

Chapitre 2

La Covid-19 et la politique de santé de l'Union européenne : de la crise à l'action collective

Eleanor Brooks, Anniek de Ruijter et Scott L. Greer

Introduction : crise et action collective

Du mois de février 2020 au début du mois de mars, l'Union européenne (UE) ne s'est pas montrée particulièrement utile ni efficace alors que débutait la crise de la Covid-19 en Europe. Pour beaucoup, l'UE méritait à peine d'être mentionnée. Elle semblait être mise sur la touche — non seulement incapable, mais ignorée par les États membres dans la mesure où des principes fondamentaux de l'intégration européenne, tels que l'ouverture des frontières et l'interdiction de la restriction des exportations, ont été bafoués. Alors que la panique gagnait du terrain, les intérêts nationaux ont dominé.

Rétrospectivement, ce n'est pourtant pas la confusion initiale que l'on retient. C'est plutôt la rapidité avec laquelle les États membres européens ont commencé à travailler ensemble au cœur de l'une des plus grandes crises de santé publique qu'ils aient jamais eu à affronter. Deux caractéristiques ont marqué pratiquement toute l'histoire de la politique de santé publique de l'UE : la faiblesse de sa base juridique et le peu d'enthousiasme des États membres à créer une politique de santé significative au niveau de l'UE. La Covid-19 est néanmoins en train de changer la donne. La portée et l'importance de l'action de l'UE dans le domaine de la santé sont, en effet, appelées à s'accroître sensiblement à l'avenir.

Jusqu'en mars et au début du mois d'avril 2020, la réponse immédiate de l'UE consistait à coordonner le rapatriement des citoyens bloqués à l'étranger, à partager et à développer conjointement les connaissances épidémiologiques pertinentes, à constituer des stocks de fournitures essentielles, à rouvrir les frontières aux biens médicaux et essentiels, à lancer des procédures d'achat conjointes pour les biens médicaux et les équipements de protection, à déployer du personnel de santé et à débloquer de nouveaux fonds pour les dépenses urgentes en matière de santé. Une fois passée la première vague de Covid-19, des propositions de mesures à plus long terme ont commencé à émerger. Outre une stratégie de vaccination et l'accélération de la prochaine stratégie pharmaceutique, la Commission européenne a également mis en place une nouvelle stratégie ambitieuse en matière de santé — « L'UE pour la santé » — qui devrait bénéficier d'un budget de 1,7 milliard d'euros (la précédente stratégie disposant d'un budget d'environ 450 millions d'euros) pour la période 2021-2027 (Commission européenne 2020a)¹.

1. En mai 2020, la Commission a proposé un budget de 9,4 milliards d'euros pour la santé publique. Lors du sommet du Conseil européen de juillet, ce chiffre a été ramené à 1,7 milliard d'euros. Le budget final est actuellement négocié par le Conseil européen et le Parlement européen et devrait être officiellement adopté avant la fin de l'année.

Certains commentateurs et États membres ont critiqué la réponse européenne et l'ont jugée insuffisante, tandis que d'autres ont appelé l'UE à jouer un rôle plus important dans la réponse aux urgences sanitaires et dans le soutien aux systèmes nationaux de santé. Bien qu'il n'y ait pas de propositions formelles pour étendre les compétences officielles de l'UE en matière de santé, l'espace politique pour une reconfiguration de la gouvernance de l'UE en matière de santé est désormais plus vaste et plus important que jamais. La question est donc de savoir si cet espace — en tant que fenêtre d'opportunité créée par une crise sanitaire urgente — pourrait conduire à une plus grande intégration en matière de santé.

Sur la base de l'examen de la faible base juridique que les États membres ont offerte à l'action de l'UE dans le domaine de la santé, ce chapitre soutient que l'UE a répondu à la Covid-19 exactement de la manière dont les États membres l'avaient prévu — en n'étant à peine plus qu'un simple outil à disposition des gouvernements nationaux. Nous poursuivons, cependant, en démontrant que la délimitation formelle dans laquelle est circonscrite l'UE en temps de crise sanitaire a été relativement inefficace pour empêcher la croissance de son influence dans le domaine de la santé publique par le passé (de Ruijter 2019). Les événements de crise et les moments critiques qu'ils produisent ont, à l'inverse, souvent entraîné une expansion du rôle de l'UE sur le long terme (Greer 2009). Ce chapitre, qui décrit la réponse de l'UE à la Covid-19 en matière de santé publique, évalue la fenêtre d'opportunité actuelle et réfléchit au rôle futur de l'UE dans le domaine de la santé. *L'élargissement de l'espace politique, l'accroissement du budget et une ode à la solidarité suggèrent-ils le début d'une Union européenne des soins de santé plus impressionnante et plus redistributive (Vollaard et al. 2016), ou bien l'UE continuera-t-elle à pratiquer une forme instable de fédéralisme de la santé, fonctionnant principalement comme un État régulateur (Greer 2020a)?* En adoptant un cadre passé-présent-futur, le reste de ce chapitre est organisé comme suit : la section 1 passe en revue l'évolution historique de la politique de santé de l'UE et les outils à sa disposition lors de l'arrivée de la Covid-19 en Europe. La section 2 décrit comment ces outils ont été utilisés en réponse à la crise et les propositions de changements en matière de politique de santé actuellement sur la table. Enfin, la section 3 se tourne vers l'avenir et examine les perspectives de changement à la lumière de la réponse de l'UE à la crise.

1. Le passé : le développement d'une politique européenne de la santé

L'inclusion de la santé dans les structures de l'UE remonte au traité de la Communauté européenne du charbon et de l'acier (CECA) de 1951 qui, en l'absence de dispositions de sécurité sociale appropriées, a créé une exception de santé publique à la libre circulation des travailleurs du charbon et de l'acier. La santé continuera à figurer ainsi, en tant qu'exception justifiable aux règles de libre circulation, pendant des décennies. Paradoxalement, ce cadre d'exception va s'avérer essentiel pour la croissance de l'influence européenne dans le domaine de la santé (de Ruijter 2019 : 63). Dans le contexte d'une UE bâtie par la construction et la réglementation des marchés, ce statut a donné à la politique de santé trois facettes distinctes (Greer 2014) : a) des actions ciblant la santé publique ; b) une législation touchant à la santé mais inscrite dans le cadre du

marché intérieur ; et c) des mesures concernant la santé dans le cadre de la gouvernance budgétaire. Ce cadre à trois facettes met en évidence les limites imposées par les traités à l'action de l'UE en matière de santé et les différents outils de gouvernance dont elle dispose pour répondre à une urgence sanitaire.

1.1 Politiques de santé publique de l'UE : mise en place d'une capacité limitée de réaction aux crises

L'article 168 (4), du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) confère à l'UE les compétences nécessaires pour harmoniser les législations sanitaires des États membres dans les domaines des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang, des produits pharmaceutiques et certaines mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire. Toutefois, en ce qui concerne l'adoption de mesures d'incitation pour lutter contre les menaces transfrontalières pour la santé, une législation ordinaire est nécessaire. En dehors de l'article 168 du TFUE, l'UE a pour mandat de protéger la santé par des actions dans les domaines de la protection des consommateurs, de l'environnement et de la santé et de la sécurité au travail (SST). Ce dernier domaine, couvert par l'article 153 du TFUE, a été particulièrement pertinent pendant la crise de la Covid-19, car les lieux de travail sont rapidement devenus des sites de transmission essentiels, ouvrant ainsi une autre voie d'action au niveau de l'UE. Dans d'autres domaines de la santé, l'UE se limite à « compléter », « encourager » et « coordonner » les initiatives des États membres, notamment, au moyen de lignes directrices, d'indicateurs et de suivi. Dans ce domaine, elle fait usage de pouvoirs plus souples, en créant des forums et des plateformes de mise en réseau — la plateforme sur l'alimentation, la nutrition et l'activité physique et le forum sur l'alcool et la santé sont deux exemples clés de rassemblement de parties prenantes recherchant un consensus sur les actions à entreprendre. L'UE met en place des centres d'expertise — tel que le groupe d'experts sur la prévention du cancer, le groupe d'experts sur l'évaluation des performances des systèmes de santé et le groupe d'experts sur les moyens efficaces d'investir dans la santé — pour contribuer à l'élaboration d'orientations, de meilleures pratiques et de recommandations communes. L'UE finance également des recherches et des projets mettant en œuvre ses objectifs en matière de santé, généralement par l'intermédiaire du programme de santé de l'UE (un instrument de financement destiné à soutenir des projets de santé communs et coopératifs, voir le point 2.3 ci-dessous). Elle dispose de vastes pouvoirs réglementaires pouvant impacter la santé, notamment, par le biais des articles du traité relatifs à la politique sociale, à la santé, à la protection des consommateurs et à l'environnement, ainsi qu'au marché intérieur. Il n'a cependant pas toujours été facile d'y recourir afin de réaliser des objectifs ayant trait à la santé (Bartlett et Naumann 2020).

Les outils de l'UE les plus pertinents en vue de répondre et de gérer des crises sont : la surveillance et la collecte de données pour le contrôle des maladies transmissibles ainsi que son mécanisme de protection civile. La lutte contre les maladies transmissibles constitue un domaine classique de coopération internationale dans lequel les pays européens travaillent ensemble par-delà les frontières depuis plus d'un siècle (de Ruijter 2019). Par ailleurs, l'UE finance de manière spécifique la surveillance des maladies

transmissibles depuis les années 1980. La crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) a eu un profond impact constitutionnel sur l'UE, qui a conduit à une modification dans le traité d'Amsterdam lui donnant le pouvoir d'harmoniser les politiques des États membres dans les domaines spécifiques des organes, des substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang, et des mesures spécifiques dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire. Cette modification a été suivie d'une réponse non coordonnée et inefficace à l'épidémie de SRAS en 2003, qui a conduit à la création (en 2005) du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM) — un centre de coordination du suivi et de la collecte de données — et à la création de l'unité 3C au sein de la Direction générale (DG) SANTE (Santé et sécurité alimentaire) de la Commission européenne, pour répondre aux menaces sanitaires transfrontalières. Le CEPCM a pour tâche d'évaluer les risques, en s'appuyant sur la surveillance et le suivi, et de développer certaines stratégies de communication publique, bien qu'il ait également commencé à développer certaines capacités opérationnelles et à déployer des spécialistes dans les régions touchées une crise (Greer 2012). Il s'agit d'un réseau de scientifiques, d'experts de la santé publique et d'organismes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles, dont la coordination est assurée de manière informelle par une équipe de 300 personnes établies dans le siège de l'organisation, en Suède. L'unité 3C coordonne les achats communs pour les contre-mesures médicales et son directeur préside le Comité de sécurité sanitaire (CSS). Ce dernier fait partie du régime de sécurité sanitaire de l'UE qui s'est développé après l'épidémie de grippe porcine, mais qui était déjà en place, de manière informelle et intergouvernementale, depuis 2001 en réponse aux attentats du 11 septembre et aux attaques à l'anthrax. Ce n'est qu'après l'adoption par le Parlement européen et le Conseil de la décision de l'UE (2013) sur les menaces transfrontalières sur la santé que cet organe a été formalisé. Selon la gravité de la menace en question, les États membres sont représentés au sein du Comité par des fonctionnaires ministériels disposant d'une habilitation relativement élevée et d'un mandat politique pour décider d'une coordination mutuelle (de Ruijter 2019). Le Comité s'appuie directement sur le travail du CEPCM, qui a également un siège à la table, tout comme l'Agence européenne des médicaments (AEM). La décision sur les menaces transfrontalières sur la santé de 2013 prévoit également la mise en place d'un accord sur les marchés publics communs (JPA – *Joint Procurement Agreement*). Celui-ci facilite l'achat collectif de médicaments, de dispositifs médicaux et d'autres biens ou services, tels que les équipements de laboratoire ou de protection individuelle (EPI), avec un financement suffisant pour réaliser des achats en grandes quantités.

Le CEPCM a remporté un certain nombre de succès depuis sa création, mais son rôle se limite à deux champs d'intervention. Premièrement, la réglementation des risques dans l'UE est divisée en plusieurs niveaux : le CEPCM et l'UE sont responsables de l'évaluation des risques et les États membres de la gestion des risques (Pacces et Weimer 2020). Ainsi, alors que le CEPCM peut informer, guider et recommander, l'UE n'a généralement pas le pouvoir d'intervenir ou de mettre en œuvre des mesures de santé publique. La pandémie de grippe porcine de 2009 (H1N1) a illustré les implications de cette répartition stricte des responsabilités : de nombreux États membres sont revenus à des approches protectionnistes malgré les tentatives de coordination de la Commission européenne. Une deuxième contrainte, qui découle de la première, tient au fait que la réponse à la crise dépend des capacités, des infrastructures et des ressources

de lutte contre les maladies transmissibles au niveau national. Celles-ci varient considérablement et plusieurs études mettent en évidence le caractère dangereusement inégal des infrastructures existant en Europe (Elliot *et al.* 2012; Reintjes 2012; Speakman *et al.* 2017 ; Flear et de Ruijter 2019). En outre, et comme l'a démontré la crise de la Covid-19, la coordination entre les acteurs nationaux de la lutte contre les maladies transmissibles est minimale et le soutien de l'UE se heurte à l'absence d'une cartographie claire des lois nationales en matière de santé publique, des organismes compétents et des plans de préparation nationaux aux situations d'urgence (Alemanno 2020; Greer et Matzke 2012).

Malgré les défis auxquels il doit faire face, le rôle du CEPCM dans les interventions d'urgence fonctionne relativement bien, le mécanisme de protection civile (MPC) – l'outil de gestion des risques de catastrophes de l'UE – est, en revanche, plus complexe à faire exploiter. Le cadre de protection civile de l'UE est basé sur la clause de solidarité du TFUE qui stipule, à l'article 222, qu'en cas de crise de grande ampleur et de catastrophe naturelle ou d'origine humaine, les États membres (et les États de l'EEE, qui sont également membres du MPC) doivent s'entraider et faire preuve de solidarité. Au sein du MPC, la capacité de réaction est mutualisée par les États membres afin d'assurer un déploiement rapide en cas de crise. Un centre de coordination des réactions d'urgence (ERCC – *Emergency Response Coordination Centre*) surveille les événements mondiaux et maintient des liens directs avec les autorités nationales compétentes ; en cas de crise, tout État membre peut demander de l'aide et faire appel à la réserve européenne de protection civile, une réserve de ressources engagées par les gouvernements nationaux. Toutefois, malgré la création d'un corps médical européen, l'alignement de ces outils sur le Comité de sécurité sanitaire est loin d'être évident. En 2019, le MPC a été mis à niveau et complété par RescEU, un instrument financier qui fournit une base juridique permettant à l'UE d'acheter des fournitures d'urgence en cas d'événement de grande envergure. Dans ce modèle, l'UE cofinance l'acquisition et le maintien par les États membres des ressources appartenant à la réserve de protection civile.

1.2 La santé via le marché intérieur

La seconde facette de la politique de santé de l'UE est celle dont la promulgation – malgré le langage soigneusement circonscrit de l'article 168 (5 et 7) du TFUE qui limite le pouvoir de l'UE d'harmoniser le droit des États membres en matière de santé publique et de soins de santé – est poussée par les activités et le droit du marché intérieur². Bien que les États membres aient essayé d'utiliser le traité de Lisbonne pour préciser que l'organisation, le financement et la prestation des services de santé sont une prérogative nationale, la Cour de justice de l'UE (CJUE) a constamment statué que les services de santé ne bénéficient pas d'une exemption par défaut des lois du marché intérieur. Il en résulte que l'UE a eu un impact durable et significatif sur la santé par l'application

2. Affaire C-158/96 Raymond Kohll contre Union des caisses de maladie, Recueil [1998], p. I-1931 ; Affaire C-466/04 Yvonne Watts contre Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health, Recueil 1998, p. I-4325.

des « quatre libertés » — libre circulation des biens, des services, des personnes et des capitaux — qui constituent les pierres angulaires du marché intérieur et sur lesquelles l'UE jouit d'un pouvoir législatif considérable. Le processus fonctionne en ciblant les dispositions des États membres qui favorisent les entreprises ou citoyens nationaux, en forçant leur suppression et en imposant une nouvelle réglementation « par le haut ». Les exemples de cette dimension de la politique de santé de l'UE abondent, notamment en matière de réglementation des qualifications professionnelles des travailleurs de la santé, de fourniture de services de santé dans d'autres États membres, d'autorisation des produits pharmaceutiques et de mobilité des patients. Ce dernier point constitue un exemple particulièrement éloquent de la façon dont le parachèvement du marché intérieur peut conduire à l'adoption d'un texte législatif complexe, de grande portée et politiquement sensible en matière de soins de santé, qui soit ignore complètement la santé, soit n'en vise pas les éléments pertinents (Glinos 2012).

Le développement de la politique de santé comme sous-produit de la croissance du marché intérieur offre donc des résultats contrastés. Dans certains cas — la lutte antitabac est un exemple notable — les acteurs de la santé ont réussi à exploiter les importantes compétences de l'UE en matière de marché commun au profit de la santé (Jarman 2018). Toutefois, il est plus fréquent que des politiques affectent la santé sans en avoir l'objectif. Par ailleurs, quelle que soit la voie suivie par l'UE pour exercer une influence sur la santé, les tentatives des États membres pour « maintenir Bruxelles à l'écart » ont régulièrement été déjouées. La directive sur le temps de travail et son rôle dans la détermination des horaires des professionnels de la santé, ainsi que la directive sur les droits des patients exigeant l'autorisation des soins à l'étranger constituent deux exemples marquants.

1.3 Gouvernance budgétaire de la santé

Ancrée dans le cadre de la gouvernance budgétaire de l'UE, une dernière facette de la politique de santé de l'UE a plus récemment été institutionnalisée. Bien que ses origines remontent au milieu des années 1990 (Baeten et Thomson 2012), cette troisième facette est née de la crise de 2010, d'abord sous la forme d'une série de plans de sauvetage des pays qui tentaient de se relever de la crise de la dette souveraine en Europe, puis sous la forme d'un cadre à long terme visant à prévenir une résurgence de la crise et assurer la stabilité économique. Représentant une grande partie des dépenses nationales, la santé est rapidement devenue un objectif du Semestre européen — le cadre de planification budgétaire annuel de l'UE — et l'UE a commencé à formuler des recommandations spécifiques par pays (RSP) à l'intention des États membres, les invitant, par exemple, à accroître la « rentabilité » et à assurer la « viabilité du système de santé ». Bien qu'il s'agisse, officiellement, de recommandations, le Semestre offre une forme « plus rigide de gouvernance souple », ce qui signifie que ses recommandations sont formellement non contraignantes mais qu'elles sont complétées par un certain nombre d'éléments plus contraignants qui augmentent la pression en faveur du respect de ces dernières et introduisent la possibilité de sanctions ou de pénalités (Bocquillon *et al.* 2020). Certaines situations en découlent : par exemple le fait que, malgré les limites imposées par l'article 168 (7) du TFUE, l'UE ait demandé à la France de revoir sa politique d'admission dans

les écoles de médecine, et à l'Autriche de fixer et d'atteindre des objectifs de transfert des traitements en dehors des hôpitaux (Greer *et al.* 2016). Il s'agit d'un autre exemple de la manière dont la stricte délimitation du mandat de l'UE en matière de santé ainsi que le manque d'enthousiasme de la part des États membres n'ont pas réussi à exclure l'action de l'UE du secteur de la santé (Baeten et Vanhercke 2017).

Cependant, là encore, l'effet secondaire de cette politique « non sanitaire » dans le domaine de la santé a été de provoquer des perturbations et d'exacerber les divergences entre les États membres. Le processus s'est, par conséquent, heurté à des oppositions, notamment en ce qui concerne le Semestre et les mesures d'austérité que ses cycles précédents ont imposées. Les acteurs de la santé — y compris dans la société civile et les forums de fonctionnaires nationaux et européens — ont travaillé efficacement pour saper ce dernier en prenant davantage en considération les objectifs et indicateurs de progrès en matière de santé (Greer et Brooks 2020). Bien que les cycles les plus récents du Semestre aient permis d'atteindre un meilleur équilibre entre le contrôle des dépenses nationales et l'encouragement de l'investissement social, le système continue d'exacerber les divergences internes entre les riches États « créanciers » du nord et les États « bénéficiaires » plus pauvres du sud et du centre de l'Europe, ce qui oblige ces derniers à occuper en permanence un rôle périphérique (Greer 2020a ; voir également Clancy 2020).

L'héritage de l'austérité et de la primauté du marché a été mis à nu par l'avènement de la Covid-19. Le sous-investissement chronique a entraîné d'énormes variations en termes de capacité de réaction des systèmes de santé nationaux et de couverture de leurs populations, en termes de résilience des infrastructures et niveau de l'état de santé sous-jacent des populations. En outre, la libre circulation des personnes a facilité la « fuite des cerveaux » chez les professionnels de la santé, les médecins et les infirmières (principalement d'Europe orientale et méridionale) migrant vers des postes mieux rémunérés dans d'autres États membres (principalement occidentaux et septentrionaux), ce qui a suscité des inquiétudes quant à la capacité des systèmes de santé à faire face à une pénurie de personnel.

1.4 Les contraintes sur la politique de santé et la compétence de réponse aux crises

Les trois facettes de la politique de santé de l'UE, la manière dont elles se sont développées historiquement et leurs trajectoires potentielles au lendemain de la crise actuelle s'appuient sur le statut d'État régulateur de l'UE (Majone 1996). Plutôt que d'utiliser toute la panoplie d'outils d'imposition, d'investissement et de distribution dont disposent les gouvernements, l'UE recourt essentiellement à la réglementation. En outre, elle est un État régulateur d'un type particulier, en ce sens que ses traités favorisent une réglementation qui promeut le marché, par opposition à celle qui compense les perdants ou adoucit l'impact des règles imposées (Scharpf 2002). Cette caractéristique a ses avantages : elle permet à l'UE de fonctionner avec des ressources minimales, puisque la mise en œuvre de ses réglementations — l'aspect coûteux — est assurée par les gouvernements nationaux (Page 2001), tandis que l'application

est assurée par les tribunaux nationaux (Obermaier 2009 ; Kelemen 2011 ; Martinsen 2015). Elle prive cependant l'UE de certains éléments cruciaux de la politique de santé, comme le financement des programmes sociaux ou la redistribution des revenus via les politiques sociales et l'organisation de la solidarité interétatique. Les trois facettes de la politique de santé décrites ci-dessus découlent directement de cette asymétrie constitutionnelle et sont donc animées par une logique néo-fonctionnelle (Greer 2006 ; Kumm 2006a, 2006b). L'expansion constante du marché intérieur exige une réglementation continue par l'UE — que ce soit pour faciliter la fourniture de services de santé par-delà les frontières, la circulation des professionnels de la santé ou la vente de produits pharmaceutiques sur différents marchés. La demande inhérente de mesures supplémentaires est satisfaite et encouragée par des « entrepreneurs » engagés et stratèges au sein des institutions européennes (Haas 2004), qui emploient une approche mêlant opportunisme créativité leur permettant de façonner l'agenda de la santé (Cram 1994). Cela a d'ailleurs pu être observé lorsque la Cour a commencé à s'occuper de la législation sur les soins de santé à la fin des années 1990 (Brooks 2012).

L'UE s'engage toutefois dans certaines formes de redistribution, notamment par le biais de ses différents fonds structurels et de ses vastes programmes de recherche (de Ruijter 2019). Cela vaut également pour la santé : les fonds structurels peuvent être utilisés pour financer les infrastructures de santé, par exemple la modernisation des hôpitaux ou l'acquisition de nouveaux équipements médicaux. Quant au programme de santé, il permet de redistribuer des fonds pour des projets et des initiatives en matière de santé telles que la mise en place de registres communs pour les maladies rares ou la création de réseaux d'organisations travaillant sur des questions similaires. Toutefois, un déséquilibre flagrant persiste et limite les résultats que l'UE peut espérer dans le domaine de la santé. S'appuyer sur la réglementation lui permet de créer, proactivement, un marché concurrentiel pour les biens et services de santé, mais pas d'affecter l'octroi des droits d'un individu à ces biens et services dans son État membre. Autrement dit, elle peut, par exemple, soutenir le développement d'un nouveau vaccin, mais ne peut garantir que cette innovation soit accessible de manière uniforme dans toute l'UE (Hervey *et al.* 2017 : 8-9).

2. Le présent : la réponse de la politique de santé de l'UE à la Covid-19

Comme indiqué ci-dessus, le déséquilibre des rôles de l'UE en matière de réglementation et de protection sociale, tel qu'il a été établi par les traités à la demande des États membres, limite sa capacité d'action dans les situations d'urgence immédiate. Mais comme nous l'avons vu dans la section 1, de telles crises peuvent ouvrir des fenêtres d'opportunité pour des changements institutionnels et juridiques à plus long terme.

2.1 Réponse initiale à la crise

Dans le cadre législatif existant, le rôle de l'UE en cas de crise consiste à soutenir les États membres dans leurs réponses, en agissant comme un centre d'expertise, d'information et, théoriquement, de coordination (Hervey et McHale 2015; Flear et de Ruijter 2019). Elle dispose de deux ressources : son régime de sécurité sanitaire, qui comprend le CEPCM et l'AEM, et son régime de protection civile, qui relève de la DG Protection civile et aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO).

Si l'on observe la réaction initiale de l'UE d'une perspective longitudinale, en la comparant par exemple aux épidémies d'ESB et de grippe porcine (de Ruijter 2019), les régimes en place ont apporté des améliorations notables. Alors qu'au niveau des ministères nationaux de la santé la réponse à la grippe porcine a été totalement informelle et intergouvernementale, depuis l'adoption de la décision sur les menaces pour la santé (Parlement européen et Conseil de l'Union européenne 2013), les États membres disposent de certaines méthodes de travail et d'outils de décision établis. Il est clair qu'il reste du travail à accomplir dans les situations où l'urgence menace tous les États membres — l'appel à l'aide de l'Italie a été ignoré malgré la présence de mécanismes de coordination officiels, les gouvernements cherchant à protéger leurs propres approvisionnements face à une menace imminente. L'examen des procès-verbaux du Comité de sécurité sanitaire³ montre de manière frappante comment les informations et les décisions prises au niveau national sont partagées et coordonnées entre les États membres. En outre, le CEPCM et l'AEM ont participé à toutes les discussions.

À cet égard, le CEPCM semble avoir obtenu de bons résultats, dans les limites de ses compétences. Des données pertinentes ont été collectées et diffusées et, bien que les États membres ne se soient généralement pas appuyés uniquement sur l'UE (ni l'OMS d'ailleurs) pour obtenir des orientations et des informations, le CEPCM a utilisé son réseau de points de contact nationaux et a alimenté les comités et structures au niveau des États. La Commission a, quant à elle, créé un système de soutien à la gestion clinique — une variante de ses réseaux européens de référence qui ont fait leurs preuves et qui mettent en contact les experts de certaines maladies rares — et l'a utilisé pour faciliter la communication entre les professionnels de la santé. En outre, le Comité de sécurité sanitaire a joué son rôle et, une fois que les réactions protectionnistes spontanées du début sont devenues intenable, il a pu coordonner les réponses et les initiatives des États membres, par exemple en matière d'achats communs.

Plus lent à se mobiliser, il semble que le Mécanisme de protection civile (MPC) ait travaillé en parallèle plutôt qu'en coordination profonde avec le processus du Comité de sécurité sanitaire. Des équipes médicales ont néanmoins été envoyées en Italie depuis la Norvège et la Roumanie, ainsi que du désinfectant en provenance d'Autriche au début du mois d'avril. Les faiblesses préexistantes de la protection civile sont cependant devenues apparentes. Le MPC fonctionne principalement comme un service de mise

3. Le procès-verbal du Comité de sécurité sanitaire peut être consulté ici : https://ec.europa.eu/health/hsc_covid19_fr

en relation, coordonnant les dons pré-engagés des pays ayant des excédents aux pays dans le besoin, avec l'ajout de certaines réserves européennes via RescEU. Dépendant de la volonté et de la capacité des pays à contribuer, le MPC ne fonctionne pas de manière optimale lorsque tous les pays connaissent des pénuries de même nature et se préoccupent de leur propre sort (Greer *et al.* 2020). Un processus parallèle s'est déroulé au sein de l'unité des menaces pour la santé de la DG Santé, où une certaine expérience avait déjà été acquise lors de l'achat conjoint de vaccins antigrippaux. Dans ce contexte, si les fonds et les stocks restent à la disposition des États membres participants, il existe de nombreux avantages potentiels en termes de pouvoir d'achat, de positions de négociation et même d'échanges solidaires. Le régime actuel a été mis en place pour contrer les inefficacités résultant d'un manque de solidarité dans la réponse à la grippe porcine. Bien qu'il y ait encore de nombreuses étapes à franchir à cet égard, l'expérience acquise lors des achats précédents semble avoir contribué à l'achat conjoint d'équipements médicaux pour la Covid-19. En revanche, les achats effectués dans le cadre du MPC par l'intermédiaire de RescEU sont entièrement centralisés par la DG ECHO et ne nécessitent la participation que d'un seul État membre. Bien que cette particularité augmente son potentiel de décision centralisée en matière d'échanges solidaires, elle réduit le financement disponible pour la création de stocks de biens médicaux et oppose l'UE aux États membres, puisque tous les États et l'UE tentent d'acheter sur les mêmes marchés (Commission européenne 2020b). Néanmoins, diverses fournitures ont été achetées à l'échelle de l'UE pour la Covid-19, notamment des respirateurs, des équipements de protection individuelle (EPI), des produits pharmaceutiques et du matériel de laboratoire, qui ont été envoyés en Espagne, en Italie et en Croatie en mai 2020.

Au-delà du cadre de la politique de santé publique, l'UE a également fait usage de son mandat en matière de SST. Le SRAS CoV2 a été ajouté à la liste des agents figurant dans la directive sur les agents biologiques en juin, mais pas dans la catégorie de risque la plus élevée et sans l'adaptation et la modification d'autres aspects clés de la directive qui, selon les syndicats, sont essentiels pour protéger les travailleurs, y compris les professionnels de la santé (CES 2020a). Il s'agit là d'une voie susceptible d'affecter les professionnels de la santé, en particulier au moment où l'UE prépare son nouveau cadre stratégique pour la santé et la sécurité au travail, comme l'avait demandé le Conseil en décembre (Conseil de l'Union européenne 2019).

2.2 Défendre le marché et soutenir les économies nationales

Comme on l'a vu pour la crise migratoire et le Brexit par exemple, les quatre libertés, généralement considérées comme fondamentales pour l'existence de l'UE, sont mises sous pression en temps de crise. Lors de la crise de la Covid-19, les États ont imposé les uns après les autres des restrictions à la libre circulation des biens et des personnes, en fermant les frontières et en interdisant certains types d'exportations. Outre le fait qu'elles reposaient sur un faible socle de données probantes en matière de santé publique — dans le cas de la fermeture des frontières aux personnes — ces actions ont, directement enfreint les normes du marché intérieur et de la solidarité. La Commission a réagi rapidement en menaçant de lancer des procédures d'infraction contre

l'Allemagne et la France pour leurs interdictions d'exportation. Dans le même temps, le marché intérieur a été protégé par l'instauration d'une interdiction d'exportation à l'échelle de l'UE vers les pays tiers. À cet égard, il y avait une première indication que les interdictions internes d'exportation et le manque de solidarité se révéleraient être une faiblesse — *les gouvernements allaient sûrement se montrer plus soucieux du maintien du contrôle des stocks nationaux que d'une action en justice de la Commission* — mais un groupe de travail chargé d'examiner les mesures des États membres a été créé en vue d'établir un mécanisme de pression par les pairs plus contraignant (de Ruijter *et al.* 2020a). Dans la pratique, les interdictions d'exportation ont été rapidement levées. La suppression des restrictions à la mobilité individuelle s'est avérée plus difficile, mais un processus décisionnel européen coordonné a vu le jour sous la direction du Conseil Justice et Affaires intérieures (JAI), qui dirige les actions du Conseil, notamment, en matière de gestion des frontières et de migration. Il est intéressant de noter que les travailleurs de la santé ont été parmi ceux qui ont été exemptés des interdictions de déplacement et que les mesures de l'UE ont continué à se concentrer sur le maintien de la libre circulation des travailleurs essentiels. Les orientations adoptées en avril ont exhorté les États membres à faciliter le « passage sans heurt des frontières pour les professionnels de la santé », sans mentionner les capacités des systèmes de santé nationaux en termes de personnel (Commission européenne 2020e).

Dans d'autres domaines du marché intérieur, des flexibilités temporaires ont également été aménagées — par exemple, les régimes stricts de l'UE en matière de concurrence et d'aides d'État ont été assouplis pour permettre l'octroi de subventions publiques aux PME et pour les salaires, ainsi que l'acheminement de fonds publics vers des industries et des secteurs stratégiques, dont la santé. Par exemple, en mars 2020, le cadre temporaire pour les aides d'État a été utilisé pour approuver un régime italien de soutien à la production de dispositifs médicaux et d'équipements de protection individuelle (Commission européenne 2020f). L'évolution la plus intéressante — et potentiellement la plus significative — concernant le marché de la santé (qui a structuré la législation et la politique sanitaires de l'UE au cours des dernières décennies) réside peut-être dans la réinterprétation par l'UE d'un aspect essentiel du droit du marché intérieur. Dans sa communication du 13 mars 2020, qui décrit l'action qu'elle prévoit de mener et répond au nombre croissant de restrictions nationales à l'exportation de produits essentiels, la Commission européenne a réinterprété le cadre juridique des exceptions de santé publique aux barrières commerciales nationales. Elle reconnaît le droit établi de longue date des États membres d'adopter des restrictions commerciales lorsque nécessaire pour protéger la santé publique, comme le prévoient l'article 36 du TFUE et la jurisprudence relative à la « règle de la raison », qui exige que les effets tant positifs que négatifs d'une mesure soient analysés pour déterminer si elle viole la législation sur la libre circulation⁴. Dans sa description de cette dérogation essentielle, la Commission a toutefois introduit une nouvelle interprétation notable. Alors que la restriction à la libre circulation était historiquement justifiée au regard de la protection de la santé publique *nationale*, la communication de mars 2020 indique que la légalité des restrictions sera jugée en fonction de leur impact sur « l'objectif de protection de la santé des personnes vivant en Europe » (Commission européenne 2020c :

4. Affaire 120/78, Rewe-Zentrale AG contre Bundesmonopolverwaltung für Branntwein, Rec. 1979, p. 649.

annexe II, note 2). Par conséquent, la Commission lance l'idée d'une réinterprétation de la dérogation de santé publique basée sur une notion de santé publique et de solidarité européennes, plutôt que sur celle limitée à l'État-nation (de Ruijter *et al.* 2020a).

Une étape tout aussi remarquable vers la solidarité a été franchie dans le troisième volet de la politique de santé en lien avec la gouvernance budgétaire. Tandis que la Banque centrale européenne libérait des liquidités pour les entreprises et veillait à la stabilité de la zone euro (voir Myant, ce volume), l'UE a rapidement adopté la « clause de sauvegarde générale », qui assouplit les règles strictes en matière de déficits budgétaires et de dépenses nationales. Mais elle est ensuite allée plus loin, en prenant la décision, sans précédent, d'émettre une dette européenne commune afin de financer les réponses à la crise de la Covid-19. Loin des plans de sauvetage assortis de conditions qui ont été mis en place au plus fort de la crise économique au début des années 2010 et qui incarnent, en partie, le refus de la solidarité à cette période, cette décision prévoit également un rôle pour l'UE dans l'allocation des fonds. Bien que le Conseil ait dilué, modifié et retiré plusieurs aspects de la proposition initiale de la Commission, rééquilibrant le contrôle des fonds en faveur des États membres, l'accord mérite d'être considéré comme une intensification significative de l'intégration européenne. En outre, le 20 mai 2020, la Commission européenne a publié ses RSP, dans le cadre du cycle du Semestre⁵. Là où, les années précédentes, environ la moitié des États membres recevait des recommandations relatives à la santé, celles-ci ont été adressées à chacun des États membres cette année. Les recommandations appellent à des mesures visant à renforcer la résilience des systèmes de santé nationaux, marquant non seulement le premier exemple de recommandations universelles en matière de santé mais aussi une reconnaissance claire de l'importance des systèmes de santé dans le cadre de la gouvernance fiscale.

2.3 Mesures de relance post-Covid : un nouveau programme de santé de l'UE

La fin de la première vague de Covid-19 a permis de dégager un espace pour envisager les prochaines étapes appropriées. La Commission européenne a rapidement tiré parti de cette situation et a proposé un nouveau programme de santé européen. Les programmes de santé de l'UE financent des projets de collaboration qui contribuent à la stratégie globale de l'UE en matière de santé. Depuis 2003, ils ont été intégrés dans une série d'instruments pluriannuels ; le premier a couvert la période 2003-2007, le deuxième a pris place de 2008 à 2013, et le troisième de 2014 à 2020. Les programmes définissent un ensemble d'objectifs et donnent lieu à des appels d'offres ainsi qu'à l'octroi de bourses et cofinancent régulièrement des initiatives d'autorités publiques, d'organisations de la société civile et d'instituts de recherche (Commission européenne 2014). Leurs budgets sont modestes — le budget de 413 millions d'euros initialement proposé pour le dernier programme, comparable aux budgets des

5. Les RSP 2020 peuvent être consultés ici : https://ec.europa.eu/info/publications/2020-european-semester-country-specific-recommendations-commission-recommendations_en

programmes précédents, a été qualifié d'« argent de poche » par le vice-président de la Commission, Margaritis Schinas (Commission européenne 2020d). Le budget proposé pour le programme révisé 2021-2027 « L'UE pour la santé », approuvé dans le cadre de la réponse au Covid-19, offre un contraste important avec budget de 1,7 milliard d'euros. Bien que loin des 9,4 milliards d'euros proposés par la Commission en mai, cette multiplication par quatre des montants donne à la santé une importance sans précédent dans le budget de l'UE. En outre, la proposition annule le projet initial d'intégrer le programme de santé dans le Fonds social européen Plus ambitieux et mieux financé ce programme établit un instrument de politique de santé autonome.

Encadré 1 La proposition de programme « L'UE pour la santé »

Le quatrième programme de santé de l'UE (2021-2027) comporte dix objectifs spécifiques.

1. Renforcer la capacité de l'Union en matière de prévention, de préparation et de réaction aux menaces transfrontalières graves pour la santé, et de gestion des crises sanitaires, notamment par la coordination, la fourniture et le déploiement de capacités de soins de santé d'urgence, la collecte de données et la surveillance ;
2. Assurer la disponibilité dans l'Union de réserves ou de stocks de produits utiles en cas de crise, ainsi que d'une réserve de personnel médical, de soins de santé et de soutien à mobiliser en cas de crise ;
3. Soutenir les actions visant à garantir la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable des produits nécessaires en cas de crise et des autres fournitures médicales nécessaires ;
4. Renforcer l'efficacité, l'accessibilité, la viabilité et la résilience des systèmes de santé, notamment en soutenant la transition numérique, l'adoption d'outils et de services numériques, les réformes systémiques, la mise en œuvre de nouveaux modèles de soins et la couverture médicale universelle et s'attaquer aux inégalités en matière de santé ;
5. Soutenir les actions visant à renforcer la capacité des systèmes de santé à favoriser la prévention des maladies et la promotion de la santé, les droits des patients et les soins de santé transfrontaliers et à promouvoir l'excellence des médecins et des professionnels de la santé ;
6. Soutenir les actions de surveillance, de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins des maladies non transmissibles et notamment du cancer ;
7. Encourager et soutenir l'utilisation prudente et efficace des médicaments et, en particulier, des antimicrobiens ainsi qu'une production et une gestion des déchets plus respectueuses de l'environnement pour les médicaments et les dispositifs médicaux ;
8. Soutenir l'élaboration, la mise en œuvre et l'application de la législation de l'Union en matière de santé et fournir des données de haute qualité, comparables et fiables pour étayer l'élaboration et le suivi des politiques et promouvoir l'utilisation d'évaluations de l'impact des politiques sur la santé ;
9. Soutenir les travaux intégrés entre les États membres, en particulier en ce qui concerne leurs systèmes de santé, notamment, via la mise en œuvre de mesures de prévention et développer la mise en réseau par le biais des réseaux européens de référence et d'autres réseaux transnationaux ;
10. Soutenir la contribution de l'Union aux initiatives internationales et mondiales en matière de santé.

Source : Commission européenne (2020a).

Le programme « L'UE pour la santé » 2021-2027 a trois priorités : la protection des personnes contre les menaces transfrontalières, une meilleure disponibilité des médicaments et le renforcement des systèmes de santé. Ces priorités doivent être poursuivies par le biais de dix objectifs spécifiques (voir encadré 1). Le programme conserve les objectifs de la proposition initiale et n'est pas différent des objectifs des programmes de santé précédents, qui identifient généralement les menaces transfrontalières pour la santé et la sécurité sanitaire comme des domaines d'intérêt particulier. Le texte indique également que le programme 2021-2027 accordera la priorité aux mesures de réponse à la crise de la Covid-19 et aux mesures de préparation visant à atténuer la menace de crises futures. À ce titre, la Commission a noté que les actions en faveur de la résilience aux crises seront concentrées en début de programme (Commission européenne 2020d). Le programme adopte une approche générale, reconnaissant que la capacité des systèmes de santé à répondre à une crise est déterminée par leur résilience et leur durabilité globales, elles-mêmes façonnées par la santé des populations qu'ils couvrent. Il semblerait donc qu'un effort soit fait pour que d'autres éléments de la santé bénéficient également de l'action de l'UE en matière de santé et de l'intérêt qu'elle suscite.

Le programme « L'UE pour la santé » est accompagné d'une stratégie de l'UE en matière de vaccins, publiée le 17 juin 2020, et sera bientôt complété par une stratégie pharmaceutique, dont la publication est prévue pour la fin de l'année 2020. Cette dernière abordera des questions à plus long terme, telles que l'accès aux médicaments, les chaînes d'approvisionnement pharmaceutique et l'innovation dans le secteur. En attendant, la stratégie sur les vaccins vise à développer, fabriquer et distribuer un vaccin pour la Covid-19 — un processus qui pourrait en temps normal prendre dix ans — dans un délai de 18 mois. Il s'agit d'un mécanisme centralisé, adopté par la Commission et mis en œuvre conjointement avec les États membres. Dans le cadre de ce mécanisme, l'UE signe des accords d'achat anticipé avec des sociétés pharmaceutiques au nom des États membres et coordonne l'approvisionnement et la distribution de l'éventuel vaccin. Ce changement significatif peut être considéré comme une réponse aux faiblesses révélées du JPA et des mécanismes existant dans le cadre de RescEU. Bien que la Commission joue un rôle plus important dans l'attribution des biens achetés, RescEU dispose de moins de fonds. Depuis l'arrivée de la Covid-19, quatre appels d'offres ont été lancés, mais des mesures nationales protectionnistes ont contrecarré le mécanisme dans les premières phases de la crise et le cadre reste intergouvernemental, volontaire et trop lent pour répondre aux besoins urgents (de Ruijter *et al.* 2020a : 18). La stratégie pour les vaccins vise à remédier à cette situation en donnant à l'UE — y compris à l'AEM, en tant qu'organisme centralisé responsable des règles relatives aux essais, à l'autorisation et à la commercialisation des produits pharmaceutiques — un rôle plus important.

3. L'avenir : une fenêtre d'opportunité ?

Un aperçu des compétences de l'UE en matière de santé et de sa réponse en termes de santé publique à la Covid-19 révèle deux éléments importants. Premièrement, la pandémie a montré que la capacité de l'UE à agir comme premier intervenant, voire comme coordinateur des premières réponses, est faible. Les mécanismes de sécurité

sanitaire et de préparation à la pandémie qui existent ont fonctionné comme prévu, mais constituent un système restreint et peu ambitieux dont la capacité est limitée par l'article 168 du TFUE (Greer *et al.* 2020). Deuxièmement, elle a montré que la solidarité en matière de santé peut céder sous la pression d'une crise, même si, contrairement à l'expérience de la grippe porcine, la solidarité a pu être retrouvée dans une certaine mesure par la suite. Il s'agit d'une évolution remarquable, compte tenu des enjeux beaucoup plus importants de la pandémie de Covid-19. En remettant en question le comportement égoïste des États membres, la Commission européenne a désormais trouvé un espace pour faire avancer une réinterprétation significative des règles, qui a le potentiel d'étayer un élargissement de la politique de santé de l'UE. La politique de santé menée par le biais du marché a toujours constitué la facette la plus importante de la politique de santé de l'UE. Il est donc approprié, bien qu'ironique, qu'une réinterprétation potentielle de l'exception de santé publique de l'UE puisse désormais avoir lieu en raison des efforts menés pour sauvegarder le marché intérieur.

En résumé, une fenêtre d'opportunité s'est ouverte en faveur de la réforme du rôle de l'UE dans le domaine de la santé (voir la réflexion sur la « *crisisification* » des politiques de soins de santé dans Vanhercke *et al.*, ce volume). La question est donc de savoir dans quelle mesure les changements proposés à ce jour représenteraient une étape d'intégration significative, et quelles sont les perspectives d'une telle intégration dans le secteur de la santé, étant donné la réticence des États membres à céder des compétences dans ce domaine.

3.1 Une évolution vers une gouvernance européenne de la santé fondée sur la solidarité?

Il convient tout d'abord de noter qu'une modification complète du traité, transférant officiellement des compétences à l'UE et lui conférant peut-être un rôle redistributif plus important dans le domaine de la santé, ne semble pas probable. En dépit de quelques appels lancés dans un premier temps⁶, une telle réforme n'est pas envisagée pour l'instant. Étant donné le degré de consensus nécessaire – unanimité, plus une série de référendums et de ratifications nationales lourdes d'enjeux –, une intégration formelle et un élargissement des compétences sont peu probables dans un avenir immédiat. Un consensus règne parmi les spécialistes de la santé de l'UE selon lequel une modification de la constitution est de toute façon inutile. Bien qu'il y ait des limites et que, pour des raisons constitutionnelles, une modification du traité serait préférable, l'UE dispose déjà en principe de nombreux outils juridiques pour développer une législation et des politiques en matière de santé; il faut simplement les interpréter de manière plus globale et les soutenir politiquement (de Ruijter 2019; Purnhagen *et al.* 2020).

6. Le Congrès de la Confédération européenne des syndicats (2020b) a figuré parmi ceux qui réclamaient un accroissement des compétences de l'UE en matière de santé. La faiblesse des compétences existantes a, en outre, été fréquemment évoquée pour répondre aux critiques du rôle de l'UE pendant la pandémie – voir, par exemple, la Commissaire à la santé Kyriakides en réponse aux questions des députés européens le 21 avril 2020 : <https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20200419IPR77406/Covid-19-a-coordinated-eu-health-strategy-needed-say-meps>

Les initiatives proposées dans le programme « L'UE pour la santé » et les idées défendues par divers commentateurs et observateurs se concentrent sur les faiblesses des systèmes et mécanismes actuels, en identifiant globalement trois domaines dans lesquels le rôle de l'UE devrait être renforcé et étendu : a) la surveillance des données épidémiologiques, le suivi des menaces pour la santé et les capacités du CEPCM à cet égard ; b) le financement de la recherche sur les vaccins et le traitement de la Covid-19 et des virus à venir ; et c) la sécurité sanitaire collective et la réponse aux situations d'urgence (Forman *et al.* 2020 ; de Ruijter *et al.* 2020b ; Greer 2020b ; Pacces et Weimer 2020). Ces idées s'inscrivent dans une conception de la santé publique et de la sécurité sanitaire comme biens publics, et de l'UE comme niveau approprié auquel ils pourraient être fournis (Pisani-Ferry 2020). Elles représentent également, pour la plupart, une extension ou une intensification des domaines d'activité existants, plutôt que de nouveaux rôles pour l'UE. Le CEPCM a été créé précisément pour assurer une surveillance épidémiologique, tandis que la décision susmentionnée relative aux menaces pour la santé a réitéré et formalisé la participation, à haut niveau, des États membres à la réponse aux situations d'urgence. L'augmentation des ressources et des capacités du CEPCM ou du Comité de sécurité sanitaire constituerait par exemple une décision non controversée. De même, l'UE dispose d'une architecture de financement de la recherche bien établie (incluant spécifiquement la santé) et investir davantage — éventuellement en réservant des fonds pour le développement de vaccins ou de traitements spécifiques — constituerait une autre étape à laquelle on peut s'attendre.

La sécurité sanitaire, en particulier lorsqu'elle implique la création de stocks et la distribution centralisée des fournitures stockées, pourrait s'avérer plus litigieuse. La stratégie de l'UE en matière de vaccins dont il est question dans la section 2.3 prévoit que l'UE assume la responsabilité non seulement de la coordination du développement et de la production d'un vaccin Covid-19, mais aussi de la répartition et de la distribution des stocks disponibles entre les États membres. De même, les initiatives relatives au stock d'urgence de l'UE et au stock à long terme de « L'UE pour la santé » placent l'UE, et plus particulièrement la Commission, dans un rôle central de distribution. Marquant un progrès considérable, ces initiatives comblent une lacune importante des régimes actuels, qui sont volontaires et intergouvernementaux. Un autre élément intéressant à observer sera l'importance accordée au renforcement des systèmes de santé dans la planification visant à renforcer la sécurité sanitaire. Cette dimension pourrait également être étendue à une action renouvelée de l'UE sur les maladies non transmissibles en tant que principaux facteurs de morbidité et de mortalité associés à la Covid-19. Dans le même temps, les préoccupations du Semestre européen autrefois limitées à la viabilité financière semblent avoir fait place à des appels à une plus grande résilience des systèmes de santé. Bien que l'organisation et le financement des systèmes de santé relèvent de la responsabilité nationale, les inégalités en termes de capacités de santé publique constituent une menace évidente pour la sécurité sanitaire collective ; même si la formulation de la proposition « L'UE pour la santé » est souple (elle met l'accent sur le « soutien », la « coordination » et la « promotion » ; voir encadré 1), un engagement renouvelé dans ce domaine pourrait entraîner une augmentation de l'implication de l'UE dans les systèmes de santé et la promotion de la santé.

Considérés parallèlement à une réinterprétation de l'exception de santé publique pour les obstacles au marché intérieur et à la proposition d'une toute première dette européenne partagée, les changements en cours dans la gouvernance de la santé de l'UE sont significatifs. Peu de choses sont garanties — l'attention et l'enthousiasme seront concentrés sur la santé pendant une courte période — et, une fois la crise passée et le souvenir de celle-ci effacé, le soutien financier et politique pourrait à nouveau diminuer. Mais dans le contexte de l'évolution historique de la politique de santé de l'UE, il s'agit néanmoins d'un grand pas en avant.

3.2 Perspectives de changement à long terme

Qu'est-ce qui déterminera l'étendue et le succès du cadre de la politique de santé de l'UE après la Covid-19 ? Brièvement, la réponse est la suivante : les États membres. L'intergouvernementalisme, l'une des deux théories fondamentales expliquant pourquoi et comment l'intégration de l'UE s'est développée, enseigne que l'intégration n'a lieu que lorsque les États membres la perçoivent comme étant dans leur intérêt. L'histoire de la politique de santé de l'UE démontre cependant que ce n'est pas vrai, du moins pas exclusivement. Au contraire, et comme le suggère le néo-fonctionnalisme, théorie rivale de l'intergouvernementalisme, l'intégration peut acquérir sa propre dynamique et se poursuivre en l'absence de soutien des États membres, voire en présence d'une opposition explicite. Comme on pouvait s'y attendre, les deux théories présentent un intérêt : le soutien des États membres est crucial pour l'intégration dans certains cas, et moins important dans d'autres. L'établissement du droit d'un patient à réclamer à son système national de santé le coût d'un traitement effectué dans un autre État membre n'a pas nécessité le soutien des gouvernements nationaux. En fait, il a été obtenu via les tribunaux, et ce malgré une opposition assez importante. L'approbation d'un programme de santé autonome de 1,7 milliard d'euros, inversant la tendance antérieure qui consistait à mettre à l'écart la politique de santé de l'UE, a également été relativement simple. L'avènement d'une crise et son importance politique ont suffi à faciliter cette décision majeure. L'octroi à l'UE de nouveaux pouvoirs étendus en matière de santé, que ce soit par une modification formelle du traité ou par une extension des activités existantes, nécessitera toutefois un certain degré de volonté politique.

Historiquement, l'analyse des positions des États membres quant à l'action de l'UE en matière de santé laisse nettement apparaître une division entre grands et petits États. Les grands États, qui disposent généralement (mais pas exclusivement) de systèmes de santé solides et de fonds à y investir, ne sont pas favorables à une intervention de l'UE dans le domaine de la santé. Les petits États, dont les systèmes de santé sont souvent plus faibles, qui perdent des professionnels de la santé au profit de systèmes plus nantis et qui ont plus à gagner de la mise en commun des compétences et des ressources, sont favorables à un renforcement du rôle de l'UE. Au sein de ce regroupement assez grossier, existent d'autres divisions : l'Allemagne, la Pologne et, historiquement, le Royaume-Uni se sont opposés à presque toute coopération en matière de santé, tandis que la France, l'Italie et l'Espagne se sont engagées dans des actions volontaires. De même, l'enthousiasme de Malte, de l'Irlande, de la Belgique et d'autres pays a été contrebalancé par le scepticisme de la Bulgarie, de la République tchèque et du Danemark, qui ne

sont favorables à l'eupéanisation que si celle-ci respecte pleinement la souveraineté nationale (Kirch avec Braun 2018). La souveraineté a constitué un thème clé de la proposition d'action renforcée présentée par Emmanuel Macron et Angela Merkel lors d'une conférence de presse commune à la mi-mai 2020. Les dirigeants français et allemand ont appelé à un changement qui « porte la dimension européenne des soins de santé à un nouveau niveau » et établit une « souveraineté stratégique » dans le secteur de la santé. Ils entendent par là les capacités collectives de recherche et de développement, le stockage de biens stratégiques, l'augmentation des capacités de production de ces biens au sein de l'UE, la coordination des achats, l'uniformisation des normes en matière de données sanitaires et la création d'une « Task Force Santé de l'UE » au sein du CEPCM pour gérer l'élaboration de plans de prévention et d'intervention (Federal Government Press and Information Office 2020). Intégrées dans le programme « L'UE pour la santé », la plupart de ces propositions s'appuient sur les appels à la coopération lancés par les dirigeants belge, danois, français, allemand, polonais et espagnol (Momtaz *et al.* 2020), ainsi que sur les propositions présentées par le Parti populaire européen (PPE 2020) et les Socialistes et démocrates (S&D 2020).

Quant à la procédure constitutionnelle et politique qui pourrait être engagée dans la modification du rôle de l'UE en matière de droit et de politique de la santé, l'intérêt et l'implication continus d'acteurs comme le CEPCM et le CSS ainsi que le degré d'implication de la Commission européenne, auront également une incidence sur les perspectives à long terme du programme « L'UE pour la santé » et sur le renforcement de la politique de santé de l'UE. La Commission est confrontée à un choix : *doit-elle tirer parti de l'importance accordée à la question dans le cadre de la Covid-19 pour, par exemple, proclamer ouvertement son intérêt et son rôle en matière de santé, politiser ses propositions en impliquant le Parlement européen dans l'allocation d'un budget et la fixation de priorités, mettre en œuvre un programme ambitieux sur le renforcement des systèmes de santé, lutter les inégalités et s'attaquer aux déterminants de la santé ? Ou devrait-elle plutôt opter pour un modèle de mise en œuvre plus « douce » et plus technocratique, reposant davantage sur le CEPCM et l'AEM, et exercer son rôle dans les systèmes de santé via le programme « L'UE pour la santé » et le Semestre européen ?* Le texte de la proposition « L'UE pour la santé » indique que l'enveloppe financière — qui a été considérablement augmentée — continuera d'être allouée par l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation (CHAFEA) qui soutient la DG SANTE, ce qui laisse penser que la deuxième option est, pour l'instant, privilégiée.

Conclusion

La compétence actuelle de l'UE en matière de santé, avec laquelle elle a fait face à l'avènement de la crise de la Covid-19, est floue. Elle est en grande partie apparue comme une question subordonnée à la législation du marché intérieur et elle est, en majeure partie, advenue en l'absence de demande ou de soutien de la part des États membres. La Commission et la CJUE, qui se soutiennent souvent mutuellement, ont constamment étendu les mécanismes utilisés dans le cadre du marché intérieur et de la gouvernance budgétaire, souvent en considérant la santé comme un objectif secondaire.

Les crises — ESB, thalidomide, sang contaminé, SRAS — ont permis une expansion de la compétence de l'UE en matière de santé plus dirigée et plus ciblée, principalement par le biais de la réglementation. Le système de l'UE place toutefois les États membres en son centre et ceux-ci en restent les principaux acteurs. En ce qui concerne les « programmes politiques » plus souples, le succès des tentatives d'extension du rôle de l'UE dépend de ce que les gouvernements nationaux sont prêts à céder.

Le programme « L'UE pour la santé » et ses différentes composantes se concentrent sur des domaines où la logique fonctionnelle de coopération est relativement facile à défendre. Il est donc possible que les États membres soient convaincus de l'intérêt d'une politique européenne de santé plus intégrée. Cette analyse reste cependant très précoce. La Covid-19 semble durer bien plus longtemps que le SRAS ou la grippe porcine, qui ont tous deux donné lieu à des innovations symboliques et potentiellement importantes dans la gouvernance de la santé de l'UE — la création d'une DG Santé et Consommateurs distincte (SANCO) en 1999, le CEPCM en 2005, l'adoption de la décision relative aux menaces pour la santé en 2013, l'introduction de la passation de marchés publics conjoints en 2014 — sans pouvoir toutefois entretenir suffisamment la dynamique de réforme pour atténuer efficacement l'arrivée d'une nouvelle crise. La Covid-19 pourrait fournir le temps nécessaire à une action plus globale. Cependant, si un vaccin est rapidement développé, résolvant ainsi le problème, une série d'engagements superficiels supplémentaires serait le maximum auquel s'attendre. En outre, plusieurs États membres se préparent à des élections dans les prochains mois et ces échéances pourraient mettre sous pression tout engagement en faveur d'une politique européenne de la santé, en particulier, pour les dirigeants confrontés à l'opposition des partis populistes. Ainsi, alors que la coopération semble nécessaire pour coordonner la levée des confinements et la reprise des économies, de nombreux facteurs exogènes sont encore susceptibles de modifier la perception qu'ont les États membres de leurs intérêts.

Références

- Alemanno A. (2020) The European response to Covid-19: from regulatory emulation to regulatory coordination?, *European Journal of Risk Regulation*, 11 (2), 307-316.
- Baeten R. et Thomson S. (2012) Politiques des soins de santé : débat européen et réformes nationales, in Natali D. et Vanhercke B. (dir.) *Bilan social de l'Union européenne 2011*, Bruxelles, ETUI et OSE, 199-226.
- Baeten R. et Vanhercke B. (2017) Inside the black box: The EU's economic surveillance of national healthcare systems, *Comparative European Politics*, 15 (3), 478-497.
- Bartlett O. et Naumann A. (2020) Reinterpreting the health in all policies obligation in Article 168 TFEU: the first step towards making enforcement a realistic project, *Health Economics, Policy and Law*, 1-15. DOI: 10.1017/S1744133120000043.
- Brooks E. (2012) Crossing borders: a critical review of the role of the European Court of Justice in EU health policy, *Health Policy*, 105, 33-37.
- Bocquillon P., Brooks E. et Maltby T. (2020) Speak softly and carry a big stick: hardening soft governance in EU energy and health policies, forthcoming in *Journal of Environmental Policy and Planning*. DOI 10.1080/1523908X.2020.1792860.

- CES (2020a) Pressure from ETUC and MEPs win Covid-19 guarantees for workers, Communiqué de presse, 11 juin 2020. <https://www.etuc.org/fr/node/19128>
- CES (2020b) Health care during the Covid19 crisis: the results of short-sighted economic policies that put public safety and human health at stake, mai 2020. <https://www.etuc.org/en/document/covid19-impact-health-care-cuts>
- Clancy E. (2020) Discipline and Punish: End of the road for the EU's Stability and Growth Pact? Report commissioned by MEP Martin Schirdewan. <https://www.martin-schirdewan.eu/ueberwachen-und-strafen-das-ende-des-wegs-fuer-den-stabilitaets-und-wachstumspakt-der-eu/>
- Commission européenne (2014) Programme Santé, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne. http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_fr.htm
- Commission européenne (2020a) Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à l'établissement d'un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé pour la période 2021-2027, COM (2020) 405 final, 28 mai 2020.
- Commission européenne (2020b) Covid-19 : la Commission crée la toute première réserve rescEU de matériel médical, Communiqué de presse, 19 mars 2020.
- Commission européenne (2020c) Réaction économique coordonnée à la flambée de Covid-19, COM (2020) 112 final, 13 mars 2020.
- Commission européenne (2020d) Conférence de presse de Margaritis Schinas, vice-président de la Commission européenne, et Stella Kyriakides, commissaire européenne, sur le programme Santé «EU4Health programme», mai 2020. <https://audiovisual.ec.europa.eu/fr/video/1-191559>
- Commission européenne (2020e) Lignes directrices relatives à l'aide d'urgence de l'Union européenne en matière de coopération transfrontière dans le domaine des soins de santé en liaison avec la crise de la Covid-19, C (2020) 2153 final, 3 avril 2020.
- Commission européenne (2020f) Aides d'État : la Commission autorise un régime italien de prêts bonifiés d'un montant de 50 millions d'euros, Communiqué de presse, 22 mars 2020. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/IP_20_507
- Conseil de l'Union européenne (2019) Conclusions sur un nouveau cadre stratégique de l'UE en matière de santé et de sécurité au travail, 14630/19, 5 décembre 2019.
- Cram L. (1994) The European Commission as a multi-organization: social policy and IT policy in the EU, *Journal of European Public Policy*, 1 (2), 195-217.
- de Ruijter A. (2019) *EU health law & policy: the expansion of EU power in public health and healthcare*, Oxford, Oxford University Press.
- de Ruijter A., Beetsma R., Burgoon B., Nicoli F. et Vandenbroucke F. (2020a) *EU Solidarity and Policy in Fighting Infectious Diseases: State of Play, Obstacles, Citizen Preferences and Ways Forward*, Research Paper 2020/06, Research Paper 2020-17, Research Paper 2020-03, Amsterdam, Amsterdam Centre for European Studies, Amsterdam Law School, Amsterdam Centre for European Law and Governance. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3570550>
- de Ruijter A., Beetsma R., Burgoon B., Nicoli F. et Vandenbroucke F. (2020b) Give the EU more power to fight epidemics, *Politico*, 26 mars 2020. <https://www.politico.eu/article/coronavirus-eu-power-pandemic/>
- Elliot H., Jones D. K. et Greer S. L. (2012) Mapping communicable disease control in the European Union, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37 (6), 935-954.
- Federal Government Press and Information Office (2020) Franco-German initiative for Europe's economic recovery after the corona crisis, Communiqué de presse, 18 mai 2020. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/deutsch-franzoesische-initiative-zur-wirtschaftlichen-erholung-europas-nach-der-coronakrise-1753760>

- Flear M. L. et de Ruijter A. (2019) Symposium on European Union governance of health crisis and disaster management, *European Journal of Risk Regulation*, 10 (4), 605-609.
- Forman R., Atun R., McKee M. et Mossialos M. (2020) 12 lessons learned from the management of the coronavirus pandemic, *Health Policy*, 124 (6), 577-580.
- Glinos I. (2012) Worrying about the wrong thing: patient mobility versus mobility of health care professionals, *Journal of Health Services Research and Policy*, 17 (4), 254-256.
- Greer S. L. (2006) Uninvited Europeanization: neofunctionalism and the EU in health policy, *Journal of European Public Policy*, 13 (1), 134-152.
- Greer S. L. (2009) *The politics of European Union health policies*, Berkshire, Open University Press.
- Greer S. L. (2012) The European Centre for Disease Prevention and Control: hub or hollow core?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37 (6), 1001-1030.
- Greer S. L. (2014) The three faces of European Union health policy: Policy, markets and austerity, *Policy and Society*, 33 (1), 13-24.
- Greer S. L. (2020a) Health, federalism and the European Union: lessons from comparative federalism about the European Union, forthcoming in *Health Economics, Policy and Law*, DOI 10.1017/S1744133120000055.
- Greer S. L. (2020b) How did the EU get the coronavirus so wrong?, *New York Times*, 6 avril 2020. <https://www.nytimes.com/2020/04/06/opinion/europe-coronavirus.html>
- Greer S. L. et Brooks E. (2020) Termites of solidarity in the house of austerity: undermining fiscal governance in the European Union, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 46 (1), 71-92.
- Greer S. L., Jarman H. et Baeten R. (2016) The new political economy of health care in the European Union: the impact of fiscal governance, *International Journal of Health Services*, 46 (2), 262-282.
- Greer S. L. et Matzke M. (2012) Bacteria without borders: communicable disease politics in Europe, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37 (6), 887-914.
- Greer S. L., de Ruijter A. et Brooks E. (2020) The Covid-19 pandemic : Failing forward in public health, forthcoming in Riddervold M., Trondal J. et Newsome A. (eds.) *The Palgrave Handbook of European Union Crisis*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Haas E. B. (2004) *The uniting of Europe: political, social and economic forces, 1950-1957*, Notre Dame, Notre Dame University Press. Original ed.: 1958.
- Hervey T. K. et McHale J. V. (2015) *European Union Health Law: Themes and Implications*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Hervey T. K., Young C. A. et Bishop L. (2017) Introduction, in Hervey T., Young C. A. et Bishop L. (eds.) *Research handbook on EU health law and policy*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing.
- Jarman H. (2018) Legalism and tobacco control in the EU, *European Journal of Public Health*, 28 (3), 26-29.
- Kelemen R. D. (2011) *Eurolegalism: the transformation of law and regulation in the European Union*, Cambridge, Harvard University Press.
- Kirch A. M. avec Braun D. (2018) A new strategy for European health policy, *Analysis*, Berlin, German Council on Foreign Relations (DGAP). <https://dgap.org/en/research/publications/new-strategy-european-health-policy-0>
- Kumm M. (2006a) Constitutionalising Subsidiarity in Integrated Markets: The Case of Tobacco Regulation in the European Union, *European Law Journal* 12 (4), 503-533.
- Kumm M. (2006b) Beyond golf clubs and the judicialization of politics: Why Europe has a constitution properly so called, *American Journal of Comparative Law*, 54 (1), 505-530.
- Majone G. (1996) *Regulating Europe*, Londres, Routledge.

- Martinsen D. S. (2015) *An ever more powerful court?: The political constraints of legal integration in the European Union*, Oxford, Oxford University Press.
- Momtaz R., Deutsch J. et Bayer L. (2020) National capitals question EU's pandemic preparedness, *Politico*, 10 juin. <https://www.politico.eu/article/eu-national-capitals-question-coronavirus-pandemic-preparedness/>
- Obermaier A. J. (2009) *The End of territoriality? The impact of ECJ rulings on British, German and French social policy*, Aldershot, Ashgate Publishing.
- Paccès A. et Weimer M. (2020) From diversity to coordination : A European approach to Covid-19, *European Journal of Risk Regulation*, 11 (2), 283-296.
- Parlement européen et Conseil de l'Union européenne (2013) Décision n° 1082/2013/UE relative aux menaces transfrontalières graves sur la santé, JO L 293 du 5 novembre 2013, 1-15.
- PPE (2020) EPP proposal on the Covid-19 challenge: Calling for EU health sovereignty, Parti Populaire européen, Communiqué de presse, 11 juin 2020. <https://www.epp.eu/papers/epp-proposal-on-the-Covid-19-challenge-calling-for-eu-health-sovereignty/>
- Page E. C. (2001) The European Union and the bureaucratic mode of production, in Menon A. (dir.) *From the nation state to Europe: Essays in honour of Jack Hayward*, Oxford, Oxford University Press, 139-157.
- Pisani-Ferry J. (2020) Virtual Visions of Europe, contribution to seminar on the EU's socio-economic policy and crisis response, 6 mai 2020. <https://www.spuu25.nl/en/shared-content/events/events/2020/05/virtual-visions-of-europe-2-socio-economic.html?origin=104w7cWaSPm%2Bh%2FNr%2FJowcw&cb&cb>
- Purnhagen K., de Ruijter A., Flear M., Hervey T. et Herwig A. (2020) More competences than you knew? The web of health competence for European Union action in response to the Covid-19 outbreak, *European Journal of Risk Regulation*, 11 (2), 297-306.
- Reintjes R. (2012) Variation matters: Epidemiological surveillance in Europe, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37 (6), 955-965.
- Scharpf F. W. (2002) The European social model: coping with the challenges of diversity, *Journal of Common Market Studies*, 40 (4), 645-670.
- S&D (2020) Pour les S&D, le moment est venu de mettre en place une Union européenne de la Santé – car si pas maintenant, quand?, Communiqué de presse, 7 mai 2020, Groupe de l'Alliance Progressiste des Socialistes et Démocrates au Parlement européen. <https://www.socialistsanddemocrats.eu/fr/newsroom/pour-les-sd-le-moment-est-venu-de-mettre-en-place-une-union-europeenne-de-la-sante-car-si>
- Speakman E. M., Burris S. et Coker R. (2017) Pandemic legislation in the European Union : fit for purpose? The need for a systematic comparison of national laws, *Health Policy*, 121 (10), 1021-1024.
- Vollaard H., van de Bovenkamp H. et Martinsen D. S. (2016) The making of a European healthcare union: a federalist perspective, *Journal of European Public Policy*, 23 (2), 157-176.

Tous les liens ont été vérifiés le 9 juin 2020.