunes travailleurs utilisant le théâtre, le dessin, la musique comme moyens pour communiquer aux jeunes des messages d'éducation à la santé et d'éducation sexuelle. Cette formation de formateurs, disponible sous forme de cassettes vidéo, a été diffusée dans la plupart des Etats Membres ;

- un autre projet portant sur la mise en place dans des écoles, collèges, communautés diverses de ces programmes d'éducation impliquant des jeunes issus des différents Etats Membres (lors de leurs séjours linguistiques pendant les grandes vacances) ainsi que des jeunes infectés par le VIH ou malades du SIDA. »

Du moins, l'Ilote des Anciens avait-il, lui, la possibilité, l'exhibition finie, de se relever et d'échapper à la stigmatisation. Pauvres malades ! N'ont-ils pas d'abord droit au respect de leur vie privée ? Par leur zèle indélicat, les bureaux bruxellois illustrent une nouvelle fois que le mépris des formes conduit ordinairement au mépris des personnes...

Sans plus souligner l'aspect pour le moins *très déplaisant* de l'implication de "jeunes infectés par le V.I.H. ou malades du SIDA" dans ces programmes réputés éducatifs, on ne peut que s'interroger sur l'habilitation de la Commission à conduire de telles "actions", et l'inviter fermement à s'abstenir désormais de développer semblables "modèles pédagogiques faisant appel à des pairs comme enseignants officiels" : ces concepts sont, pour le moins incertains et discutables, leurs effets, inconnus, et, en tout état de cause, sans aucun lien avec une compétence communautaire quelconque, même *largo sensu*.

Le zèle de la Commission en faveur des toxicomanes ne pose pas moins de problèmes, cet organisme n'ayant pas vocation à fixer les orientations des politiques publiques de prévention et de soin des toxicomanies, non plus qu'à définir les limites entre la prévention et la répression de certains comportements.

Il y a là une question grave qui relève des Gouvernements nationaux responsables devant leurs Parlements et leurs citoyens et qui ressortit à la seule coopération intergouvernementale du "3ème pilier" du Traité de l'Union européenne, consacré à la justice et à la sécurité intérieure.

Comment ne pas s'inquiéter de l'intention de "soutenir les activités des organismes non gouvernementaux, y compris les groupes d'auto-assistance et renforcer leurs capacités" quand on sait que certains de ces groupes se livrent à une propagande active en faveur des drogues y compris "dures" ? Quand d'autres ne sont que la couverture de sectes en mal de recrues fragiles ?

Comment la Commission pourra-t-elle distinguer, de Bruxelles, le bon grain de l'ivraie, si l'on ose dire ? Elle n'a aucun moyen d'évaluer ces organisations que, seuls, les services de santé et de police de proximité peuvent connaître pour ce qu'elles sont réellement.

Il ferait beau voir la manne communautaire retomber en pluie d'or sur une officine d'auto-assistance d'héroïnomanes ou sur une secte habilement déguisée en groupe de soutien psychologique !

Et ne doutons pas que ces honorables correspondants du Programme d'action communautaire ne manqueraient pas de se prévaloir du brevet de respectabilité ainsi conféré à leurs activités, fussent-elles contraires aux politiques nationales.

Enfin, le chapitre de la Communication évoquant "la lutte contre la discrimination" propose des "mesures communautaires" dans ce domaine qui apparaissent à leur tour complètement étrangères aux compétences communautaires.

Touchant à des choix de société, elles relèvent des seuls gouvernements et parlements nationaux, mandatés par leurs citoyens et responsables devant eux. Que la diversité des approches actuelles dérange la Commission qui poursuit inlassablement le fantasme d'une société uniformément réglée, du cercle polaire jusqu'à la latitude de Lampedusa, c'est une constatation banale. Que les Etats membres adhèrent ou même prêtent la main à ce projet totalitaire, et assurément contraire au voeu unanime de tous les peuples concernés, unanimement attachés à leur diversité culturelle, c'est bien ce qu'il faut éviter.

• **Le champ géographique du programme implique des doubles emplois :**

Le SIDA et les plus graves des maladies transmissibles, c'est un truisme de le rappeler, ne connaissent hélas nulle frontière.

C'est donc à juste titre que la Commission suggère que les échanges d'information et la concertation dans la prévention, devraient s'étendre non seulement à l'Europe communautaire, mais à « l'Espace Economique Européen, ainsi qu'aux Pays d'Europe centrale et orientale avec lesquels la Communauté a conclu des accords d'association ».

Si on ne peut qu'être d'accord avec cet élargissement à l'Europe continentale, pourquoi alors choisir le cadre communautaire quand il est une Organisation qui, précisément, regroupe tous les Etats qui composent le vieux continent et, précisément, compte la santé publique dans ses compétences ? Il s'agit du Conseil de l'Europe qui rassemble désormais 34 Etats Européens membres pléniers et coopère avec 8 autres Etats Européens. Quand à ses compétences, qu'il suffise de rappeler que dès 1983, l'Organisation de Strasbourg,

à la suite d'auditions et de travaux approfondis, avait publié des mises en garde sur les dangers de contamination par utilisation de produits sanguins insuffisamment contrôlés.

L'Accord partiel qui est à la base de la Pharmacopée européenne pourrait tout à fait fournir le cadre d'échanges d'informations, voire de recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention des grandes épidémies, sans création de structures nouvelles, au surplus géographiquement indaptées à la diffusion des maladies. Le Conseil de l'Europe dispose de plus de 45 ans d'expérience, notamment dans le domaine de la Santé publique, ses coûts de fonctionnement et ses méthodes de travail n'ont rien de commun avec la lourde machine bruxelloise. Cette Organisation offre donc le cadre le plus approprié, tant par son extension géographique que par ses compétences statutaires et la qualité de ses travaux antérieurs, aux concertations, échanges d'expériences, recherche, conférences de consensus, définition et évaluation des politiques publiques de lutte contre le SIDA et les maladies transmissibles graves, leur prévention, leur prise en charge médico-sociale et surtout la recherche des meilleurs soins possibles.

Sans doute, dans sa Communication, la Commission évoque-t-elle les travaux du Conseil de l'Europe, comme ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé (qui pilote, on le sait, un programme spécifique, offrant un cadre mondial aux échanges de données d'expériences et d'information sur la recherche de traitements), mais seulement pour indiquer que ces travaux doivent "être pris en compte dans la mise en oeuvre" du Programme communautaire. Au stade de la mise en oeuvre donc, et nullement à celui de la définition... Au surplus, cette référence disparaît du dispositif de la proposition de Programme proprement dite. C'est dire l'importance qu'attache la Commission à la coopération internationale... alors même que l'épidémie de SIDA, comme les grandes maladies infectieuses, ne s'arrêtent pas plus aux frontières européennes que la mort ne s'arrêtait, naguère, aux barrières du Louvre. Faute de cette coopération indispensable, que de doubles-emplois de statistiques et d'échanges en perspective, mais surtout que de gâchis de connaissances, que d'argent et de temps perdus face à l'urgence et au désespoir des malades et de leurs familles !

Par conséquent, malgré les précautions oratoires qui émaillent la communication comme la proposition de décision instituant le programme quinquennal, il est à craindre que les doubles emplois se multiplient, et, avec eux, les déperditions de deniers qui eussent été mieux employés à grossir le budget des centres de recherche ou des structures d'accueil et de soin déjà opérationnels plutôt qu'à susciter la croissance bureaucratique.

Car c'est là le plus grave défaut de ce "Programme de prévention du SIDA et de certaines autres maladies transmissibles" : il propose la mobilisation de crédits importants pour des actions... d'information seulement ! Sans aucun bénéfice direct, donc, pour les malades ou les personnes menacées.

B - Un obstacle dirimant : l'absence de tout volet recherche

Les quelque 163 paragraphes de la communication de la Commission qui précèdent la proposition de programme, accumulent les formules redondantes pour justifier la mobilisation d'une somme prévisionnelle de 50 millions d'ECU sur cinq ans, à savoir 330 millions de francs ou 33 milliards de centimes.

Il faut se reporter aux annexes du programme proposé pour comprendre que pas un ECU de cette somme considérable n'ira aux seuls objectifs qui vailent : la mise au point de traitements curatifs pour les malades déjà infectés ainsi que de procédés scientifiques de prévention des contaminations.

• Un programme de «sensibilisation», à visées médiatiques

Le tableau de ventilation des crédits fait apparaître en effet que moins de 3 % du montant total seraient affectés au recueil de données épidémiologiques et à la constitution de réseaux d'échange de ces données. Les 97 % restants iraient à diverses actions d'information, de sensibilisation ou encore de "formation et promotion des ressources humaines" telles qu'on les a évoquées ci-dessus.

De fait, ces différentes actions se traduiront essentiellement par des réunions de fonctionnaires de la Commission perpétuellement à la recherche de réponses un tant soit peu adaptées à la diversité des publics dont, par définition, les administrations bruxelloises sont le plus éloignées, des missions - Luxembourg - Bruxelles - Etats membres - dont la fiche financière annexée au programme nous annonce une fréquence minimum de 5 par mois. En revanche, la même fiche financière ne prévoit de crédits que pour 2 (deux !) réunions du Comité consultatif des représentants des Gouvernements, deux réunions en cinq ans, pour l'organe qui pourrait cependant le mieux exprimer les besoins à prendre en compte et les mesures à prendre ou à modifier !

On s'interdira de penser que le premier rang attribué par la Commission elle-même, dans la liste des "indicateurs de performances" pour l'évaluation des effets du programme, à "l'estimation de la population-cible touchée et des éventuelles retombées médiatiques", serait en fait le but principal de la mise en oeuvre d'un programme coûteux et à la marge des compétences communautaires. Il serait fâcheux que la découverte d'un certain euroscepticisme parmi les citoyens européens à l'occasion des procédures de ratification du Traité de Maastricht ne conduisit la Commission à multiplier des opérations "esthétiques" à seule fin d'améliorer l'image de l'action communautaire. Cette fuite en avant s'apparenterait à la politique de Gribouille : plutôt que de répondre au voeu général de respect des identités nationales, prendre le risque d'accumuler de nouvelles rigidités, fût-ce sous le couvert d'actions présumées populaires, pourrait s'avérer un bien mauvais calcul quand les citoyens européens s'apercevront que le prélèvement sur des économies en crise a été encore aggravé pour financer des actions à simple visée de "retombées médiatiques" et d'extension des pouvoirs de la technocratie communautaire, et ce, sans aucun bénéfice pour les groupes dont on a exploité les souffrances particulières : malades, exclus, handicapés...

Il serait peu convenable au regard du drame que vivent les malades que la Cour des Comptes des Communautés européennes, lorsqu'elle sera amenée à examiner l'emploi de ces 50 millions d'ECU (soit environ 330 millions de francs français), vint à constater, à l'instar du "Programme pauvreté", bâti sur le même modèle, que le plus clair des crédits a été consommé en "frais de voyages, d'hébergement et de restauration" d'"experts" tenant colloque deux à trois fois l'an, de Lisbonne à Copenhague.

Faut-il ajouter que le juste scandale qui s'ensuivrait ne manquerait pas d'être exploité par les "Eurosceptiques" contre l'interventionnisme et le gaspillage communautaires ?

● Des perspectives budgétaires délibérément floues

Compte tenu de ces observations, les difficultés de procédure qui marquent actuellement les relations entre les institutions communautaires à propos de l'adoption du programme de prévention du SIDA et de certaines autres maladies transmissibles conduisent à s'interroger sur le sens de la responsabilité de certaines de ces institutions.

Ainsi, le Parlement européen refuse l'inscription, dans le programme, de toute référence aux "montants estimés nécessaires à la mise en oeuvre du plan d'action". Rapport du Parlement européen du 15 février 1995, de façon générale, sur "les bases légales et les montants maximaux" (A4/0021/95). Quant à la Commission, elle a systématiquement émis des avis favorables aux amendements qui tendaient également à la suppression de cette référence dans tous les programmes semblables. (Cf Avis de la Commission concernant la prolongation du programme "l'Europe contre le SIDA" - COM 94-644 final - COD 483-21/12/94).

Le Parlement et la Commission estiment que la procédure de codécision ne peut impliquer d'enveloppe financière qu'autant que le montant indiqué dans le programme constitue une "référence privilégiée" pour la procédure budgétaire annuelle (et rien de plus) ; quand aux programmes pluri-annuels non soumis à la codécision, tout "montant estimé nécessaire" doit en être écarté, les références financières que pourrait introduire le Conseil ne pouvant avoir qu'un "caractère illustratif" récapitulé dans une "fiche financière" (sic) et donc rejeté en annexe, hors du dispositif de l'Acte communautaire !

On observera que la Commission elle-même déroge à cette distinction en l'espèce puisque le Projet de «Programme d'action communautaire relatif à la prévention du SIDA et de certaines maladies transmissibles» ne s'alourdit d'aucun «montant estimé nécessaire» quoique l'acte soit soumis à codécision, s'ornant tout au plus d'une fiche financière annexe...

Sans doute la limitation des dépenses est-elle chose cruelle aux Parlements, mais elle n'est que la face sévère de la responsabilité budgétaire, dont l'autre, plus souriante aux citoyens-contribuables, est la limitation des prélèvements fiscaux.

Comment les membres du Parlement européen ne s'affranchiraient-ils pas de cette contrainte, puisque, s'ils peuvent inscrire des dépenses, ils sont opportunément exemptés du souci, par trop scabreux, de financer cette générosité idéale... financement dont ils laissent le soin trivial aux seuls Parlements nationaux et, avec lui, l'impopularité du vote d'impôts alourdis.

On comprend dès lors l'obstination à défendre des pouvoirs budgétaires ordonnés aux seules dépenses, sans s'embarrasser d'un examen par trop pusillanime du rapport "coût-efficacité" des projets soutenus.

● **Un impératif : la réaffectation des crédits aux programmes de recherche**

Encore une fois, la constatation qui est à la base de la Communication comme de la proposition de programme d'action communautaire formulées par la Commission, est indiscutable : le SIDA et les grandes maladies transmissibles ignorent les frontières politiques. Dès lors, la coordination des efforts de recherche et de prévention est un impératif, et une condition d'efficacité.

Encore faut-il définir les voies et moyens de cette coopération internationale, non pas selon les stratégies de croissance interne et externe des bureaucraties nationales ou communautaires mais en fonction des seuls impératifs scientifiques.

Il est avéré que les messages de prévention doivent être adaptés aux publics auxquels ils s'adressent. Non moins avéré que des messages mal définis manquent complètement leur but.

Dès lors, en matière « d'information, de sensibilisation et de prévention » le dilemme est simple :

- soit la Commission diffuse un message uniforme et impose donc une idéologie sans mandat ni contrôle démocratique dans des domaines en dehors des compétences communautaires au risque de renforcer l'image d'une Europe technocratique, normalisatrice et niveleuse des identités et sensibilités nationales, mais surtout de manquer totalement son objet ;
- soit elle multiplie les réunions avec des experts nationaux pour affiner les messages en fonction de ce que ces experts nationaux lui diront des sensibilités particulières des différents groupes auxquels elle prétend s'adresser, et dès lors, on comprend mal la justification d'une centralisation préalable à Bruxelles d'actions dont on reconnaîtrait aussitôt que l'efficacité dépend d'une décentralisation poussée...

Tout au plus des échanges d'expériences peuvent-ils justifier des réunions transnationales, mais alors pourquoi les tenir au niveau communautaire ? En suggérant que le Programme puisse s'étendre aux Etats de l'A.E.L.E. comme aux Etats d'Europe centrale, la Commission ne fait rien d'autre que définir le champ géographique... du Conseil de l'Europe, qui apparaît bien comme le cadre le plus approprié pour la concertation de tous les Etats du Vieux Continent confrontés à l'épidémie du SIDA, comme à la recrudescence de grandes maladies infectieuses, tuberculose en premier lieu.

Si la centralisation des actions de « sensibilisation » dans les mains de la Commission des Communautés apparaît bien

comme sans justification aucune, en revanche, qui peut douter que la coopération s'impose en matière de recherche ?

Cela est si vrai que la Communauté met, par ailleurs, en oeuvre un programme de recherche dont les objectifs sont, eux, indiscutables en termes de bénéfice pour les personnes malades ou menacées.

Ainsi, le programme spécifique de recherche et de développement technologique dans le domaine de la biomédecine et de la santé (1994-1998) insiste sur l'intégration de la recherche fondamentale et clinique et comprend :

- des recherches en viro-immunologie, la génétique et la biologie moléculaire et structurale du VIH et sa variabilité ;
- des recherches en vue du développement d'un vaccin sûr et efficace contre le SIDA et de marqueurs permettant d'évaluer son efficacité et de contrôler l'évolution de la maladie ;
- l'identification, la synthèse et l'évaluation de composants antiviraux et de médicaments destinés à lutter contre le SIDA ;
- des recherches cliniques centrées sur des essais cliniques, le traitement du SIDA et de ses maladies opportunistes, notamment des recherches sur le pronostic et l'évolution de ces maladies et sur l'impact du traitement ;
- des études de la réponse de l'hôte, de la pathogenèse, de modèles expérimentaux et de nouvelles pathologies, ainsi que de la résistance aux formes classiques de thérapie, en tenant compte du problème des infections en milieu hospitalier.

D'ores et déjà, on peut estimer que d'importants progrès ont été réalisés dans la lutte contre le SIDA grâce aux travaux de recherche sur le SIDA soutenus et coordonnés par la Communauté.

Selon la Commission, la mise en place du programme de recherche dans le domaine de la biomédecine et de la santé (BIOMED I), au titre du troisième Programme Cadre, a permis à plus de 6.000 équipes de recherche de collaborer les unes avec les autres au sein de 400 réseaux créés pour encourager la coopération entre les équipes de recherche dans l'ensemble de l'Union européenne et de l'Espace économique européen et entre des disciplines complémentaires, en vue de s'attaquer aux problèmes de santé qu'il serait difficile de résoudre dans un contexte plus limité.

- Pour ce qui est de la recherche médicale et biomédicale concernant spécifiquement les maladies transmissibles autres que le SIDA, la Commission s'est concentrée sur un certain nombre de ces maladies dans le cadre de son programme BIOMED 1 et se propose de poursuivre son action dans la phase suivante, BIOMED 2. Même si la recherche ne porte pas directement sur la santé publique, certains efforts spéciaux ont été déployés par des équipes européennes, par exemple dans le domaine de la prévention tertiaire dans le cas de l'hépatite C, maladie infectieuse transmissible qui évolue souvent vers un cancer du foie ou expose les individus contaminés au risque de borréliose de Lyme. Il convient également de mentionner l'étude concernant des marqueurs génétiques spécifiques en relation avec l'épidémiologie moléculaire de la tuberculose, une nouvelle discipline qui demande à être plus largement développée, mais qui est manifestement de grande importance pour la santé publique et le grave problème de la résistance multiple aux antibiotiques du bacille tuberculeux.

Comme les recherches menées au titre de ces programmes ne peuvent aboutir qu'à des progrès en termes de santé publique comme de bien-être des malades, et cela non seulement au bénéfice des citoyens des Etats membres, mais de l'humanité en général, on ne peut qu'encourager leur développement.

On ne peut qu'être frappé pourtant par la disproportion des crédits affectés aux programmes de recherche qui s'étendent sur la période 1994-1998 soit 27 millions d'ECU en tout, et la manne réservée à ces douteuses actions « d'information et de sensibilisation », soit 50 millions d'ECU !

Aussi suggérons-nous que les crédits initialement prévus pour financer un « Programme de prévention » fait d'actions « d'information et de sensibilisation » qui ne peuvent qu'être aussi inefficaces que coûteuses dès lors qu'elles seraient centralisées, que ces crédits, donc, soient redéployés entre les programmes de recherche nationaux sans détour par les circuits bureaucratiques communautaires, et les programmes de recherche, BIOMED 1 puis BIOMED 2.

La réaffectation des crédits demandés pour le programme dit « de prévention » au profit des programmes de recherche permettrait sûrement à ceux-ci d'atteindre la masse critique de 50 à 75 millions d'ECU (selon la ventilation retenue entre Programme communautaire et Programmes nationaux). Il reste à souhaiter que la sélection des recherches aidées n'obéisse qu'à des considérations de qualification scientifique des équipes et des laboratoires...

Cette affectation serait non seulement conforme au principe juridique de la subsidiarité des interventions communautaires, conforme à l'impératif d'efficacité financière, mais surtout conforme aux exigences qui priment toute autre considération juridique ou financière : la recherche de traitements curatifs pour les personnes malades et de traitements préventifs pour les personnes menacées.

S'agissant d'une compétence partagée entre les États membres et la Communauté, le devoir des parlementaires nationaux est d'examiner si les propositions d'intervention se situent bien au niveau où leur impact sera le plus efficace.

Il ne s'agit nullement de s'engager dans une querelle de bornage, au nom d'un "patriotisme institutionnel", en l'espèce parfaitement déplacé.

Si la proposition de programme communautaire de prévention du SIDA et de certaines autres maladies transmissibles nous inspire des réserves, ce n'est nullement par application tâtilonne du principe de subsidiarité mais bien par un souci d'efficacité dans la lutte contre cette maladie dramatique.

Cette efficacité, qui est d'ailleurs au coeur de l'impératif de subsidiarité, s'avère, dans le cas particulier de la lutte contre les grandes épidémies, bien plus qu'une règle juridique de répartition des compétences ; il s'agit là, nous n'hésitons pas à le dire, d'un impératif moral.

Un choix s'impose : la priorité absolue donnée à l'aide la plus proche possible en faveur des malades et de leurs familles ; à l'élaboration décentralisée et adaptée des mesures de prévention qui, globales, ne touchent personne ; et au soutien direct des recherches des laboratoires qui ont fait leurs preuves. Loin de diminuer les crédits affectés à ces priorités, le resserrement du Programme communautaire aux seuls objectifs à la réalisation desquels il peut concourir efficacement, à savoir l'échange de données épidémiologiques, ce resserrement doit s'accompagner d'une redistribution des moyens de financement au profit des actions les plus efficaces, celles qui n'impliquent ni "perte en ligne" dans les circuits complexes des procédures communautaires ni détournement bureaucratique.

Ce resserrement doit se traduire par un moindre appel de transferts financiers au profit de l'échelon communautaire et à la réaffectation, immédiate et impérative, des crédits ainsi rendus disponibles aux programmes nationaux de recherche et de prévention déjà opérationnels ainsi qu'aux programmes communautaires de recherche BIOMED 1 puis BIOMED 2, qui portent précisément sur la lutte contre le SIDA et les maladies infectieuses.

Compte tenu des risques considérables de prolifération bureaucratique, de sous-traitances opaques et dispendieuse } et surtout de l'absence de tout volet recherche d'un programme dont l'essentiel se résumera en "réunionnisme" et en matériel de "sensibilisation" plus ou moins inutilisable parce qu'inadapté, il convient d'inviter le Gouvernement français à renoncer à cet emploi déraisonnable de crédits toujours insuffisants et à les redéployer sans délai au profit des équipes de prévention et de recherche qui ont déjà fait leurs preuves ; A allouer, enfin, la faible proportion des crédits prévus dans ce Programme communautaire (- de 3 %) pour les échanges de données, aux Programmes de recherche et de coopération déjà en cours tant au niveau Européen (Communauté et Conseil de l'Europe) qu'au niveau mondial dans le cadre de l'OMS.

La priorité doit être rendue, d'urgence, à l'assistance aux malades et à la recherche de traitements curatifs, sur la constitution, si bien intentionnée soit-elle, de structures dispendieuses, normalisatrices et inefficaces.

La Communauté mène actuellement deux types d'actions contre le SIDA :

- d'une part, un programme de recherche fondamentale, pris en charge par différents laboratoires compétents dans les Etats membres, visant à la mise au point de traitements curatifs et préventifs.

Ce programme de recherche BIOMED-2 qui s'étend de 1994 à 1998 est doté de 27 millions d'ECU en tout ;

- d'autre part, un programme "l'Europe contre le SIDA" prolongé plusieurs fois et que la Commission propose de renouveler pour cinq ans (1995 -1999) en l'étendant aux "grandes maladies transmissibles". Le présent rapport ne porte que sur cette seconde action

Ce programme s'analyse en échanges d'informations -en conception et diffusion de messages "d'information et de sensibilisation"- essentiellement à l'adresse de "groupes cibles" : prostitué(e)s, toxicomanes, prisonniers, homosexuels et bisexuels ainsi que des jeunes, tant dans le milieu scolaire que dans les activités de loisirs.

Ce second programme serait doté, lui, de quelque 50 millions d'ECU.

Selon la proposition de la Commission, c'est à elle qu'incomberait la gestion de ce programme, assistée d'un Comité composé des représentants des Etats membres, au rôle simplement consultatif. Selon la fiche financière, il n'est prévu que deux réunions en cinq ans de ce Comité.

Outre la création d'une cellule spécialisée au sein de la Commission, les actions seraient sous-traitées à des organismes que la Commission choisirait sur appel d'offres, et contrôlerait elle-même. La même fiche financière prévoit cinq missions par mois des fonctionnaires de la Commission.

L'analyse des objectifs et des méthodes décrits par la Commission, bien loin d'apporter la preuve d'une "plus-value communautaire" montre au contraire que les crédits considérables dont serait doté ce programme ont toute chance de se perdre.

D'une part, la définition centralisée d'un matériel "d'information et de sensibilisation" à l'endroit de populations extrêmement différenciées privera ces messages de tout impact réel.

D'autre part, le choix des relais de l'action communautaire s'effectuera dans une opacité totale qui ne peut conduire qu'aux gaspillages, voire aux fraudes, que relève, année après année, la Cour des comptes des Communautés européennes.

Pour être efficace, la politique de prévention ne peut être élaborée et conduite qu'au plus près des populations, et non pas selon un schéma, contraire à toute logique, d'hyper-centralisation initiale, suivie de démultiplications incontrôlables.

Ainsi peut-on considérer que le programme proposé n'est pas conforme au principe de subsidiarité qui régit, notamment, les interventions communautaires en matière de santé publique.

Pourtant, plus que des considérations juridiques ou financières, c'est le souci d'oeuvrer au seul service des personnes malades ou menacées qui conduit à demander la réaffectation sans délai des crédits proposés pour le "programme d'action communautaire concernant la prévention du SIDA et de certaines autres maladies transmissibles", soit 50 millions d'ECU, aux programmes de recherche, tant communautaires - BIOMED 2 - que nationaux ayant fait leurs preuves, en encourageant la coopération entre laboratoires de recherche fondamentale, afin de hâter la mise au point de traitements préventifs et curatifs.

EXAMEN DU RAPPORT PAR LA DÉLÉGATION

La Délégation du Sénat pour l'Union européenne s'est réunie le mercredi 5 avril 1995, sous la présidence de M. Jacques Genton, président, pour l'examen du présent rapport.

M. Christian de La Malène a rappelé que c'est au titre de l'article 88-4 de la Constitution que le Gouvernement avait transmis au Parlement le document E-339 comprenant, d'une part, « une communication de la Commission concernant un programme d'action communautaire relatif à la prévention du SIDA et de certaines maladies transmissibles dans le contexte du cadre de l'action dans le domaine de la santé publique » et, d'autre part, une proposition de décision du Parlement européen et du Conseil en vue de l'adoption de ce programme, cette proposition de décision étant l'objet principal du rapport.

Après avoir retracé l'évolution de la compétence communautaire en matière de santé publique, avant et depuis le traité de Maastricht, M. Christian de La Malène, rapporteur, a décrit le programme proposé, doté de 50 millions d'Ecus sur cinq ans. Affirmant que l'objectif de prévention du SIDA et des grandes maladies transmissibles était une priorité indiscutable de l'action politique, il s'est attaché à analyser la pertinence des actions proposées au regard de cet objectif. A partir de l'analyse des mesures proposées (collecte de données, information et sensibilisation à l'adresse de « groupes cibles », lutte contre la discrimination, éducation...). M. Christian de La Malène a indiqué que la nature même de ces mesures ne comporterait sans doute pas de « plus-value communautaire », notamment en raison des méthodes retenues : d'une part, la définition centralisée par la Commission de ces mesures, le comité des experts nationaux n'étant appelé à se réunir que deux fois en cinq ans et encore pour émettre un avis seulement consultatif, d'autre part, la sous-traitance des actions à des organismes internationaux bien difficiles à contrôler. M. Christian de La Malène a souligné, outre la lourdeur propre des procédures communautaires, l'inefficacité prévisible des actions envisagées qui rendrait bien douteuse la conformité du programme au principe de subsidiarité, règle d'or des interventions communautaires, notamment en matière de santé publique. Il a insisté sur la difficulté de mettre ce principe en oeuvre dans des domaines comme la santé, l'éducation ou la culture, soulignant que la communication comme la proposition de programme se bornaient à affirmer la « plus-value communautaire » sans la démontrer. Déclarant cependant qu'il ne sagissait pas de se

cantonner dans une analyse étroitement juridique, M. Christian de La Malène a indiqué que l'impératif d'efficacité financière avait, en l'espèce, une portée toute particulière, car il convient de mobiliser prioritairement les crédits disponibles en faveur de la recherche et non pas de créer une nouvelle « Agence communautaire » édictant des normes uniformes sans mandat ni contrôle démocratique dans des domaines sensibles, relevant de choix de société, c'est-à-dire de la responsabilité politique des Gouvernements et des élus nationaux (éducation, prévention de la toxicomanie, lutte contre les discriminations, réglementation du dépistage et des traitements...). Aussi a-t-il invité la délégation à conclure à la réaffectation des crédits prévus pour le programme « d'information et de sensibilisation » qui ne comporte aucune action bénéficiant directement aux malades, au profit du programme communautaire de recherche BIOMED 2 ayant précisément pour objectif la mise au point de traitements préventifs et curatifs par le soutien apporté aux laboratoires nationaux les plus expérimentés.

Un débat s'est alors instauré dans lequel M. Xavier de Villepin a déclaré approuver pleinement les observations du rapporteur, partageant son souci d'efficacité dans la lutte prioritaire contre la maladie. Puis il s'est enquis de la position du Gouvernement français et des autres Etats membres à l'égard de ce programme. M. Christian de La Malène a indiqué que la France était en principe favorable, tout en observant une certaine prudence, tandis que les Allemands, notamment, avaient manifesté, au titre du principe de subsidiarité, une réserve expresse sur ce programme dont la discussion se poursuit entre les organes communautaires.

M. Jacques Golliet se déclarant convaincu par la démonstration du rapporteur, a indiqué qu'il avait l'expérience d'autres décisions de la Commission reposant sur des éléments discutables, tel le projet d'octroi d'aides communautaires à la République populaire de Chine qui eussent pu contribuer à porter atteinte à certaines caractéristiques du paysage tibétain. Il s'est par ailleurs interrogé sur l'opportunité d'encourager la coopération au niveau non seulement communautaire mais même extra-communautaire entre les différents laboratoires engagés dans la recherche fondamentale de traitements contre le SIDA. M. Christian de La Malène a proposé de renforcer la conclusion du rapport pour tenir compte de cette observation.

Enfin, M. Lucien Lanier a souligné la disproportion entre, d'une part, les 27 millions d'Ecus alloués au programme communautaire de recherche contre le SIDA et les maladies transmissibles BIOMED 2 et, d'autre part, les 50 millions d'Ecus pour un programme « d'information et de sensibilisation » à visées sans doute d'abord médiatiques et a pleinement approuvé la proposition de

réaffectation des crédits du second programme au profit des programmes de recherche ainsi que l'invitation à la coopération entre tous les laboratoires de recherche fondamentale.

A l'issue de ce débat, la délégation a adopté le présent rapport, à l'unanimité.

ANNEXE I

Exemple d'appel d'offre dans le cadre de l'achèvement du programme actuel

COMMISSION

Appel à propositions — Plan d'action 1994-1995 adopté dans le cadre du programme «L'Europe contre le SIDA»

(95/C 82/09)

I. Introduction

Dans le cadre des actions contre le sida, régi par les dispositions de la décision du Parlement et du Conseil n° 1.2.234 du 22.12.1994, la Commission se propose notamment de soutenir des projets spécifiques dans les différents domaines d'activité envisagés.

La Commission lance des appels à propositions concernant des projets pouvant être retenus au titre de la décision susmentionnée, et notamment des projets concernant les secteurs suivants:

II. Domaine d'activité

Domaine d'activité 1

Évaluation des connaissances, des attitudes et des comportements du grand public et de certains groupes cibles, campagnes d'information et de sensibilisation du public et de ces groupes

Spécifications techniques:

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- L'évaluation des résultats des enquêtes concernant les connaissances, les attitudes et les comportements face à l'épidémie et la diffusion des données relatives.

Domaine d'activité 2

Mesures destinées aux enfants et aux jeunes

Spécifications techniques:

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- L'examen, la promotion et l'échange d'informations sur l'enseignement dispensé à propos du VIH/sida dans les écoles et autres établissements d'enseignement et de formation des États membres.
- Échange d'informations concernant les programmes d'enseignement sur le VIH/sida conçus pour les enfants et pour les jeunes non scolarisés; interaction

avec les programmes généraux d'éducation pour la santé au sein et en dehors du système éducatif.

- Promotion d'actions pilotes éducatives sur le VIH/sida, s'inscrivant dans le cadre général de l'éducation pour la santé et de la promotion générale de la santé à l'adresse des enfants et des jeunes scolarisés et non scolarisés, y compris les programmes conçus spécialement pour des minorités.

Domaine d'activité 3

Prévention de la transmission du VIH parmi certains groupes et dans des contextes particuliers

Spécifications techniques:

a) Voyage et tourisme

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- L'analyse et l'échange d'informations et d'expériences sur les problèmes liés au tourisme, aux personnes qui voyagent.

b) Prisons

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- Examen et échange d'informations sur les régimes appliqués actuellement, dans la Communauté, aux personnes séropositives ou atteintes du sida en milieu carcéral, et notamment sur les procédures prévues lors de l'admission, pendant l'incarcération et après la libération; sur l'éducation des détenus, sur la formation du personnel et sur la possibilité d'une prévention spécifique et de mesures visant à réduire les effets néfastes.
- La promotion d'actions pilotes qui visent à développer de nouvelles méthodes de soins et d'assistance aux personnes séropositives ou atteintes du sida, à réduire des risques de transmission du VIH et à améliorer la formation du personnel travaillant en milieu carcéral.

c) Consommateurs de drogues par voie parentérale

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- L'évaluation des connaissances, des attitudes et des comportements des consommateurs de drogues par voie parentérale vis-à-vis du VIH/sida, l'étude de stratégies de prévention de la contamination par le VIH.

d) Femmes exposées à des risques particuliers de contamination par le VIH

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- La promotion de l'échange d'informations sur la situation des femmes exposées à un risque particulier de contamination par le VIH dans les États membres et sur les activités préventives entreprises pour elles; l'établissement de projets pilotes en matière de prévention et d'assistance.

e) Transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- Examen et échange d'informations sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les États membres et sur la situation des enfants et des jeunes séropositifs et de leurs familles, notamment du point de vue de l'accès aux établissements d'enseignement, de la prise en charge et de l'assistance sociale et psychologique; promotion de projets pilotes.

f) Autres populations ayant des habitudes à risque

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- Évaluation des connaissances, attitudes et comportements relatifs au VIH/sida chez les groupes tels que les jeunes gens homosexuels et bisexuels ainsi que l'échange d'informations entre les États membres sur les mesures préventives prises pour ces groupes.
- L'établissement de projets pilotes dans ce domaine.

Domaine d'activité 4

Assistance sociale et psychologique

Spécifications techniques:

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- La promotion de l'échange d'expériences sur les modèles d'assistance et de soutien aux séropositifs et aux malades du sida, ainsi que la promotion d'études sur les aspects psychosociaux du VIH/sida.
- Établissement de réseaux d'organisations, en particulier dans le secteur non gouvernemental et y compris les groupes d'auto-assistance.

Domaine d'activité 5

Collecte de données relatives au VIH/SIDA

Spécifications techniques:

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- L'encouragement des activités visant à accroître et améliorer la formation épidémiologique en matière de VIH/sida.
- L'examen des circonstances d'infection par le VIH, ainsi que la promotion de l'échange d'informations concernant les personnes contaminées qui restent asymptomatiques pendant de longues périodes.
- Échange d'informations sur les faits importants survenus dans chaque État membre et au niveau communautaire en matière d'évolution de l'épidémie et de problèmes connexes y compris les questions économiques, telles que les coûts des services officiels et sur les mesures prises pour y faire face.
- Promouvoir le développement et l'utilisation de paramètres d'évaluation pour déterminer l'efficacité des mesures préventives, notamment le nombre d'appels reçus par les lignes d'assistance et les questions traitées, le taux et le type de couverture par les médias et l'évolution de l'incidence des maladies sexuellement transmissibles.

Domaine d'activité 6

Lutte contre la discrimination à l'encontre des personnes séropositives, des malades du Sida et de leur entourage

Spécifications techniques:

Les tâches du soumissionnaire seront orientées vers:

- L'analyse des situations discriminatoires réelles et potentielles dans la Communauté, comme par exemple dans les domaines de l'emploi, de l'assurance, du logement, de l'éducation et des soins de santé, ainsi qu'aux frontières et en ce qui concerne le dépistage obligatoire pour certains groupes, tels que les immigrants, les détenus, les demandeurs d'emploi, les malades et les militaires.
- L'examen de l'état de la situation concernant la mise en œuvre dans les États membres des dispositions énoncées en matière de lutte contre les discriminations dans la résolution du Conseil et des ministres de la santé des États membres du 22.12.1989 (*), l'examen ainsi que la promotion de l'échange d'informations pour ce qui concerne les mesures prises dans les États membres pour éviter ou atténuer les discriminations, en particulier dans les domaines susmentionnés.

(*) JO n° C 10 du 16. 1. 1990, p. 3.

III. Caractéristiques des promoteurs des projets soumis

Le soumissionnaire devra:

1. être à même de prouver son expérience et ses compétences dans les domaines spécifiés au point II à l'aide de documents techniques ou de références bibliographiques,
2. montrer que le personnel impliqué dans la mise en œuvre des actions décrites au point II, possède une expérience et une compétence adéquates dans les domaines considérés,
3. faire la preuve d'une structure suffisante lui permettant d'entreprendre les actions décrites au point II dans d'autres États membres de la Communauté. Ceci impliquera: que le contractant devra bénéficier notamment d'un point de contact, d'une antenne ou d'une représentation dans au moins un État membre différent de celui de son siège principal, pour mener à bien les actions fixées au point II,
4. pouvoir rendre ses rapports ou documents dans au moins deux des langues officielles de la Communauté,
5. prouver son agrément auprès de la ou des autorités compétentes en matière de santé de l'État membre considéré.

Les organismes intéressés par cet appel à propositions sont priés de faire la demande du formulaire général par télécopieur au (352) 43 01-345 11 (à l'attention de M. B. Goff).

IV. Évaluation des propositions

Les propositions seront évaluées selon les critères suivants:

1. Le budget proposé.
2. Les garanties professionnelles et financières présentées par le soumissionnaire, la qualité de la personne morale proposée.
3. La méthodologie utilisée pour la réalisation des travaux.
4. La corrélation avec les objectifs des actions, telles que reprises dans le programme.
5. L'évidence de la plus-value communautaire d'autre part.
6. Le soutien financier des autorités nationales ou locales des États membres concernés.

cf: À l'avenir, les dates limites de présentation des projets seront, le 15 mars de l'année en cours pour les projets qui seront réalisés durant le deuxième semestre de cette même année, et le 15 septembre de l'année en cours pour les projets qui seront réalisés pendant le premier semestre de l'année suivante.

ANNEXE II

FICHE FINANCIERE (Extraits)

1. Intitulé de l'action:

Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil adoptant un programme d'action communautaire relatif à la prévention du sida et de certaines autres maladies transmissibles dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique

2. Ligne budgétaire concernée:

Poste B3-4305 (ex B3-4301): Lutte contre le SIDA et les autres maladies transmissibles.

3. Bases juridiques:

a) Bases juridiques proprement dites:

Art. 3(0) et Art. 129 du Traité sur l'Union Européenne.

b) Références:

Résolutions du Parlement européen sur la lutte contre le SIDA (JO n° C 46 du 20 février 1984 et JO n° C 88 du 14 avril 1986).

Résolution des représentants des gouvernements des Etats membres des Communautés européennes, réunis au sein du Conseil, du 29 mai 1986, concernant le syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA) (JO n° C 184 du 23.07.1986, p. 21).

Communication de la Commission, du 11 février 1987, sur la lutte contre le SIDA (COM (87) 63 final).

Conclusions du Conseil et des représentants des gouvernements des Etats membres, réunis au sein du Conseil, du 15 mai 1987, concernant le SIDA (JO n° C 178 du 7.07.1987, p. 1).

Conclusions du Conseil et des représentants des gouvernements des Etats membres, réunis au sein du Conseil, du 31 mai 1988, concernant le SIDA (JO n° C 197 du 27.7.1988, p. 8).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des Etats membres, réunis au sein du Conseil, du 15 décembre 1988, concernant le SIDA (JO n° C 28 du 3.02.1989, p. 1).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des Etats membres, réunis au sein du Conseil, du 15 décembre 1988, concernant le SIDA et le lieu de travail (JO n° C 28 du 3.02.1989, p. 2).

Résolution du Parlement européen du 30 mars 1989 sur la lutte contre le SIDA (JO n° C 158 du 26.06.1989, p. 477).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des Etats membres, réunis au sein du Conseil, du 16 mai 1989, concernant la prévention du SIDA chez les consommateurs de drogue par voie parentérale (JO n° C 185 du 22.07.1989, p. 3).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des Etats membres, réunis au sein du Conseil, du 16 mai 1989, concernant la sensibilisation du personnel de santé (JO n° C 185 du 22.07.1989, p. 6).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des Etats membres, réunis au sein du Conseil, du 16 mai 1989, concernant l'amélioration du système général de collecte des données épidémiologiques, y compris l'application de la nouvelle définition du SIDA (JO n° C 185 du 22.07.1989, p. 7).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé des Etats membres, réunis au sein du Conseil, du 16 mai 1989, concernant les activités futures de prévention et de contrôle du SIDA au niveau communautaire (JO n° C 185 du 22.07.1989, p. 8).

Résolution du Conseil et des ministres de la santé des Etats membres, réunis au sein du Conseil, du 22 décembre 1989, concernant la lutte contre le SIDA (JO n° C 10 du 16.01.1990, p. 3).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, du 17 mai 1990, concernant la prise en charge médicale et psychosociale des personnes touchées par l'épidémie du SIDA (Doc. 7264/90 SAN 45).

Conclusions du Conseil et des ministres de la santé, réunis au sein du Conseil, du 3 décembre 1990, concernant le SIDA (J.O. n° C 329 du 31.12.1990, p. 21).

Décision 91/317/CEE du Conseil et des ministres de la santé des Etats membres, réunis au sein du Conseil, du 4 juin 1991, adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme L'Europe contre le SIDA (J.O. n° L 175 du 4.07.1991, p. 26).

Résolution du Conseil et des ministres de la santé des Etats membres réunis au sein du Conseil du 13 novembre 1992 sur le contrôle et la surveillance des maladies transmissibles (J.O. n° C 326 du 11.12.1992, p. 1).

Rapport de la Commission sur la mise en oeuvre du plan d'action en 1991-1992 du programme L'Europe contre le SIDA (COM (93) 42 final, 10.03.1993).

Conclusion du Conseil et des ministres de la santé réunis au sein du Conseil, du 27 mai 1993, sur la mise en oeuvre et les suites du programmes "l'Europe contre le SIDA" (Doc. 6946/93 SAN 36).

Proposition de décision du Conseil et des ministres de la santé des Etats membres réunis au sein du Conseil concernant la prolongation jusqu'à la fin de 1994 du plan d'action 1991-1993 adopté dans le cadre du programme L'Europe contre le SIDA (COM (93) 453 final, 29.09.1993).

Communication de la Commission concernant le cadre d'action dans le domaine de la santé publique (COM (93) 559 final).

Conclusions du Conseil du 13 décembre 1993 relatives à la mise en place d'un réseau en matière d'épidémiologie dans la Communauté (J.O. n° C 15 du 18.01.1994, p. 6).

Résolution du Conseil, du 13 décembre 1993, concernant la prolongation jusqu'à la fin de 1994 du plan d'action 1991-1993 adopté dans le cadre du programme l'Europe contre le SIDA (JO n° C 15 du 18 01.1994, p. 4).

Résolution du Conseil, du 2 Juin 1994 concernant le cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique (J.O. n°).

7.3 Echéancier indicatif des crédits

	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Crédits d'engagement	9	9.4	9.9	10.4	10.9	49.6
Crédits de paiement						
50% 1995	3.2					3.2
35% 1996	4.3	4.7				9.0
15% 1997	1.5	3.3	5			9.8
1998		1.4	3.4	5.2		10
1999			1.5	3.7	5.4	10.6
exerc. suivants				1.5	5.5	7
TOTAL	9	9.4	9.9	10.4	10.9	49.6

8. Dispositions anti-fraude prévues (et résultats de leur mise en oeuvre)

Au stade de l'instruction des demandes de financement, les formulaires de demande inclueront un certain nombre de renseignements concernant l'identité et la nature des bénéficiaires, qui permettront d'en apprécier, a priori, la fiabilité.

Des dispositions anti-fraude (contrôle, rapports intermédiaires, rapport final) sont incluses dans les accords ou contrats conclus entre la Commission et les bénéficiaires. Au moment des paiements intermédiaires et finaux, la vérification des rapports et de la bonne exécution des tâches est effectuée par les services de la Commission.

En outre, des contrôles ponctuels sur place auprès des contractants pour vérifier la destination, ainsi que les modalités précises d'utilisation des crédits alloués vont être effectués. Des contrôles ont déjà été opérés portant sur les exercices budgétaires 1991, 1992 et 1993 et ont montré leur efficacité.

9. Eléments d'analyse coût-efficacité

9.1 Objectifs spécifiques et cibles, population visée:

L'action de la Communauté doit contribuer à favoriser:

- une meilleure connaissance des maladies transmissibles y compris l'infection par le VIH auprès du grand public et des groupes à risque;
- la prévention des maladies transmissibles et du VIH/SIDA auprès du grand public et des groupes à risque;
- l'orientation et le conseil: professionnels du champ socio-sanitaire;



- la prise en charge sanitaire et sociale: professionnels du champ socio-sanitaire, environnement du travail, groupes à risque (toxicomanes, homosexuels, prostituées, situations à risque).

9.2 Justification de l'action:

utilisation rationnelle de la dotation budgétaire reposant:

- a) sur une application concrète du principe de subsidiarité, au niveau de l'identification des actions à entreprendre et à co-financer.
- b) sur l'identification et la sélection de projets pour cofinancement dans les domaines de l'éducation sanitaire, l'amélioration de l'état des connaissances parmi le public et certains groupes à risque, la formation, et la stimulation de la coopération entre les Etats membres dans le domaine de la prévention. Ces projets seront sélectionnés et mis en oeuvre éventuellement avec des comités nationaux de coordination qui seront institués à la demande des Etats membres et auxquels participeraient l'ensemble des acteurs de la prévention du VIH/SIDA et d'autres maladies transmissibles.
- c) sur la notion de valeur ajoutée communautaire qui continuera de s'exprimer à travers une action de coordination des actions nationales, de dissémination de l'information et des expériences, de fixation des priorités, d'élargissement des réseaux européens existants, de sélection de projets européens et de motivation et de mobilisation de l'ensemble des acteurs

Le soutien de projets réalisés dans les Etats membres constitue la principale méthode de mise en oeuvre du programme. La sélection des projets prioritaires s'appuie largement sur les objectifs généraux et intermédiaires et la mise en oeuvre des actions elles-mêmes dépend aussi de la qualité et de la fiabilité des projets soumis en cours d'année au service compétent.

Les critères de sélection pour des projets sont les suivants:

- compatibilité avec les objectifs et conformité avec au moins un des objectifs définis;
- examen de la "plus-value" communautaire du projet (participation transnationale, développement d'un modèle applicable dans d'autres Etats membres, informations utilisables dans d'autres Etats membres, etc...);
- efficacité et rentabilité supposées;
- clarté et justification des besoins;
- population ciblée ou atteinte par l'action;
- pertinence de la méthodologie retenue;
- compétence et expérience de l'organisation;
- adéquation du budget de l'action aux objectifs;
- soutien des partenaires nationaux aux projets;
- évaluation définie de manière objective;
- avis du Comité consultatif concerné.

9.3 Suivi et évaluation de l'action

9.3.1 Suivi de l'action:

Le suivi de l'action est assuré: au niveau communautaire, par les services de la Commission qui soumettra un rapport annuel d'exécution du programme au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions; au niveau national, par des comités nationaux de coordination si les états membres optent pour la création de tels comités, par les ministères compétents dans le domaine de la prévention du SIDA et d'autres maladies transmissibles, les ONG et les responsables de la mise en oeuvre et de la conduite de projets spécifiques.

9.3.2 Evaluation de l'action

L'évaluation est notamment assurée par:

- un rapport annuel d'exécution du Programme au Conseil, au Parlement Européen, au Comité Economique et Social et au Comité des Régions;
- une évaluation indépendante des principales actions et des études subventionnées;
- un rapport global sur la fiabilité et l'efficacité des projets mis en oeuvre dans le plan d'action, à soumettre par la Commission aux institutions compétentes durant le second semestre de 1997.

Indicateurs de performances sélectionnés pour cette évaluation:

- estimation de la population cible touchée, et éventuelles retombées médiatiques;
- évaluation des projets par des fonctionnaires et/ou des collaborateurs de la Commission;
- analyse des rapports intermédiaires sur les actions prévues et financées permettant s'il y a lieu, de réorienter les actions;
- études d'impact par des organismes externes;
- pertinence de la méthodologie utilisée par les organisateurs;
- adéquation du budget de l'action aux objectifs;
- clarté des objectifs de départ;
- compétences et expériences des organismes;
- diffusion des résultats.

Modalités et périodicité de l'évaluation prévues:

- établissement de rapports intermédiaires et finaux sur les différentes actions entreprises dans le domaine;
- développement d'une fiche d'évaluation "type" de l'action, à transmettre par les bénéficiaires avec leurs rapports finaux et contrôle de ces fiches par les fonctionnaires (soit au sein de la Commission, soit sur place)

9.4 Cohérence avec la programmation financière

L'action est-elle prévue dans la programmation financière de la DG pour les années concernées? Oui.

Indiquez à quel objectif plus général défini dans la programmation financière de la DG correspond l'objectif de l'action proposée:

"Contribuer à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine" - Art. 129 du Traité.

10. Dépenses administratives (Partie A du Budget)

- Le lancement du nouveau programme d'action visé par la présente fiche correspond aux nouvelles compétences de la Communauté après l'entrée en vigueur du Traité de Maastricht dans le domaine de la santé publique (Article 129).
En plus du personnel qui effectue actuellement des tâches comparables et préparatoires, la mise en oeuvre du programme nécessitera du personnel supplémentaire: 1 fonctionnaire A, 1 fonctionnaire B, 1 fonctionnaire C, sous réserve des résultats de la procédure budgétaire 1995 et de la décision de la Commission concernant la répartition des fonds. Ce personnel supplémentaire pourrait être pourvu soit par le biais d'un déploiement interne du personnel au sein des services de la Commission, soit dans le cadre de la décision d'allocation des ressources humaines que la Commission prendra en 1995.
- Pour le lancement et la mise en oeuvre de ce nouveau programme d'action, les réunions et les missions suivantes sont prévues pour 1995 (les lignes budgétaires concernées pour les réunions et les missions sont respectivement les postes budgétaires A 2500 et A 1300):

Réunions:

- 2 réunions du Comité Consultatif (2 représentants par Etat membre)
(2 x 24 x 658 = 31.584)
32.000
- 4 réunions des experts
(4 x 6 x 658 = 15.792)
16.000
- Conférences et séminaires de présentation et mise en oeuvre
(4 x 48 x 658 = 126.336)
126.000

TOTAL REUNIONS: **174.000 Ecus**

Missions:

- Luxembourg - Bruxelles (5 missions par mois)
(60 x 200 = 12.000)
- Autres missions (Etat membres)
(25 x 1.000 = 25.000)

TOTAL MISSIONS: **37.000 Ecus**