

Question d'Europe
n°553
06 avril 2020

L'Union européenne et le coronavirus

Nicolas-Jean BREHON

Les Européens ont perdu l'habitude de côtoyer les épidémies mortelles. Jusqu'au XVIIIe siècle, le continent comptait trois épidémies par siècle. Même si, s'agissant des infections émergentes, 90% des bactéries et virus identifiés n'étaient pas connus il y a trente ans, (Ebola, SRAS, H5N1, etc.), la toute-puissance de la médecine les rassurait. Le coronavirus a montré la fragilité de nos sociétés. Il faudra attendre quelques mois pour dresser le bilan de cette crise sanitaire avec tant de précédents oubliés[1].

I - DES CRITIQUES SOUVENT INFONDÉES SUR L'ACTION DE L'UNION

1 - L'Union n'exerce dans le domaine de la santé qu'une compétence d'appui

1.1 La compétence de l'Union dans le domaine de la santé.

1.1.1 La définition des compétences

L'Union n'agit que dans la limite des compétences qui lui sont attribuées par les traités[2]. Dans le domaine de la santé, l'Union n'a qu'une compétence d'appui pour reprendre la classification du traité de Lisbonne[3]: elle ne peut intervenir que pour soutenir, coordonner ou compléter les actions des Etats.

Cette compétence s'est pourtant progressivement renforcée. Le traité de Rome (1957) ne fait pas mention de la santé. La volonté de donner un contenu plus social à la construction européenne et la crise de la vache folle [4] ont conduit à l'introduction progressive des questions de santé dans les traités. La santé est mentionnée dans l'Acte unique européen (1986)[5] mais c'est avec le traité de Maastricht (1992) que la santé publique devient une politique de la Communauté avec pour objectif « un niveau élevé de protection de la santé humaine ». La Communauté encourage la coopération et la coordination entre Etats et la Commission « peut rendre toute initiative pour promouvoir cette coordination » [6]. La compétence de l'Union est renforcée avec le traité d'Amsterdam (1997)[7]. La santé devient

une politique transversale. Le traité de Lisbonne (2007) reprend les dispositions précédentes - l'objectif : la transversalité ; les méthodes : la recherche, la coopération entre Etats - en les complétant. La compétence de l'Union porte aussi sur « la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de menaces et la lutte contre celles-ci ».

Le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) permet désormais à l'Union d'adopter des actes législatifs dans le domaine de la santé sur le fondement de deux bases juridiques. Une base explicite, avec l'article 168 qui précise la compétence de l'Union en matière de santé publique[8]. Une base indirecte, avec l'article 114 qui lui donne compétence pour permettre le rapprochement des législations nationales en vue de la réalisation du marché intérieur, notamment dans le domaine de la santé, expressément visé[9].

Cette compétence ne remet pas en cause le rôle premier des Etats en la matière. L'Union « complète l'action des Etats (et) encourage la coopération entre les Etats membres », mais « l'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des Etats »[10]. « Les Etats membres coordonnent leurs politiques et programmes (...). La Commission peut prendre toute initiative utile pour promouvoir cette coordination ». Les soins de santé relèvent de la compétence des Etats membres. Ce sont eux qui financent, gèrent et organisent la fourniture des services de santé et de soins. L'action de l'Union a pour but de compléter les politiques nationales, non de les remplacer.

1. La présente note complète la présentation des mesures adoptées par l'Union et les Etats membres par la Fondation « Covid-19 : les réponses européennes, un tableau complet », lettre de la Fondation Robert Schuman, 30 mars 2020

2. Article 5 du TUE

3. Le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) répartit les compétences en trois catégories : les compétences exclusives, les compétences partagées et les compétences d'appui.

4. L'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB).

5. La santé est un des buts de la politique européenne de l'environnement.

6. Titre X santé publique, art.129 du Traité instituant la communauté européenne (TCE)

7. Art. 152 du TCE.

8. Titre IV Santé publique Art. 168 du TFUE.

9. Art. 114 du TFUE.

10. Art 168 du TFUE § 7

1.1.2 L'encadrement des compétences

La compétence d'appui est un exercice difficile. L'Union est toujours prise entre en faire trop et/ou pas assez. D'autant plus que ces deux forces contraires s'exercent simultanément :

- La force intégrationniste. La Cour de justice européenne, faisant le lien entre la santé, l'amélioration du marché intérieur et le principe de la libre circulation, a développé une jurisprudence favorable à l'intervention communautaire et aux droits des patients[11].
- La force régulatrice. Le principe de subsidiarité s'applique aux domaines relevant des compétences non exclusives, partagées entre l'Union et les Etats membres. L'Union n'a vocation à intervenir que si ses actions sont plus efficaces que celles menées au niveau national. En théorie, l'intervention de l'Union se borne pour l'essentiel à faciliter la coopération entre Etats membres et à coordonner leur action. En pratique, la Commission a une vision très extensive de sa compétence, en motivant souvent ses propositions par l'approfondissement du marché intérieur ou la dimension transfrontalière d'un sujet. Les parlements nationaux veillent cependant au respect des principes[12].

1.2 L'engagement de l'Union dans le domaine sanitaire

1.2.1 Assurer la libre circulation des patients et des soignants au sein de l'Union.

- Les patients. Les intrusions de la Communauté dans le domaine sanitaire ont été précoces, dès les années 70, avant même de disposer d'une base juridique incontestable. Elles sont surtout inspirées par le marché intérieur et la libre circulation des travailleurs, en l'espèce, celle des patients. L'objectif est d'assurer l'accès aux soins et leur remboursement quel que soit l'Etat membre où ils ont lieu. Les premiers règlements concernent la coordination des systèmes de sécurité sociale[13]. La création

en 2004 de la carte européenne d'assurance maladie facilite cette mobilité[14]. La mobilité des patients reste un phénomène marginal. Les soins délivrés à des patients européens en dehors de leur Etat d'affiliation représentent 1% des dépenses publiques de santé, soit de l'ordre de dix milliards € par an[15].

- Les professionnels et les services de santé. Les services de santé sont soumis au principe de libre circulation des services et les professionnels bénéficient de la liberté d'établissement, deux libertés fondatrices du marché unique. La reconnaissance mutuelle des diplômes requis pour l'accès aux professions réglementées facilite cette mobilité. C'est dans le secteur de la santé que cette reconnaissance mutuelle a été la plus précoce (dès 1975 pour les médecins) dans la mesure où les formations et les conditions d'exercice varient peu d'un pays à l'autre. Cette reconnaissance a été finalisée en 2005[16]. Les conditions d'établissement des professionnels de santé dans l'Union sont relativement simples. Cette mobilité est très utile pour les pays d'accueil mais est souvent très pénalisante pour les pays d'origine en aggravant la pénurie médicale.

1.2.2 Des entités dédiées à la santé et un cadre réglementaire précis

La DG Santé propose et met en œuvre la législation sanitaire de l'Union. Elle s'appuie depuis 1998 sur un réseau de surveillance épidémiologique fondé sur la communication permanente des autorités sanitaires nationales[17]. Le cas des « menaces transfrontalières graves » est envisagé depuis 2013[18]. Au sein de la direction, le Centre opérationnel de gestion des crises sanitaires permet à la Commission d'avoir une vue d'ensemble des phénomènes d'épidémies et a pour mission de « *construire et partager la connaissance de la gestion des urgences sanitaires à travers l'Europe* ». Les agences spécialisées dans la santé complètent cet engagement. C'est le cas de l'Agence européenne du médicament[19] chargée d'évaluer les demandes

11. Selon les règlements de coordination, une personne soignée sur le territoire d'un autre Etat peut se voir rembourser les soins sur la base du régime de l'Etat où les soins sont réalisés, sous réserve d'une autorisation préalable. La Cour de justice, dans de nombreux arrêts - Kohli (1998), Smits (2001), Van Braeckel (2001), Watts (2006) - a donné des garanties aux patients que leurs dépenses seront prises en charge dans les mêmes conditions que celles de leur pays d'affiliation. Cette interprétation, inverse de celle des règlements, crée des difficultés car d'une part un assuré peut solliciter un complément de remboursement dans son pays d'affiliation, d'autre part, les patients peuvent choisir l'Etat où auront lieu les soins au vu des conditions de prises en charge.

12. Résolution européenne sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, Sénat N° 77 (2008-2009). Résolution européenne sur l'évaluation des technologies de la santé. Sénat, N° 87 (2017-2018). Avis politique du 7 juin 2018 sur le mécanisme de protection civile - RescUE-.

13. Cf deux règlements relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale applicables aux travailleurs et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (Règlements 1408/71 et 574/72). Des dispositions spécifiques concernent les travailleurs transfrontaliers (Directive 2011/24).

14. La carte européenne d'assurance maladie atteste des droits à l'assurance maladie de son détenteur. Elle est une garantie pour le système de soins du pays de séjour qui prend en charge les frais médicaux que le patient est assuré dans son pays d'origine et que la caisse d'assurance maladie du pays d'accueil sera remboursée par son homologue du pays d'origine.

15. La mobilité des patients dans l'UE, Pratiques et organisation des Soins, 2012/4.

16. Directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

17. Décision 2119/98/CE du 24 septembre 1998 instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté.

18. Décision 1082/2013/UE du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé.

19. L'agence européenne du médicament (AEM) créée en 1995 dont le siège est à Amsterdam. (Règlement n° 726/2004 du 31 mars 2004).

d'autorisation de mise sur le marché des médicaments et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies[20]. Son règlement précise : « *La Communauté se fixe comme priorité de protéger la santé humaine en prévenant les maladies humaines (et) de faire face aux menaces pouvant peser sur la santé. Le Centre a pour mission (...) d'évaluer les menaces actuelles et émergentes que des maladies transmissibles représentent pour la santé (...). Une réaction efficace en cas d'épidémie requiert une approche cohérente au sein des États membres* ».

En marge des questions de santé, l'Union dispose d'un mécanisme européen de protection civile qui a pour but de protéger les citoyens européens en cas de catastrophe d'origine humaine ou naturelle et d'organiser la solidarité internationale[21]. Le Centre de coordination de la réaction d'urgence constitue le cœur du mécanisme. Il coordonne l'acheminement de l'aide (articles de secours, équipements spécialisés, équipes, etc.) et peut activer un « corps médical européen »[22].

Des financements dans un cadre stratégique

L'action en faveur de la santé au niveau de l'Union fait partie intégrante de la stratégie globale dite Europe 2020[23]. Depuis 2003, des « programmes santé » définissent des objectifs prioritaires[24] et structurent l'intervention européenne. 2020 est la dernière année du troisième programme santé de l'Union[25]. Ce programme santé a été complété en 2016 par un « plan stratégique 2016-2020 ». Les urgences sanitaires changent. L'Union apporte un soutien budgétaire aux coopérations par cofinancement. Le programme santé a mobilisé 450 millions € sur la période 2014-2020[26]. Les financements applicables en cas de crise sont ceux de l'agence européenne ECDC et du mécanisme de protection civile.

1.2.3 La sensibilisation aux menaces sanitaires émergentes

La crise sanitaire, sidérante pour les Européens, n'a rien d'in vraisemblable pour tous ceux, scientifiques ou politiques, qui ont un jour travaillé sur ces questions. Il est toujours facile, après coup, de retrouver les traces de prévisions noires. En 2006, Michel Barnier, à la suite

du tsunami de 2004 dans l'océan Indien, demande la création d'une force européenne de sécurité civile[27]. Les pandémies font partie des « *crises transnationales les plus graves pouvant affecter l'Union alors qu'il n'existe, au niveau européen, ni scénarios ni protocoles d'action pour (y) répondre* »[28]. En 2012, par exemple, la Délégation du Sénat français sur la prospective a publié un rapport prémonitoire sur les maladies émergentes[29].

De son côté, le plan stratégique présenté par la Commission en 2016 fait référence pour la première fois aux « *nouvelles menaces mondiales* ». « *Avec la fluidité des échanges et des voyages, les maladies peuvent se propager rapidement et avoir des conséquences catastrophiques pour l'économie et la santé. Dans tous ces domaines, l'Union doit apporter une contribution de premier plan* ». Dans ce cadre restreint, l'Union ne pouvait qu'être un acteur secondaire dans la crise sanitaire. Ce qui ne l'a pas empêché de prendre des initiatives.

2. Les mesures adoptées par l'Europe

2.1 Un activisme européen incontestable

Rappel chronologique : La Chine prévient l'OMS de l'émergence d'une pneumonie d'origine inconnue le 31 décembre 2019. Le coronavirus est identifié le 7 janvier 2020. Le premier décès est enregistré le 11 janvier. La transmission interhumaine est confirmée le 20. L'OMS classe l'épidémie en « *urgence de santé publique de portée internationale* » le 30 janvier. La première décision de l'Union date du lendemain avec le lancement d'un appel à proposition pour la recherche d'un vaccin. L'Union « *travaille sur tous les fronts* ». Les initiatives concernent plusieurs domaines[30] :

- La mobilisation des services. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies est en première ligne. Toute la documentation européenne y est rassemblée. Le Centre établit au jour le jour les données sur la maladie et diffuse des recommandations de bonne pratique[31]. Tout comme la Commission, conseillée par un nouveau groupe d'experts dédié au Covid-19[32] ;

20. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) créée en 2015 dont le siège est à Stockholm. (Règlement N° 851/2004 du 21 avril 2004).

21. Sur le fondement de l'art. 196 TFUE, un mécanisme européen de protection civile a été créé en 2001 (décision n°1313/2013).

22. Le corps médical européen a été créé en 2014. Il rassemble des équipes médicales de 11 pays, certifiées selon des normes établies par l'OMS. Les dépenses sont prises en charge à hauteur de 75 % par l'Union.

23. Commission, « *stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive dite stratégie Europe 2020* », COM (2010) 2020.

24. La priorisation est indispensable tant la santé est multifacette (soins /recherche ; maladies transmissibles/ toxicomanie ; mortalité infantile/ vieillissement ; maladies chroniques/ émergentes etc.). Les « *objectifs stratégiques* » sont en réalité déclinés en 23 « *priorités thématiques* ».

25. Règlement (UE) n° 282/2014 du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020).

26. La santé est financée via les programmes de recherche et la politique de cohésion.

27. Michel Barnier, rapport « *pour une force européenne de protection civile, Europe Aid* » mai 2006.

28. Les risques suivants sont envisagés: tremblements de terre et tsunami; incendies; inondations et glissements de terrain; accidents industriels et nucléaires; attaques terroristes; catastrophes maritimes; grandes pandémies.

29. Fabienne Keller, rapport d'information sur les nouvelles menaces des maladies infectieuses émergentes, Sénat N° 638 (2011-2012).

30. Voir la chronologie complète établie par la Fondation Robert Schuman le 30 mars 2020.

31. Voir notamment une note du 18 mars sur le « *social distancing* ».

32. Le groupe consultatif sur le COVID-19, chargé d'élaborer des lignes directrices sur les mesures coordonnées de gestion des risques, compte sept membres.

33. 47,5 M€ financés sur le programme Horizon 2020 pour la recherche sur un vaccin et le diagnostic, les 31 janvier et 6 mars ; 45 M€ pour l'initiative pour les médicaments innovants, le 3 mars, et 80 M€ en soutien à l'entreprise pharmaceutique allemande Curevac, le 17 mars.

34. Au 30 mars, l'Union avait participé financièrement au rapatriement aérien de 4383 citoyens européens. Le coût pour l'Union est d'un million € par avion.

35. « L'appel d'offres porte sur les masques, les gants, les lunettes, les écrans faciaux, les masques chirurgicaux et les combinaisons. Cet approvisionnement permettra de garantir que les hôpitaux, les professionnels de santé, les maisons de retraite et les personnes qui en ont besoin disposent des équipements nécessaires pour se protéger du virus et en limiter la propagation ». CP de la Commission, 24 mars 2020.

36. La Commission coordonne la livraison de fournitures médicales d'urgence à la Chine. Les frais de transport sont cofinancés par le mécanisme de protection civile de l'UE. 30,5 tonnes d'équipements de protection individuelle ont été livrés à la Chine par la France, l'Allemagne, l'Italie, la Lettonie et l'Estonie.

37. Voir notamment Observatoire des politiques économiques en Europe, évolution de l'image de l'UE dans l'opinion publique européenne, été 2019.

38. Les Européens et le budget de l'UE, Eurobaromètre, novembre 2018.

39. La Commission a également augmenté les minimis, c'est à dire les aides que les Etats peuvent attribuer aux agriculteurs sans autorisation préalable de la Commission, mais il s'agit d'une mesure générale applicable aux PME et non d'une mesure spécifiquement agricole.

- Le soutien financier à la recherche et à l'industrie pharmaceutique, soit via le programme de recherche Horizon 2020, soit sous forme de garantie de prêts[33] ;
- L'appui logistique. L'Union finance le rapatriement de citoyens européens via le mécanisme de protection civile. Les vols sont organisés par les Etats et cofinancés par l'Union[34] ;
- L'équipement. Création d'une réserve stratégique de matériel médical – RescUE- (19 mars), appel d'offres conjoint lancé par la Commission pour acquérir des équipements de protection individuelle (24 mars)[35] ;
- L'action internationale. Assistance médicale à la Chine sous la forme de 30 tonnes de matériels de protection individuelle[36], aide aux centres de dépistage en Afrique (15 millions €, 24 février), soutien financier à l'OMS (114 millions €, 24 février) ;
- un volet économique important avec un soutien aux économies des Etats sous la forme d'un plan d'investissement - « *une initiative d'investissement en réponse au coronavirus* » - et la suspension de quelques-unes des règles sur lesquelles s'est bâtie la construction européenne : aides d'Etat, règles budgétaires, etc. Ce volet économique fait l'objet de la deuxième partie de l'étude.

2.2. Cette action européenne laisse néanmoins une impression de malaise

2.2.1- Une certaine déception.

L'opinion publique européenne est régulièrement auscultée. Chacun peut trouver dans ces enquêtes ce qu'il attend tant les résultats varient selon les pays[37]. Mais elles convergent sur un point : la méconnaissance des questions européennes par l'opinion est patente. Le défi de la pédagogie n'a pas encore été gagné. Ce décalage est frappant lorsque les Européens sont interrogés sur les priorités qu'ils considèrent comme souhaitables pour l'Union. A la question « *quelles sont, d'après vous, les principales dépenses de l'Union ?* », les Européens répondent : les dépenses de personnel

et la défense. A la question « *quels sont les domaines dans lesquels l'Union devrait utiliser son budget ?* », ils répondent à 40% la santé publique[38]. Or le budget de l'Union est un budget d'interventions où la part des dépenses de personnel est très faible, celle des dépenses militaires symbolique et la santé n'est pas une compétence de l'Union !

L'Union ne peut donner que ce qu'elle a, ne peut intervenir que dans la limite de ses compétences. Le profil souhaité pour une Europe idéale fait abstraction des compétences de l'Union et révèle les attentes sociales du moment. Il y aura toujours une déception entre ce que fait l'Union et ce que les citoyens aimeraient qu'elle fasse.

D'autant plus que les mécanismes décisionnels de l'Union sont complexes. Le citoyen ne sait pas qui fait quoi. C'est particulièrement vrai lorsque les compétences sont partagées. Accuser l'Union d'insuffisances est une façon d'éviter de voir les siennes. Certes, les Etats sont les premiers impliqués dans la tragédie sanitaire, mais dans le contexte actuel, l'argument sur les limites de compétences de l'Union est inaudible. La critique emporte tout le monde.

2.2.3 Sans exonérer la responsabilité propre de la Commission.

Il y a, en premier lieu, des initiatives lacunaires. De toute évidence, une menace sur l'alimentation des Européens ajouterait la peste au choléra. « *Garantir la sécurité des approvisionnements* » est l'un des objectifs de la politique agricole commune. Il faut garantir les récoltes et les cueillettes, les transports et l'hébergement d'équipes qui pourraient se substituer aux saisonniers habituels, s'assurer des transports et de la distribution. Face à ce devoir de l'Union, la Commission propose de reporter d'un mois le délai des demandes de paiement direct (17 mars)[39]. L'Union doit se préoccuper du secteur de la pêche en organisant la distribution. De même, dans les plans de soutien, il est bien difficile d'identifier le véritable soutien de l'Union tant la confusion est possible (entretenu ?) entre les aides directes et les garanties, les financements additionnels ou fléchés. Le budget rectificatif - les crédits ajoutés au budget européen initial-, présenté par la Commission le 27

mars, illustre cette déception[40]. 20% seulement sont consacrés au Covid-19.

Il y a, en second lieu, un discours un peu décalé. La Commission a eu l'immense mérite d'oser rompre avec un discours économique, d'oser « *suspendre* » quelques-unes des règles européennes emblématiques, mais s'agissant des mesures sanitaires, elle reste un peu décalée et sa crédibilité en est affectée. Le citoyen n'attend pas que la Commission publie des recommandations de bonnes pratiques[41], martelées par tous les Etats (garder la distanciation sociale, se laver les mains, éviter les embrassades), mais plutôt un positionnement à la hauteur des enjeux et un rappel des règles élémentaires et fondatrices de l'Union, pour ne pas dire un rappel à l'ordre, lorsqu'il apparaît que, malgré les appels répétés mais sans doute trop timides de la Commission, la tentation individuelle des Etats l'emporte.

Dans sa communication de crise du Covid-19, la Commission justifie son intervention en évoquant la coordination et la solidarité européennes.

La coordination ? C'est un appel récurrent de la présidente de la Commission. Certes, « *nos mesures visant à endiguer l'épidémie de Coronavirus ne seront efficaces que si nous coordonnons notre action au niveau européen* », mais les Etats membres ont répondu dans le désordre à la crise sanitaire. La solidarité ? C'est pire encore, affectant ainsi ce qui fait la raison d'être de la construction européenne.

L'Union et la Commission sortent souvent affaiblies des crises qu'elles traversent. Lors de la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), la Commission a été accusée d'avoir privilégié les intérêts du marché et n'avoir maintenu l'interdiction des exportations de bovins du Royaume-Uni qu'une seule année. Lors de la crise financière de 2008, la Commission s'est effacée, laissant la relance aux Etats et à la Banque centrale. La crise actuelle montre une nouvelle faiblesse. La Commission n'est plus dans le libéralisme provocateur de la crise de l'ESB, ni dans le silence de celle de 2008, elle est un peu dans le déni. Coordination et solidarité, si souvent évoquées par la Commission sont la marque tragique de la « désunion » européenne.

II - UNE CONSTRUCTION EUROPÉENNE GRAVEMENT FISSURÉE.

L'Union risque d'être une victime collatérale de la crise du covid-19. Le séisme économique qui pourrait l'accompagner impose des ajustements et parfois des déchirements. La crise ébranle l'intégration que les Européens ont mis si longtemps à construire. Pire encore, elle affecte le sens même de la construction européenne.

1 Des ajustements déchirants

1.1 Quelques-uns des fondements historiques de l'Union sont directement touchés

1.1.1 La libre circulation

- Le cadre juridique. La libre circulation des personnes est la première conquête de la construction européenne. Elle est indissociable d'un espace de liberté de sécurité et de justice. Elle s'applique à tous mais la création de l'espace Schengen organise la suppression des contrôles aux frontières intérieures et des règles communes applicables aux frontières extérieures codifiées dans le code frontières Schengen[42]. Dans la situation présente, deux dispositions sont applicables. L'une concerne le contrôle aux frontières extérieures. Les menaces sur la santé sont expressément prévues[43]. L'autre concerne la réintroduction temporaire des contrôles aux frontières intérieures, notamment en cas de menace grave pour l'ordre public (article 25). La durée est de dix jours, prolongeable jusqu'à deux mois en cas de menace imprévisible et de trente jours, prolongeable jusqu'à six mois en cas de menace prévisible.
- L'application. La Commission a d'abord estimé que contrôler les frontières était « *contraire à la nécessité du moment qui est de démontrer une vraie solidarité européenne (...)* Les autorités des frontières devraient continuer à se coordonner étroitement. À l'heure actuelle,

40. COM (2020) 145 final. Le budget rectificatif porte sur 567 M€ en crédits d'engagement (CE) et 77 M€ en crédits de paiements (CP). Les dotations vont à la gestion des migrants en Grèce (350 M€), à la reconstruction de l'Albanie après le tremblement de terre (100 M€) et à la crise du Covid-19 (115 M€ en CE et 40 M€ en CP).

41. Commission, recommandations de bonnes pratiques sur des mesures communautaires de santé publique et les dépistages, 19 mars 2020.

42. Accord de Schengen de 1985 complété par la convention d'application de 1990 et un « code frontières Schengen » institué en 2006, modifié en 2013 et 2016 afin de prévoir le rétablissement temporaire des contrôles aux frontières, aujourd'hui codifié par le Règlement (UE) du 9 mars 2016 concernant un code de l'Union relatif au régime de franchissement des frontières par les personnes.

43. Code frontières Schengen : voir notamment considérant 6, article 6 et article 2 § 21.

aucun État membre n'a fait part de son intention d'introduire des contrôles aux frontières intérieures » annonçait la Commission le 27 février. Avant que la vague ne submerge. Le premier Etat membre à rétablir un contrôle aux frontières intérieures a été l'Autriche, le 11 mars. Depuis, neuf autres Etats membres ont rétabli des contrôles (du simple contrôle à la fermeture des frontières). Ce rétablissement temporaire des contrôles aux frontières avait déjà été appliqué mais c'est la première fois que des Etats le décident pour un motif sanitaire. La Commission a présenté le 16 mars des *« lignes directrices concernant les mesures aux frontières pour protéger la santé et garantir la disponibilité des biens et services essentiels »* qui légitiment ces contrôles. *« Les Etats membres peuvent réintroduire des contrôles aux frontières intérieures pour des raisons d'ordre public qui, dans des situations extrêmement graves, peuvent inclure la santé publique »*. Le critère de l'article 25 du code frontières est rempli. La Commission prévoit également la fermeture des frontières extérieures pour une période d'au moins trente jours.

Pour atténuer cette révolution, la Commission a conservé un discours d'ouverture. Elle insiste sur la nécessité de maintenir une coordination - *« Nos mesures visant à endiguer l'épidémie ne seront efficaces que si nous coordonnons notre action au niveau européen »* - et sur la libre circulation des marchandises. *« Notre marché unique est un instrument essentiel de solidarité européenne (...) faisons en sorte que les biens et les services essentiels continuent à circuler dans notre marché intérieur. Il s'agit là du seul moyen de prévenir les pénuries d'équipements médicaux ou de denrées alimentaires »*. Les actions portent sur la libre circulation des travailleurs du secteur des transports, les *« corridors verts »* prioritaires pour le transport de marchandises.

1.1.2 L'exercice de la concurrence.

- Le cadre juridique. La libre concurrence est un pilier du marché intérieur. Le droit de la concurrence est une compétence exclusive

de l'Union et la Direction générale de la Concurrence a souvent été considérée comme *« le navire amiral »* de la Commission, puissante et redoutée. Le droit des aides d'Etat est une composante de ce droit. Le régime est prévu aux articles 107 à 109 TFUE. Le principe est l'incompatibilité des aides d'Etat avec le marché intérieur mais ce principe n'est pas absolu. L'article 107§3 b) prévoit une dérogation : *« Peuvent être considérées comme compatibles avec le marché intérieur les aides destinées (...) à remédier à une perturbation grave de l'économie d'un Etat membre »*. L'article a été actionné en 1974 et en 2008.

- L'application. La principale réponse budgétaire au coronavirus proviendra des budgets nationaux des États. L'impact de l'épidémie est d'une nature et d'une ampleur qui permettent la dérogation précitée. Le 19 mars, après que la présidente a annoncé *« une flexibilité maximale »*, la Commission adopte un encadrement temporaire des aides d'Etat visant à soutenir l'économie. Les Etats peuvent concevoir de larges mesures de soutien (indemnisation, soutien de trésorerie, recapitalisation).

1.1.3 L'encadrement des finances publiques

Les finances publiques soutiendront l'économie *« quoi qu'il en coûte [44] »*. Les règles du pacte de stabilité et de croissance qui encadrent les finances publiques des Etats (pour l'essentiel, 3% de déficit et 60% de dette publique) sont *« suspendues »*. Les règles du pacte budgétaire (traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance) sont vouées à l'être. Plus la crise dure et plus l'effet de ciseau sur les finances publiques sera dramatique : les dépenses vont exploser, alors que dans le même temps, l'argent ne circule plus, ne rentre plus. Avec l'arrêt de l'activité, pratiquement réduite à l'alimentation et la pharmacie, il n'y a plus de rentrée de TVA (une part importante des recettes fiscales des Etats). Dans la plupart des Etats membres, le déficit public va exploser.

Le virus suspend une partie de la législation

44. Formule utilisée par le président français, Emmanuel Macron le 12 mars 2020, reprenant la formule que prononça, Mario Draghi, le 26 juillet 2012, *whatever it takes, pour sauver la zone euro.*

économique européenne laborieusement construite depuis vingt ans. Mais pas la totalité. Le 25 mars, la présidente de la Commission « exhorte » les Etats à filtrer les investissements directs afin de « protéger les entreprises critiques contre les prises de contrôle ou l'influence des entreprises étrangères » comme le permet une réglementation récente^[45]. L'Union pourrait être aussi celui de convoitises étrangères.

1.1.4 Le soutien budgétaire et financier

L'économie pourrait être atteinte comme jamais depuis un siècle. L'Union doit s'attendre à un séisme économique. La croissance était inégale, la dépression sera pour tout le monde. L'action la plus positive de l'Union ne peut se limiter à lever ses réglementations ! Devant l'évidence de la catastrophe économique, tous les soutiens doivent être mobilisés.

Le soutien de l'Union. Le fonds de solidarité^[46] est une dotation d'urgence avec une enveloppe de 800 millions € en incluant les aides d'urgence sanitaire. L'appui financier de l'Union repose surtout sur un plan d'investissement, « une initiative d'investissement en réponse au coronavirus » destinée à soutenir les systèmes nationaux de soins de santé, les PME, les marchés du travail et d'autres secteurs vulnérables. La Commission annonce une enveloppe globale de 65 milliards €, mais en incluant 7,5 milliards de non remboursements d'aides régionales et le montant des fonds structurels non engagés.

Ce plan d'investissement est passé relativement inaperçu, car l'opinion attendait davantage de la Banque centrale européenne (BCE) que de la Commission. Mais la BCE a répondu aux attentes. Dès lors que le levier des taux d'intérêt était inopérant (les taux sont déjà bas), la BCE a annoncé le 18 mars la mise en place d'un plan de 750 milliards € en vue du rachat de la dette des États et des entreprises de la zone euro sur les marchés financiers.

Dernier carré, le mécanisme européen de stabilité (MES), conçu comme un outil de crise, pourrait être mis à contribution. Le MES peut accorder des prêts et racheter des obligations, afin de faire face à une éventuelle défaillance. Le MES dispose d'une capacité de prêt de 500 milliards € sur la base d'un capital de 700 milliards (80 milliards de capital libéré et 620

appelables). En cas de difficulté d'un Etat de la zone euro, 80 milliards € pourront être immédiatement versés. La question reste posée. L'ébranlement est tel que même la question des eurobonds, « coronabonds », obligations émises par l'Union, commence à être évoquée. Ce possible infléchissement de l'Allemagne, qui s'est toujours opposée à la communautarisation des dettes publiques, donne la mesure de la crise.

1.2 La solidarité

1.2.1 Une solidarité défaillante

La solidarité entre Etats est le socle de l'Europe. L'Union « sans cesse plus étroite »... Ces quelques mots figurent dans la première phrase du traité de Rome et dans le premier article du TUE : « Les Etats sont engagés dans un processus créant une union sans cesse plus étroite entre les peuples de l'Europe ». Cette solidarité s'exprime par les mécanismes de décision, par l'intégration économique, par les transferts budgétaires, par des aides financières, par des programmes dédiés, par des clauses de solidarité ajoutées par le traité de Lisbonne (catastrophe, terrorisme). La solidarité est un postulat politique, mais c'est aussi une construction qui repose sur l'idée d'une coopération et d'une entraide européennes. Cette entraide a vocation à être actionnée tout spécialement en temps de crise affectant un Etat membre mais pouvant les affecter tous. Toutes les conditions étaient réunies pour que cette solidarité s'exprime de la façon la plus nette.

Mais dans la crise du Covid-19, l'opinion n'attend ni clause, ni fonds, ni discours. Elle attend des avions pour rapatrier des malades ou faire venir des médecins et des masques.

L'assistance de médecins ? L'Italie aidée par une équipe médicale chinoise (11 mars), puis par des brigades médicales cubaines et des virologues militaires russes (22 mars). Des gestes très politiques et sans doute de propagande. Mais pas un seul médecin d'un autre Etat membre de l'Union.

Les transferts de patients ? La Commission qui, aux termes du traité, « peut prendre toute initiative utile pour promouvoir la coordination entre Etats » n'aurait-

⁴⁵. Règlement (UE) 2019/452 du 19 mars 2019 établissant un cadre pour le filtrage des investissements directs étrangers dans l'Union.

⁴⁶. Le fonds de solidarité de l'UE (FSUE) est destiné à permettre l'octroi d'une aide financière en cas de catastrophe majeure survenant sur le territoire d'un Etat ou d'un pays candidat selon l'art. 10 du règlement sur le cadre financier pluriannuel. 598 millions € sont inscrits dans le budget 2020.

elle pas pu proposer, organiser, financer cette solidarité tant que tous les Etats n'étaient pas encore submergés par la vague de contamination ?

1.2.2 des conséquences politiques extrêmement graves

Le décalage entre les attentes et les compétences est une excuse mais qui n'explique pas tout. Cet épisode est crucial pour l'Union. Tout d'abord, il fait ressortir les divisions européennes. L'Italie, qui avait déjà souffert d'une solidarité insuffisante face à l'afflux des migrants, estime être seule face au virus. Cette crise pourrait aggraver l'euro-défiance et la tentation de repli nationaliste. On peut craindre que le sentiment d'appartenance à une même communauté, embryonnaire, déjà meurtri par le Brexit, soit encore plus mal en point et que la défiance vis-à-vis de l'appartenance à l'Union s'accroisse. Deux voies restent possibles. La voix crépusculaire. « *Le manque de solidarité fait courir un danger mortel à l'Union* » a commenté Jacques Delors[47]. Ou bien celle de la confiance et de la résilience. Car l'Union fut au bord u gouffre lors de la crise financière de 2008-2010 avec les angoisses et les défaillances (Grèce, Portugal, Espagne) et les mêmes appels à la solidarité. L'Union européenne a toujours traversé les tempêtes. Elle est une nouvelle fois gravement touchée, mais doit cependant réfléchir à l'après-crise.

2. Les scénarios d'après crise

2.1 Les ajustements immédiats : la question budgétaire.

Le Covid-19 intervient au moment même où la négociation budgétaire du prochain cadre financier pluriannuel (CFP) amorce sa phase ultime d'arbitrage. La crise du Covid-19 devrait avoir trois incidences. D'une part, la dotation dédiée à la protection civile et la gestion des crises – le mécanisme rescUE - peu débattue jusque-là, sera évidemment évoquée. La Commission avait « *proposé d'accroître les ressources disponibles pour la réaction aux crises pour faire face à des événements imprévus ou des catastrophes* »[48]. La dotation prévue par la Commission pour RescUE

est modeste. A l'évidence, aucune baisse ne serait désormais comprise et la proposition initiale de la Commission doit être de nouveau défendue.

De même, le principe du CFP a montré ses limites. Le CFP se fonde sur une programmation sur sept ans et n'est pas un outil d'appui conjoncturel à mobiliser en cas de crise. C'est le principe même de la programmation ! Ce principe peut être maintenu mais le CFP doit être accompagné d'une réserve de flexibilité beaucoup plus massive que le dispositif des instruments spéciaux et instruments de flexibilité existants.

Enfin, dans ce nouveau contexte, les chamailleries budgétaires paraissent dérisoires. De toute évidence, le budget européen sera durement sollicité dans les prochaines années. L'arbitrage attendu devra tenir compte de cet épisode. Il y a quelques années, Alain Lamassoure relevait que le budget européen était inférieur au seul déficit budgétaire de la France de 2010 ! Pour la seule crédibilité de l'Union, il ne paraît pas raisonnable de prendre le même chemin.

2.2 Le débat institutionnel

A chaque crise, la question de l'intégration est posée. La réponse a toujours été dans un cran de plus dans la réglementation, dans les critères, mais au fond, sans chercher l'efficacité. Cette épreuve sanitaire met en lumière l'essoufflement du modèle. Il ne peut y avoir de saut qualitatif dans l'intégration sans identité et l'identité européenne n'existe pas encore. La tentation fédéraliste aura cette fois du mal à convaincre tant les réflexes nationaux ont été puissants. « *La désunion européenne nous rappelle que l'Union est encore une collection de réalités nationales. Même si l'intégration a fait de grands progrès, l'Union reste divisée par des discontinuités structurelles. Ces discontinuités sont plus révélées que produites par la crise actuelle* »[49]. Ces propos commentaient la « *désunion* » européenne pendant la crise de 2008. Rien n'a changé. Il faut maintenant avoir l'humilité de prendre acte de ces disparités.

Certains expriment le souhait que la santé devienne une compétence partagée de l'Union et non plus seulement une compétence d'appui[50]. Outre le fait qu'une modification du traité ne paraît guère envisageable à court terme, la Commission a souvent une lecture extensive de ses compétences et il n'est nullement

47. Jacques Delors, 28 mars 2020.

48. Commission, proposition de cadre financier pluriannuel 2021-2027, COM (2018) 321 final

certain que ce glissement change beaucoup les choses. Une piste de bon sens serait que l'Union assure tout simplement sa mission. En espèce, celle définie par le traité : encourager la coopération et prendre toute initiative pour promouvoir la coordination entre Etats. Sur ces deux points, les Etats ont été gravement défaillants. Il est nul besoin de changer les traités ou les règlements. Il a manqué une voix forte pour le leur rappeler. Il est temps de le faire et peut être de façon ostentatoire. Les Etats ont individuellement fait face mais n'ont jamais joué collectif.

2.3 Les défis de demain : l'Europe et l'Afrique

Le Covid-19 est un cataclysme mondial. L'épicentre du virus passé de Chine en Europe atteint désormais les Etats Unis. La Chine sortira-t-elle affaiblie ou renforcée ? Il y a une géopolitique du coronavirus et les rapports de force et les jeux d'influence vont être rebattus. Tous sont/seront touchés mais la mise ira à celui /ceux qui perdra/ont le moins. C'est pourquoi l'unité européenne est si

cruciale. L'ultime bataille contre le virus va se jouer en Afrique. Avec sa démographie, son urbanisation et des systèmes sanitaires embryonnaires. Avec, sans doute à la clef, des morts par millions et un ressentiment (au minimum) qui ne demande qu'une occasion pour s'enflammer. Confiner l'Europe était impensable mais confiner l'Afrique est impossible. L'Union garde des leviers d'influence, des moyens, une action. L'Union, qui aura peut-être un vaccin avant que l'épidémie n'atteigne le cœur du continent, peut retrouver foi en elle-même et une mission en tentant de sauver l'Afrique de l'effondrement qui la guette.

49. Yann Richard, la crise européenne, un regard de géographe, Ecogéo 2012

Nicolas-Jean Brehon
conseiller honoraire au Sénat

50. Gérard Larcher, Président du Sénat français, interview dans le Parisien, 29 mars 2020

ANNEXE :

LA COMPÉTENCE DE L'UNION EUROPÉENNE EN MATIÈRE DE SANTÉ
Traité sur le fonctionnement de l'Union européenneTROISIÈME PARTIE : LES POLITIQUES ET ACTIONS INTERNES DE L'UNION –
TITRE XIV : SANTÉ PUBLIQUE

10

ARTICLE 168

1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union.

L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci.

L'Union complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

2. L'Union encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières.

Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination, notamment des initiatives en vue d'établir des orientations et des indicateurs, d'organiser l'échange des meilleures pratiques et de préparer les éléments nécessaires à la surveillance et à l'évaluation périodiques. Le Parlement européen est pleinement informé.

3. L'Union et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Par dérogation à l'article 2, paragraphe 5, et à l'article 6, point a), et conformément à l'article 4, paragraphe 2, point k), le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribuent à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant, afin de faire face aux enjeux communs de sécurité :

- a) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang ; ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes ;
- b) des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique ;
- c) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical.

5. Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, peuvent également adopter des mesures d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, et notamment à lutter contre les grands fléaux transfrontières, des mesures concernant la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci, ainsi que des mesures ayant directement pour objectif la protection de la santé publique en ce qui concerne le tabac et l'abus

d'alcool, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres.

6. Le Conseil, sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans le présent article.

7. L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de

santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées. Les mesures visées au paragraphe 4, point a), ne portent pas atteinte aux dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales.

Retrouvez l'ensemble de nos publications sur notre site :

www.robert-schuman.eu

Directeur de la publication : Pascale JOANNIN

LA FONDATION ROBERT SCHUMAN, créée en 1991 et reconnue d'utilité publique, est le principal centre de recherches français sur l'Europe. Elle développe des études sur l'Union européenne et ses politiques et en promeut le contenu en France, en Europe et à l'étranger. Elle provoque, enrichit et stimule le débat européen par ses recherches, ses publications et l'organisation de conférences. La Fondation est présidée par M. Jean-Dominique GIULIANI.