

UNIVERSITÉ DE PARIS

École doctorale 262

Institut Droit et Santé

L'approche « santé dans toutes les politiques » saisie par le droit

Thèse pour le doctorat en droit présentée par

Laurence Warin

Co-dirigée par Messieurs Didier Tabuteau et le Professeur Jean-David Dreyfus

Présentée et soutenue publiquement le 30 mars 2022 devant un jury composé de :

Jean-David Dreyfus, Professeur des universités, Université de Paris

Didier Tabuteau, Professeur associé, Université de Paris

François Blanc, Professeur des universités, Université Paris 2 Panthéon-Assas **examineur**

Estelle Brosset, Professeur des universités, Université Aix-Marseille **rapporteur**

Delphine Dero-Bugny, Professeur des universités, Université de Paris **examineur**

Marie-Laure Moquet-Anger, Professeur des universités, Université Rennes 1 **rapporteur**

Thèse préparée dans le cadre du Réseau doctoral en santé publique animé par l'EHESP

Titre : L'approche « santé dans toutes les politiques » saisie par le droit

Résumé :

La « santé dans toutes les politiques » est une approche transversale des politiques publiques qui promeut la prise en compte des enjeux sanitaires dans la prise de décision publique de l'ensemble des secteurs. L'Organisation mondiale de la santé s'est emparée de cette approche dans les années 2000 et les États du monde entier ont manifesté leur volonté d'intégrer la « santé dans toutes les politiques » dans leurs systèmes nationaux. L'Union européenne a inclus ce principe dans l'un de ses traités fondateurs. Pourtant, les enjeux juridiques qui sous-tendent la « santé dans toutes les politiques » sont encore peu explicites en droit de l'Union européenne mais aussi en France où cette approche reste faiblement mise en œuvre sur le plan du droit. À défaut d'une règle de droit consacrant un principe général d'intégration de la santé dans toutes les politiques, le droit français intègre peu à peu cette approche à travers un flux normatif.

Mots clés : santé, normes, intégration, politiques publiques, droit international de la santé, droit de l'Union européenne, droit français, régulation, approche transversale, approche intégrée de la santé, flux normatif.

Title : « Health in all policies »: legal concerns

Abstract :

"Health in all policies" is a crossdisciplinary approach to public policies that promotes the consideration of health issues in public decision-making in all sectors. The World Health Organization embraced this approach in the 2000s, and governments around the world have demonstrated their willingness to mainstream "health in all policies" into their national systems. The European Union included this principle in one of its founding treaties. However, the legal issues underlying "health in all policies" are still not very explicit in European Union law nor in France where this approach remains weakly implemented in terms of law. In the absence of a general standard adopting the principle of integrating health into all policies, French law is gradually integrating this approach through a normative flow.

Keywords : health, norms, integration, public policies, international health law, European Union law, French law, regulation, crossdisciplinary approach, health mainstreaming, normative flow.

À mes filles

Remerciements

Je remercie sincèrement mes directeurs, Messieurs Didier Tabuteau et Professeur Jean-David Dreyfus, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir fait partager votre expertise. Votre disponibilité, votre bienveillance et votre franc-parler m'ont permis de progresser dans ma réflexion et mon travail de thèse. Vos visions différentes et complémentaires du sujet ont considérablement enrichi cette recherche.

Pour mémoire, mes remerciements vont également à Didier Tabuteau pour les cours passionnants de droit de la santé dispensés dans le Master 2 « Droit des industries des produits de santé », qui ont suscité mon fort intérêt pour la matière ; et au Professeur Dreyfus pour la place qu'il m'accorde dans son équipe de travaux dirigés en droit administratif.

Je remercie le Professeur François Blanc, le Professeur Estelle Brosset, le Professeur Delphine Dero-Bugny et le Professeur Marie-Laure Moquet-Anger de me faire l'honneur d'être membres du jury de soutenance de ma thèse.

Je remercie Madame Lydia Morlet-Haïdara, Directrice de l'Institut Droit et Santé, pour son soutien et son attention constante apportés aux doctorants de notre laboratoire de recherche. Merci à Charlotte De Bruyn pour sa disponibilité vis-à-vis des doctorants.

Merci au Professeur David Noguéro, Directeur de l'École Doctorale 262, pour sa disponibilité. Merci à lui et à l'Université de Paris pour la prolongation exceptionnelle de mon contrat doctoral en raison de la crise sanitaire. Merci au Professeur Arnaud Vergne - directeur de l'École doctorale en 2017 -, pour son soutien dans ma démarche d'obtention du contrat doctoral.

Merci également au Professeur Rouvillois qui m'accueille dans son équipe de travaux dirigés en droit constitutionnel et en droit des libertés fondamentales.

Je remercie infiniment le Réseau doctoral en santé publique pour le financement de cette thèse et l'École des hautes études en santé publique pour l'inspiration qu'ils m'ont toujours donnée depuis le *Master of Public Health*. Je remercie également le Réseau français des

Villes-Santé de l'OMS et notamment Charlotte Marchandise pour m'avoir fait connaître la « santé dans toutes les politiques ».

Merci à Irène Athanassoudis, Patrice Bourdelais, Yves Charpak, Jacques Commaille, Guy Dargent, Philippe Guilbert, Fernand Sauer, Patrick Zylberman qui m'ont accordé leur temps pour répondre à mes questions et éclairer ma recherche. Merci aux services des archives du Conseil de l'Union européenne et du Parlement européen ainsi qu'à l'Office des publications de l'Union européenne, qui m'ont fourni quantité de documents historiques significatifs.

Merci à mes relecteurs et conseillers dévoués. Louise et Catherine ; Bruno, Edoardo, Efrain, Jean, Laura, Valérie.

Merci à Adèle pour son amitié et l'exemple de doctorante acharnée et accomplie qu'elle m'a donné.

Merci à mes amies pour leur fidélité, leur sensibilité et leur compréhension.

Mes remerciements particuliers vont à mes parents pour leur générosité, leur dévouement, leur écoute, et pour m'avoir offert l'éducation et les études qui m'ont menée jusqu'ici.

Merci à Martial pour son soutien infaillible.

Liste des principales abréviations

§	paragraphe
aff.	affaires
al.	alinéa
AMS	Assemblée mondiale de la santé
Bull.	Bulletin des arrêts de la Cour de cassation
CE	Conseil d'État
c/	contre
CA	Cour d'appel
CAA	Cour administrative d'appel
Cass.	Cour de cassation (ass. plén. : assemblée plénière ; Civ. : chambre civile ; Crim. : chambre criminelle ; Soc. : chambre sociale)
CECA	Communauté européenne du charbon et de l'acier
CED	Communauté européenne de défense
CEEA	Communauté européenne de l'énergie atomique
CES	Communauté européenne de la santé
CIS	Comité interministériel pour la santé
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne anciennement Cour de justice des Communautés européennes (CJCE)
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
dir.	sous la direction de
DG	Direction générale
EFS	Établissement français du sang
ESB	Encéphalopathie spongiforme bovine
<i>et al.</i>	Et autres
etc.	<i>Et cetera</i> , et d'autres choses manquantes
GAFI	Groupe d'action financière
HCSP	Haut Conseil de la Santé publique
<i>ibid.</i>	<i>ibidem</i> , au même endroit
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
<i>JORF</i>	Journal officiel de la République française
OMS	Organisation mondiale de la santé
<i>op. cit.</i>	<i>opere citato</i> , dans l'ouvrage cité

p.	page
PAC	Politique agricole commune
PNA	Programme national pour l'alimentation
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSP	Programme national de santé publique
réf.	référé
RSI	Règlement sanitaire international
SNS	Stratégie nationale de santé
suiv.	Suivant
TA	Tribunal administratif
TCE	Traité sur la Communauté européenne
TFUE	Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne
TGI	Tribunal de grande instance
TUE	Traité sur l'Union européenne
UE	Union européenne
Vol.	volume

Note au lecteur :

Des guillemets sont mis à « santé dans toutes les politiques » lorsque l'approche est désignée en tant que telle.

La « santé dans toutes les politiques » saisie par le droit

PARTIE 1

L'ENTRÉE DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » DANS LES ORDRES JURIDIQUES SUPRANATIONAUX : LA DIFFICILE NAISSANCE D'UNE NORME

TITRE 1 : UN OBJET NORMATIF EN DEVENIR DANS DES ORDRES JURIDIQUES SUPRANATIONAUX

TITRE 2 : UNE NORME DE DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE À L'EFFECTIVITÉ AMBIGUË

PARTIE 2

LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » EN DROIT FRANÇAIS : LA DIFFUSION D'UN FLUX NORMATIF

TITRE 1 : UN FLUX NORMATIF À LA PROPAGATION CHAOTIQUE

TITRE 2 : UN FLUX NORMATIF EN LENTE PROGRESSION

Sommaire

REMERCIEMENTS.....	7
LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS.....	9
SOMMAIRE	13
INTRODUCTION.....	17
SECTION 1. UN OBJET IDENTIFIÉ	17
SECTION 2. UN OBJET JURIDIQUEMENT NON IDENTIFIÉ	37
<u>PREMIÈRE PARTIE : L'ENTRÉE DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES »</u>	
<u>DANS LES ORDRES JURIDIQUES SUPRANATIONAUX : LA DIFFICILE NAISSANCE</u>	
<u>D'UNE NORME</u>	61
<u>TITRE 1. UN OBJET NORMATIF EN DEVENIR DANS DES ORDRES JURIDIQUES</u>	
<u>SUPRANATIONAUX.....</u>	63
<u>CHAPITRE 1. UNE PREMIÈRE ÉMERGENCE EN DROIT INTERNATIONAL SOUPLE ..</u>	65
SECTION 1. LA CONCEPTION DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » PAR	
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ	65
SECTION 2. LA DÉFINITION DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » PAR LES ÉTATS	
MEMBRES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ RÉUNIS EN CONFÉRENCES	88
<u>CHAPITRE 2. UNE ENTRÉE PROGRESSIVE EN DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE .</u>	143
SECTION 1. LA PLACE DE LA SANTÉ DANS LA CONSTRUCTION COMMUNAUTAIRE.....	143
SECTION 2. L'ENTRÉE DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » EN DROIT DE L'UNION	
EUROPÉENNE : LE TRAITÉ DE MAASTRICHT	182
<u>TITRE 2. UNE NORME DE DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE À L'EFFECTIVITÉ</u>	
<u>AMBIGUË.....</u>	207

<u>CHAPITRE 3. UNE PLACE FLUCTUANTE DANS LA RÉGLEMENTATION</u>	
<u>EUROPÉENNE.....</u>	<u>209</u>
SECTION 1. UN FONDEMENT JURIDIQUE ÉVOLUTIF.....	209
SECTION 2. UN FONDEMENT JURIDIQUE PEU EXPLOITÉ PAR L'EXÉCUTIF EUROPÉEN	235
<u>CHAPITRE 4. UN RÔLE FIGURATIF DANS LA JURISPRUDENCE DE L'UNION</u>	
<u>EUROPÉENNE.....</u>	<u>255</u>
SECTION 1. LE CHAMP D'APPLICATION LIMITÉ DU PRINCIPE D'INTÉGRATION DE LA SANTÉ	257
SECTION 2. LES CONDITIONS EXIGEANTES DE MISE EN ŒUVRE DU PRINCIPE D'INTÉGRATION DE LA SANTÉ	278
<u>SECONDE PARTIE : LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » EN DROIT</u>	
<u>FRANÇAIS : LA DIFFUSION D'UN FLUX NORMATIF</u>	<u>321</u>
<u>TITRE 1. UN FLUX NORMATIF À LA PROPAGATION CHAOTIQUE.....</u>	<u>325</u>
<u>CHAPITRE 1. DES COURANTS CONTRADICTOIRES DÈS L'ORIGINE.....</u>	<u>327</u>
SECTION 1. LES PRÉMISSSES DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » DANS L'HISTOIRE DU DROIT DE LA SANTÉ FRANÇAIS.....	327
SECTION 2. LES ANNÉES 1990, UN TOURNANT DANS L'HISTOIRE CONTEMPORAINE DU DROIT DE LA SANTÉ FRANÇAIS	351
<u>CHAPITRE 2. UNE ABSORPTION INEFFICACE PAR LE DROIT FRANÇAIS</u>	<u>379</u>
SECTION 1. L'INSUFFISANCE DU CADRE JURIDIQUE FRANÇAIS POUR ASSURER LA PRISE EN COMPTE DES CONSÉQUENCES SANITAIRES DES DÉCISIONS PUBLIQUES.....	380
SECTION 2. L'ADHÉSION TIMIDE DU CADRE JURIDIQUE FRANÇAIS À LA NOTION D'INTERSECTORIALITÉ	407
<u>TITRE 2. UN FLUX NORMATIF EN LENTE PROGRESSION.....</u>	<u>437</u>
<u>CHAPITRE 3. LE RENFORCEMENT DE CERTAINES RAMIFICATIONS DU DROIT DE</u>	
<u>LA PROTECTION DE LA SANTÉ FRANÇAIS</u>	<u>439</u>

SECTION 1. LA PROTECTION CONTRE LES RISQUES ET L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ	439
SECTION 2. LA PROTECTION ET L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ, L'EXEMPLE DU DROIT DE LA CONSOMMATION	459
<u>CHAPITRE 4. LE RENFORCEMENT DU FLUX : DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » À L'APPROCHE INTÉGRÉE DE LA SANTÉ</u>	<u>489</u>
SECTION 1. DES CONCEPTS JURIDIQUES À EXCLURE	491
SECTION 2. UN PHÉNOMÈNE NORMATIF À QUALIFIER	512
<u>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</u>	<u>553</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>555</u>
<u>INDEX ALPHABÉTIQUE</u>	<u>625</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>627</u>
<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	<u>633</u>

Introduction

1. À l'instar du *New Public Management*, la « santé dans toutes les politiques » est un modèle d'inspiration des politiques publiques qui a été adopté dans différents pays. Bien qu'elle vienne perturber les cadres établis, la « santé dans toutes les politiques » a encore un rôle discret dans le paysage institutionnel sanitaire français. Cette thèse a pour objectif de contribuer à reconnaître son existence. Nous verrons dans cette introduction que la « santé dans toutes les politiques », connue dans le champ de la santé publique (**Section 1**), est encore peu analysée d'un point de vue juridique (**Section 2**).

Section 1. Un objet identifié

2. La « santé dans toutes les politiques » est une approche qui a été développée dans le champ de la santé publique. Par conséquent, nous ne pouvons échapper ici à quelques précisions conceptuelles issues de cette discipline, avant de s'intéresser aux questions juridiques que nous identifions au regard de l'objet d'étude choisi. Dans cette section consacrée à la présentation de la « santé dans toutes les politiques », nous verrons qu'elle repose sur une définition large de la santé (§ 1) et qu'elle a émergé dans un contexte particulier de santé publique au niveau mondial, auquel la France n'est pas restée indifférente (§ 2).

§ 1) Une vision de la santé propre au champ de la santé publique

3. La « santé dans toutes les politiques » est fondée sur une vision large de la notion de santé (A), et est une application concrète de cette définition (B).

A) Le fondement : une définition extensive de la santé

4. Il convient d'abord de distinguer la santé (1°) du droit à la santé (2°).

1°) La santé, une notion multidimensionnelle

5. La « santé dans toutes les politiques » est fondée sur une définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) selon laquelle c'est « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » ne consistant « *pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*¹ ». Qualifiée d'« *étrangement excessive* » par le Professeur de Forges², cette définition illustre une vision de la santé considérée comme extensive car elle inclut le bien-être et même l'idée que des mesures sociales concourent à la santé³. La définition de la santé donnée par l'OMS paraît en effet plus large que d'autres définitions qui ont été proposées. Si l'on regarde un dictionnaire de langue française, la santé est alors définie comme un « *état de bon fonctionnement de l'organisme*⁴ ». Cette définition contraste par son périmètre qui est circonscrit au niveau physique. Le point commun entre les deux définitions est qu'elles considèrent la santé comme un « état ».
6. La « santé dans toutes les politiques » repose aussi sur la vision promue par la Charte d'Ottawa, une déclaration politique adoptée en 1986 par les États membres de l'OMS lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Cette charte met en avant l'idée qu'être en bonne santé implique que différents éléments soient réunis, éléments dont la particularité est de ne pas relever du secteur de la santé⁵ : disposer d'un revenu suffisant, pouvoir s'alimenter, avoir un logement, un emploi, respirer un air sain, etc. Ces éléments sont désignés par les experts en santé publique comme les déterminants de la santé. Ces derniers sont définis par l'OMS de la façon suivante : ce sont les « *facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations*⁶ ». Si l'on mesure les facteurs qui influencent l'état de santé, il apparaît que

¹ Organisation mondiale de la santé, Constitution adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19/06 au 22/07/1946.

² J-M. DE FORGES, *Le droit de la santé*, 8^{ème} édition, Presses universitaires de France, Que sais-je ? 2012, 128 p.

³ Réseau francophone international pour la promotion de la santé, 25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones, Recueil de textes, Collection partage, 2012, 97 p.

⁴ *Dictionnaire Larousse*, Larousse, 2018, 1088 p.

⁵ Le secteur de la santé est défini par l'OMS comme le secteur « *qui comprend les services de santé publics et privés organisés (y compris la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le diagnostic, le traitement et les soins), les politiques et les activités des services sanitaires et des ministères de la santé, les organisations non gouvernementales et les groupes communautaires s'intéressant à la santé, et les associations professionnelles* » (Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, 1998).

⁶ *ibid.* Voir aussi l'annexe n° 4 en fin de thèse : le graphique de DAHLGREN et WHITEHEAD (1991). Selon cette théorie de santé publique sur les déterminants de la santé, « *le déterminisme social vient contredire la vision traditionnelle individualiste de la médecine centrée autour du patient, de l'éducation pour la santé et des changements de comportements*

l'environnement physique compte pour 10% de cette influence, les facteurs sociaux et économiques (niveau d'éducation, d'emploi, revenu, soutien familial et social, sécurité dans la communauté) comptent pour 40%, les soins médicaux (accès et qualité) comptent pour 20% et les comportements (usage de tabac ou d'alcool, régime alimentaire, activité physique...) comptent pour 30%⁷. Les soins pèsent donc souvent moins dans la balance que d'autres facteurs influençant la santé. Le contexte juridique et politique est aussi considéré comme un déterminant de la santé : en effet, la loi et les politiques publiques peuvent changer l'environnement macro-économique, par exemple en ce qui concerne l'accès aux produits du tabac⁸. Le marketing et la publicité sont eux aussi considérés comme des déterminants de la santé, car ils ont un impact, notamment sur la consommation. En ce sens, s'agissant de l'environnement, on peut en distinguer quatre types, qui peuvent tous être pris en compte dans l'analyse de l'état de la santé humaine : l'environnement physique, l'environnement socioculturel, l'environnement politique et l'environnement économique⁹.

7. Le constat que la santé est influencée par des déterminants extérieurs au système de soins a été fait depuis longtemps. Dès le V^{ème} siècle avant Jésus-Christ, le médecin et philosophe Hippocrate avait identifié les influences du climat et de la qualité de l'eau consommée sur la santé humaine¹⁰. La médecine de l'époque était attentive à l'environnement dans lequel vivait le patient.
8. Au XIX^{ème} siècle, le contexte de révolution industrielle, accompagnée du développement des grandes villes et de mauvaises conditions de travail, est propice aux épidémies¹¹. Le lien est alors fait progressivement entre les conditions de vie quotidienne et de travail, et

comme moyens de prévenir les maladies » (G. DAHLGREN, M. WHITEHEAD, Policies and strategies to promote social equity in health, Background document to WHO – Strategy paper for Europe, Institute for Future Studies, 1991, 69 p.).

⁷ World Health Organization, Health in all policies, Training manual, Vivien Stone 2015.

⁸ S. DEGUEN, Formation à l'épidémiologie sociale, EHESP, Janvier 2021.

⁹ C. DELAMAIRE, « Environnements favorables à une alimentation saine : état des lieux et recommandations », La santé en action 2018, n° 444.

¹⁰ HIPPOCRATE, *Airs, eaux, lieux (Traité), Les belles lettres*, Tome II, 2^{ème} partie, Collection des universités de France Série grecque - Collection Budé, 2003.

¹¹ L. KIMMO *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, Ministère des affaires sociales et de la santé de Finlande, 2013, 358 p.

l'état de santé de la population¹². Des experts comme Louis-René Villermé¹³ en France, Friedrich Engels au Royaume-Uni¹⁴, Rudolf Virchow¹⁵ en Silésie, mettent en avant le fait que les maladies affectent davantage les pauvres que les riches.

9. L'action gouvernementale et locale apparaît alors nécessaire pour améliorer la santé et lutter contre les inégalités de santé constatées¹⁶. Avec la pression de la société civile et de syndicats qui réclament de meilleures conditions de vie, la mobilisation politique en matière de santé publique conduit peu à peu à d'importants progrès dans l'alimentation et le logement ce qui résulte, à la fin du XIX^{ème} siècle, en l'allongement de la durée de vie¹⁷. Entre le XIX^{ème} et le XX^{ème} siècle, il est alors apparu évident que l'amélioration des conditions de vie, et non les progrès de la médecine, a permis la chute de mortalité observée¹⁸.
10. Dans ce cadre, est privilégiée une approche systémique, portant « *une vision globale et dynamique qui permet d'appréhender l'individu dans son (ses) environnement(s) et de prendre en compte de multiples déterminants (sociaux, économiques, naturels, etc.) à différentes échelles* » plutôt qu'une approche biomédicale qui se concentre uniquement sur une échelle individuelle et sur l'étiologie des maladies¹⁹.

¹² L'état de santé est défini par l'OMS comme la « *description ou mesure de la santé d'un individu ou d'une population à un moment donné en fonction de normes définies, généralement par référence à des indicateurs de santé* » (Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, *op. cit.*). Voir aussi L. KIMMO *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, *op. cit.*

¹³ Louis-René VILLERMÉ, médecin français, « *étudie les statistiques de mortalité parisienne de 1817 à 1821 puis à 1826. Il met en œuvre une méthodologie soignée et systématique, multipliant les recoupements et la construction d'indicateurs sociaux afin de faire le partage entre la mortalité qui renvoie à l'insalubrité de l'environnement et celle qui est due à la pauvreté. Quelle que soit l'échelle considérée, la rue, le quartier, l'arrondissement de Paris ou les départements, il réussit à mettre en évidence une relation entre la plus forte mortalité et la plus grande misère, qui relègue à un rôle secondaire l'effet de l'élévation du sol, de sa nature, celui de la concentration des constructions et même celui de la densité de population, contrairement à ce que beaucoup pensaient alors* » (P. BOURDELAIS, in A. LECLERC *et al.*, *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, Recherches, 2000, 448 p.).

¹⁴ Notamment avec son ouvrage *La Situation de la classe ouvrière en Angleterre* en 1844, paru en 1845.

¹⁵ Médecin allemand, il a notamment participé à un programme libéral faisant de la démocratisation des institutions prussiennes et d'une lutte décidée contre la pauvreté les seuls moyens efficaces de prévention de la maladie (J-P. GAUDILLIÈRE, *La médecine et les sciences. XIX^{ème} - XX^{ème} siècles*, La Découverte, Repères, 2008, 121 p.).

¹⁶ L. KIMMO *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, *op. cit.*

¹⁷ *ibid.*

¹⁸ *ibid.*

¹⁹ E. CADOT, Formation à l'épidémiologie sociale, EHESP, Janvier 2021. Voir aussi : « *Plusieurs modèles décrivant les relations entre déterminants et état de santé ont été proposés ces dernières décennies. Très schématiquement, on peut distinguer trois familles de modèles : le modèle biomédical, le modèle global de la santé, et le modèle socio-environnemental. Jusque dans les années 1970, le modèle biomédical restait prédominant. Selon ce modèle, la maladie est une conséquence de l'action d'un agent pathogène externe (micro-organisme, traumatisme, agent toxique...) sur un individu plus ou moins en*

11. Il paraît donc nécessaire d'appréhender la santé de façon large pour tenir compte de ses déterminants. On adoptera ainsi tout au long de cette thèse une approche transversale de la notion de santé. Le Professeur Ost a défini la notion de transversalité comme « *cette qualité particulière d'un objet de politiques qui lui donne vocation à se concrétiser dans la mise en œuvre de programmes d'action qui ne lui sont pas directement consacrés plutôt que dans celle de programmes spécifiques*²⁰ ». Le caractère multidimensionnel et transversal de la santé se reflète d'ailleurs dans la terminologie variée rencontrée dans les différentes sources utilisées pour notre recherche : « santé publique », « santé humaine » ou tout simplement « santé ». La plupart des textes qui seront étudiés, qu'ils soient de nature constitutionnelle, conventionnelle, législative, jurisprudentielle ou doctrinale, utilisent ces termes de façon interchangeable sans les définir. La santé publique se rapporte logiquement à une santé collective, tandis que la santé en elle-même, décrite précédemment comme un état, peut être interprétée comme plutôt individuelle. Cela nous conduit à la question du droit à la santé.

2°) Des dimensions multiples incluses dans le droit à la santé

12. Le droit à la santé comprend une réalité multiple et complexe. En droit international, où il est considéré par le Professeur Bélanger comme un principe général du droit²¹, il apparaît dès le préambule de la constitution de l'OMS sous la forme suivante : « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain,*

capacité de se défendre. En 1974, le rapport « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens », dit aussi rapport Lalonde, a proposé un nouveau cadre de référence, intitulé « conception globale de la santé ». Ce modèle reposait sur quatre grands types de déterminants de l'état de santé [...] :

- la biologie humaine (qui « englobe tous les aspects de la santé [...] qui dépendent de la structure biologique de l'homme et de la constitution organique de l'individu ») ;
- l'environnement (qui « représente l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun ») ;
- les habitudes de vie (qui « représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé ») ;
- l'organisation des soins de santé (qui « comprend non seulement la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé »).

Le rapport Lalonde est considéré comme le premier document d'importance reconnaissant que l'état de santé ne dépendait pas seulement d'un agent pathogène, mais de la combinaison, voire de l'interaction entre ces quatre types de déterminants. » (F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, Lavoisier, Traités, 2016, 728 p.).

²⁰ F. OST, in D. DE BÉCHILLON, J. CAILLOSSE, D. RENARD, *L'analyse des politiques publiques aux prises avec le droit*, LGDJ, Droit et société, 1970, 304 p. L'auteur donne cette définition en se référant à la problématique de l'environnement, mais nous pensons que cette vision de la transversalité peut s'appliquer aussi à la santé.

²¹ M. BÉLANGER, « Réflexions sur la réalité du droit international de la santé », *Revue Québécoise de droit international* 1985, Vol. 2, p. 19-62. À propos du droit à la santé, cet auteur écrit : « *Ce principe général du droit a un contenu délicat à établir et son exercice est difficile* ».

quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Dans le même sens, l'article 25 § 1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 consacre le fait que « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires* ».

13. En droit français, le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 prévoit que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ». On parle donc plus précisément de droit à la protection de la santé, lequel se compose de plusieurs droits. Comme le soulignent les Professeurs Chagnollaud et Drago, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît, parmi les droits individuels liés à la santé : les droits de la personne, incluant le droit à l'absence de discrimination dans l'accès aux soins, le respect de la dignité, le droit à la prise en charge de la douleur, etc. ; ainsi que les droits des usagers du système de santé, qui comprennent par exemple le droit au consentement du patient à l'acte médical²². Cette loi crée également des droits collectifs et marque ainsi la reconnaissance des usagers du système de santé et de leurs représentants²³.
14. Selon la classification classique fondée sur la nature des droits fondamentaux, il y a trois catégories de droits et libertés, qui correspondent à trois générations de normes juridiques : les droits civils et politiques constituent les droits de première génération, les droits économiques et sociaux sont considérés comme les droits de seconde génération, et les droits de solidarité correspondent à ceux de la troisième génération²⁴. Le droit à la santé relève des seconds, aussi appelés « droits-créances » car ils supposent une intervention de l'État pour se réaliser²⁵. Si le droit à la santé est considéré comme un droit-créance, il n'est en revanche pas assorti d'un quelconque pendant en termes d'obligation pour l'individu : il n'existe pas d'obligation à mener une vie saine²⁶.

²² D. CHAGNOLLAUD, G. DRAGO (dir.), *Dictionnaire des droits fondamentaux*, Dalloz, 2007, 750 p.

²³ *ibid.*

²⁴ *ibid.*

²⁵ *ibid.*

²⁶ Voir à ce sujet M. DEGUERGUE, « L'obligation de mener une vie saine ? », *Revue générale de droit médical* 2003, n° 11.

15. La responsabilité de la protection de la santé pèse donc fortement sur les États, lesquels n'ont pas une grande marge d'intervention sur le comportement des individus. Cela nous conduit à évoquer un débat récurrent dans le milieu de la santé publique, où les experts s'interrogent sur la nécessité et la pertinence d'agir tantôt sur les comportements, tantôt sur les environnements en vue d'agir sur l'état de santé. Les comportements individuels peuvent en effet être favorables à une bonne santé, ou néfastes²⁷. Cependant, tenter d'agir, par des mesures législatives, uniquement sur les comportements montre vite des limites en termes d'efficacité mais aussi en termes de justice sociale²⁸. Par ailleurs, l'action politique et législative sur l'environnement, en modifiant notamment l'accès à tel ou tel produit jugé dangereux, va automatiquement ricocher sur les comportements des individus, qui verront leurs possibilités de choix modifiées ou restreintes, par exemple si le législateur interdit la présence de fontaine à sodas disponibles de façon illimitée dans les restaurants²⁹.
16. Il est en réalité souhaitable de trouver un équilibre entre les deux approches, qui ont chacune des forces et des faiblesses : un modèle de pensée caractérisé par l'individualisme et par l'importance donnée à la responsabilité individuelle pour conserver un mode de vie sain est considéré comme problématique par les experts en santé publique car cette stratégie ne prend pas en compte le contexte social, culturel et économique dans lequel se trouvent les individus et sur lequel ils ont peu de contrôle. Inversement, une perspective purement structurelle qui nie l'influence de l'individu est inefficace aussi³⁰.

²⁷ La promotion de la santé a surmonté une approche individualiste centrée sur la compréhension des comportements et a recentré la vision sur les environnements sociaux et la politique ; l'approche axée sur la modification des facteurs de risque individuels ou des comportements à risque a cédé la place à une approche consistant à analyser le contexte et la signification des actions en santé et des déterminants qui permettent à la population de rester en bonne santé. Le rapport canadien Lalonde est considéré comme le point de départ de ce tournant (I. KICKBUSCH, « The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion », *American Journal of Public Health* 2003, Vol. 93, n° 3). Voir aussi M. LALONDE, *Une nouvelle perspective sur la santé des Canadiens*, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, Information Canada, 1974.

²⁸ Voir notamment F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, op. cit. : « Le présupposé est que les comportements des gens sont par nature dommageables à leur santé et, dans certains cas, à celle des autres. Il faut donc inciter les gens à adopter des choix, des attitudes, des pratiques favorables à leur santé. [...] La question de base est de savoir si, et jusqu'à quel point, ces comportements peuvent être pris en compte – et par conséquent, traités – comme des choix individuels isolés. Ce propos de J. Mann prononcé au congrès de la SFSP en juin 1998 attire notre attention sur la construction des concepts et sur l'interprétation donnée au terme de comportement. Sous cet angle, le concept même de comportement est-il suffisamment explicite, admis et approprié ? ». Voir également nos propos sur l'équité en santé dans le Chapitre 1 (Partie 2).

²⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³⁰ A. MIDHA, M. SULLIVAN, « The need to redefine the practice of health promotion in the United Kingdom », *Health Policy* 1998, n° 44, p. 19-30.

17. Cependant, puisque l'État peut difficilement agir sur les comportements des individus et leurs effets sur leur état de santé, il peut être suggéré que la « santé dans toutes les politiques » répond justement à cette volonté d'améliorer la santé collective et individuelle, en passant par une autre voie que l'individu, c'est-à-dire en ayant recours à des opérateurs extérieurs et transverses.

B) Le résultat : une définition de la « santé dans toutes les politiques » reconnue dans le champ de la santé publique

18. La « santé dans toutes les politiques » semble à première vue être une expression « transparente », compréhensible dès la première lecture, même pour les non-initiés. Pourtant, la seule définition qui en a été donnée officiellement est longue et complexe. Il s'agit de celle adoptée dans la Déclaration d'Helsinki en 2013 à l'occasion de la Huitième conférence mondiale pour la promotion de la santé : « *La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé* ». Il convient aussi de souligner que cette approche est mise en œuvre parfois sans être nommée comme telle³¹ et qu'elle existait déjà avant d'être théorisée³².
19. De plus, si la « santé dans toutes les politiques » est une expression *a priori* transparente, elle pose de nombreuses questions. Nous avons déjà proposé un aperçu des considérations très larges associées au seul terme de santé. Concernant la suite de la formule, on peut se demander si « dans toutes » comprend la notion de systématité. Si tel est le cas, est-ce que cette approche est en fait obligatoire pour celui qui en est responsable ? Y a-t-il alors des

³¹ Par exemple, voici un extrait d'un article où l'on trouve l'esprit de la « santé dans toutes les politiques » sans que l'auteur ne le souligne : « *Même si le discours sur la santé n'induit pas nécessairement des changements dans le champ des politiques publiques de développement relatives à la santé, son influence est également remarquable dans d'autres champs politiques. Ainsi, le discours sur la santé permet par exemple le développement de politiques plus sécuritaires, permettant parallèlement de contribuer à réformer les sociétés en développement. Autrement dit, les discours sur la santé ne sont pas seulement réformateurs en ceci qu'ils permettent de développer des politiques de santé : ils débordent ces politiques largement – et incarnent même pour certains une nouvelle forme du politique contemporain se concentrant sur la gestion des risques (BECK 2005), la maximisation de la survie (ABÉLÈS 2006) et produisant des formes d'inclusions sociales de plus en plus basées sur des critères biologiques (PETRYNA 2002, ROSE 2008, NGUYEN 2010)* ». (P-M. DAVID, « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? », Socio-logos 2011, n° 6. Disponible à l'adresse : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2550> [consulté le 11/12/2017]).

³² Les activités destinées à améliorer l'impact sanitaire des politiques dans différents secteurs sont maintenant désignées par l'appellation « santé dans toutes les politiques », mais historiquement elles existaient déjà (L. KIMMO *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, *op. cit.*).

risques d'abus ? Jusqu'où faut-il et peut-on aller pour protéger la santé avant de basculer dans « l'utopie de la santé parfaite³³ » voire la surveillance excessive et le totalitarisme ? Enfin, le choix du mot « politiques » classe a priori notre objet d'étude dans un champ qui n'appartient pas au droit. On ne parle pas, en effet, de « santé dans toutes les lois », mais nous verrons par la suite en quoi le droit et la politique se rejoignent ici pour faire de ce sujet une question véritablement juridique.

20. Une formulation peu utilisée en France, car sans doute trop longue, rébarbative, jugée inutilisable... qui cache en réalité différentes interprétations en fonction des systèmes juridiques aux niveaux international, européen ou national. Avant d'en étudier les enjeux juridiques, nous présentons ici les caractéristiques de la « santé dans toutes les politiques » telle qu'elle est perçue généralement dans le domaine de la santé publique notamment dans le monde anglo-saxon, avec les objectifs qu'elle poursuit (1°) et sa nature présumée (2°).

1°) Les objectifs poursuivis par l'approche « santé dans toutes les politiques »

21. L'objectif premier de cette approche est, comme son nom l'indique, d'accorder une certaine place à la santé, laquelle est appréhendée comme partie à un ensemble de différentes politiques publiques touchant différents secteurs. On pense tout naturellement à la protection de la santé contre les risques – approche dite défensive - car c'est l'expression qui revient le plus dans nos politiques de santé, mais la « santé dans toutes les politiques » a aussi pour objectif d'améliorer la santé³⁴. L'amélioration de la santé rejoint l'idée de la promouvoir, c'est-à-dire d'en favoriser le développement³⁵. À une posture défensive contre les risques pour la santé, se combine donc une posture plus proactive qui vise à aller au-delà de l'état de santé déjà acquis. Selon certains auteurs, le but de l'approche étudiée est en effet d'améliorer la santé, l'équité en santé et le bien-être en stimulant les déterminants positifs de la santé et en freinant ceux qui sont considérés comme négatifs³⁶. L'équilibre entre la protection et l'amélioration de la santé diffère selon les systèmes qui ont adopté l'approche

³³ L. SFEZ, *La santé parfaite, critique d'une nouvelle utopie*, Seuil, L'histoire immédiate, 1995, 399 p.

³⁴ L. KIMMO *et al.*, *Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies*, *op. cit.*

³⁵ *Dictionnaire Larousse*, Larousse, 2018, 1088 p.

³⁶ H. HOFSTAD, « The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change », *Health Policy* 2016, n° 120, p. 567-575.

étudiée. Nous verrons qu'en droit de l'Union européenne, les sources de droit dur retiennent exclusivement la notion de protection de la santé – ce qui inclut les soins médicaux mais aussi le principe de précaution vis-à-vis, notamment, de substances utilisées dans l'agriculture -, tandis que d'autres sources de régulation plus souples contiennent la notion de « promouvoir » la santé. Le Comité des régions de l'Union européenne parle en effet, dans son avis sur « Le rôle des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la stratégie de santé pour les années 2008-2013 », d'« *encourager les citoyens à adopter des habitudes de vie saines* » ce qui correspond à une volonté de tendre vers l'idéal d'une santé meilleure et donc d'assurer une certaine progression par rapport à un niveau initial de santé³⁷. C'est d'ailleurs, à notre sens, dans ce deuxième objectif que le caractère intersectoriel de l'approche étudiée se manifeste le plus : améliorer la santé implique d'améliorer les déterminants de la santé, lesquels sortent du champ sanitaire. La « santé dans toutes les politiques » met l'accent moins sur les origines biologiques de l'état de santé et davantage sur la compréhension de l'influence qu'ont les comportements et les modes de vie sur l'état de santé³⁸.

22. Selon les auteurs du Traité de santé publique, il y a trois modalités de gestion de la santé : premièrement, son « entretien et sa culture », c'est-à-dire tout ce qui permet de la promouvoir - l'éducation, l'optimisation de l'environnement de vie – deuxièmement, la protection contre les risques qui peuvent l'altérer, c'est-à-dire la prévention des maladies ; troisièmement, la « *réparation de ceux que l'on n'aura pas su ou pas pu protéger, c'est-à-dire le soin*³⁹ ». Sur le fondement des remarques du paragraphe précédent, nous suggérons que la « santé dans toutes les politiques » inclut ces trois modalités mais en priorité les deux premières.
23. Pour atteindre l'objectif final, la « santé dans toutes les politiques » vise à apporter des solutions aux problèmes complexes de santé publique qui touchent plusieurs secteurs⁴⁰, tels que la résistance antimicrobienne, les risques sanitaires liés au changement climatique, la sécurité alimentaire, les accords commerciaux internationaux, l'obésité infantile, etc. En effet, on constate dans certains cas qu'un problème a des conséquences multisectorielles ;

³⁷ Comité des régions de l'Union européenne, Avis sur « Le rôle des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la stratégie de santé pour les années 2008-2013 », 2011/C 42/08, 2011.

³⁸ D. PEPIN *et al.*, « Collaborating for Health: Health in All Policies and the Law », *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 2017, Vol. 45, p. 60-64.

³⁹ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, *op. cit.*

⁴⁰ World Health Organization, *Health in all policies, Training manual*, *op. cit.*

la drogue, par exemple, affecte profondément la société dans son ensemble, et notamment les systèmes judiciaire, carcéral, sanitaire et l'économie⁴¹. Inversement, certaines politiques peuvent répondre à des questions qui traversent les secteurs : il a été prouvé que l'éducation physique chez les enfants en milieu scolaire contribue non seulement à améliorer leur état de santé, mais permet aussi une amélioration du taux de réussite scolaire⁴². Les objectifs de différents secteurs peuvent ainsi converger. On peut citer d'autres exemples, comme le constat qu'aménager les rues pour permettre aux piétons et aux cyclistes de circuler est favorable à une bonne santé mais aussi à une meilleure qualité de l'air⁴³.

24. L'autre objectif de la « santé dans toutes les politiques », selon la Déclaration d'Helsinki, est de garantir l'équité en santé. Selon l'OMS, l'équité en santé implique que *« tous les individus doivent avoir une possibilité égale d'être et de rester en bonne santé, grâce à un accès juste et équitable aux ressources de santé. L'équité en matière de santé n'est pas synonyme d'égalité d'état de santé. Les inégalités d'état de santé entre individus et entre populations sont des conséquences inévitables de différences génétiques, d'écarts entre situations sociales et économiques ou de choix personnels de mode de vie. Un manque d'équité existe à la suite de différences de possibilités offertes, qui entraînent par exemple un accès inégal aux services de santé, à des aliments nourrissants, à un logement approprié, etc. »*⁴⁴.
25. La « santé dans toutes les politiques » peut s'interpréter à différents degrés d'intensité : elle peut consister en la prise en compte d'objectifs de santé en tant que but principal d'autres politiques ; elle peut rechercher une situation « gagnant-gagnant » entre différents secteurs, c'est-à-dire trouver les solutions qui répondront à la fois aux intérêts sanitaires et à d'autres intérêts, par exemple économiques ; elle peut aussi être déclinée en tant que stratégie de coopération entre différents secteurs, en mettant en avant ce que le secteur de la santé peut apporter aux intérêts d'autres secteurs d'activité ; elle peut aussi, plus simplement, correspondre à une stratégie de limitation des dommages, en proposant des mesures pour

⁴¹ L. GASE, R. PENNOTTI, K. SMITH, « "Health in All Policies": Taking Stock of Emerging Practices to Incorporate Health in Decision Making in the United States », *Journal of Public Health Management and Practice* 2013, Vol. 19, n° 6, p. 529-540.

⁴² *ibid.*

⁴³ L. GASE, R. PENNOTTI, K. SMITH, « "Health in All Policies": Taking Stock of Emerging Practices to Incorporate Health in Decision Making in the United States », *op. cit.* ; C. POLSKY *et al.*, « The Health in All Policies (HiAP) Approach and the Law: Preliminary Lessons from California and Chicago », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2015 (Spring).

⁴⁴ Organisation mondiale de la santé, *Glossaire de la promotion de la santé*, *op. cit.*

éviter que d'autres branches d'activités n'aient des effets néfastes sur la santé⁴⁵. Selon la perspective américaine, adopter la « santé dans toutes les politiques » ne signifie pas que la santé doit être au centre de toutes les politiques : ce choix exprime seulement une nécessité de collaboration entre les secteurs pour atteindre des objectifs communs⁴⁶.

2°) La nature de la « santé dans toutes les politiques »

26. La doctrine anglo-saxonne propose d'appréhender la « santé dans toutes les politiques » comme une stratégie qui permet aux décideurs politiques d'intégrer des considérations liées à la santé, au bien-être et à l'équité dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et de services⁴⁷. Il nous semble en effet clair que notre objet d'étude est en fait un outil qui donne des clés pour atteindre un objectif, pour ne pas dire un idéal : un bon état de santé humaine. Il est important de souligner que la « santé dans toutes les politiques » n'est, à notre sens, ni une politique de santé, ni même une politique publique, mais une approche globale des politiques publiques. Un dictionnaire de sciences politiques retient pour définition d'une politique publique le « *produit de l'activité d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale*⁴⁸ ». Les politiques publiques peuvent aussi être définies comme « *des actions spécifiques interreliées et officielles, annoncées ou entreprises à un moment donné par une autorité étatique légitime, au niveau local, national ou international et orientées vers la résolution d'un problème public*⁴⁹ ».
27. La « santé dans toutes les politiques » est donc un outil qui propose différentes méthodes permettant d'atteindre l'objectif identifié. La méthode principalement mise en avant consiste à chercher des intérêts complémentaires et convergents entre différents secteurs⁵⁰ mais aussi entre plusieurs parties prenantes. Pour ce faire, une approche holistique est nécessaire afin de combiner l'investissement du pouvoir politique avec la collaboration

⁴⁵ M. KOIVUSALO, « The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls », *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010, n° 64, p. 500-503.

⁴⁶ L. GASE, R. PENNOTTI, K. SMITH, « "Health in All Policies": Taking Stock of Emerging Practices to Incorporate Health in Decision Making in the United States », *op. cit.*

⁴⁷ D. PEPIN *et al.*, « Collaborating for Health: Health in All Policies and the Law », *op. cit.*

⁴⁸ D. ALCAUD, L. BOUVET, *et al.*, *Dictionnaire de sciences politiques*, 2^{ème} édition, Sirey, Dictionnaires Sirey, 2020, 520 p.

⁴⁹ C. NYECK, in N. KADA et M. MATHIEU (Dir.), *Dictionnaire d'administration publique*, Presses universitaires de Grenoble, 2014, 576 p.

⁵⁰ M. KOIVUSALO, « The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls », *op. cit.*

de la société civile, des médias, des entreprises et des citoyens eux-mêmes⁵¹. Cette démarche globale conduit à déplacer la responsabilité liée à la santé de la population, du secteur de la santé vers le gouvernement lui-même, en incluant tous les secteurs et les différents niveaux d'action dont il a la charge⁵². Le Comité interministériel pour la santé, en France, est d'ailleurs présidé par le Premier ministre⁵³.

28. Ce sont ces dimensions inclusives et intersectorielles qui permettent de qualifier la « santé dans toutes les politiques » d'approche « horizontale » des politiques publiques⁵⁴, par opposition à une approche verticale et segmentée, c'est-à-dire cantonnée au système de santé. Cette façon d'appréhender la question de la santé nous semble cohérente avec certains constats plus généraux sur les politiques publiques. Comme le souligne le Professeur Ost, *« il apparaît difficile de réduire les politiques publiques aux programmes d'actions propres à l'autorité à qui la responsabilité de ce secteur d'activité a été confiée. Les autorités publiques ne sont pas les seuls acteurs pertinents : une politique publique passe par un ensemble de moyens organisationnels, de structures tant publiques que privées qui interviennent à tous les niveaux, de la définition et de la production de sens à la mise en œuvre et à l'évaluation de l'action collective⁵⁵ »*.
29. Parmi les autres méthodes qui peuvent entrer dans le cadre étudié, on trouve les études d'impact en santé, qui permettent d'évaluer les effets sanitaires des projets de décisions gouvernementales. La « santé dans toutes les politiques » ne consiste pas seulement en l'évaluation des impacts sanitaires, elle les englobe⁵⁶.

⁵¹ I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, *Implementing Health in All Policies*, Adelaide, Department of Health, Government of South Australia, 2010.

⁵² H. HOFSTAD, « The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change », *op. cit.*

⁵³ Article D1411-31 du Code de la santé publique.

⁵⁴ P. FRANKLIN, « Public health within the EU policy space: a qualitative study of Organized Civil Society (OCS) and the Health in All Policies (HiAP) approach », *Public health* 2016, n° 136, p. 29-34.

⁵⁵ F. OST, in D. DE BÉCHILLON, J. CAILLOSSE, D. RENARD, *L'analyse des politiques publiques aux prises avec le droit*, *op. cit.*

⁵⁶ C. POLSKY *et al.*, « The Health in All Policies (HiAP) Approach and the Law: Preliminary Lessons from California and Chicago », *op. cit.*

§ 2) Un contexte de santé publique favorable au changement

30. La « santé dans toutes les politiques » est le fruit d'un contexte de santé publique mondial (A) favorable aux concepts qui lui sont sous-jacents et qui viennent d'être présentés. Nous verrons au cours de cette thèse comment elle est reçue dans le contexte français, lequel présente des caractéristiques (B).
31. Le Professeur de santé publique américain C.E. Winslow donna, au début du XX^{ème} siècle, une première définition de la santé publique. Selon lui, il s'agissait de « *la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie, et de promouvoir la bonne santé physique à travers l'organisation d'efforts communautaires en matière de qualité d'environnement, de contrôle des infections, d'éducation de chacun sur les principes d'hygiène, d'organisation d'un service médical et infirmier pour permettre le diagnostic précoce et le traitement préventif des maladies, ainsi qu'un développement de structures sociales qui assureront à tous un niveau de vie adéquat au maintien d'une bonne santé*⁵⁷ ». Plus succinctement, en 1952, l'OMS définit la santé publique comme la « *science et l'art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société*⁵⁸ ». Les auteurs d'un Traité de santé publique mentionné précédemment proposent quant à eux comme définition de la santé publique « *un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes*⁵⁹ ».

A) Un contexte favorable au niveau mondial

32. La création de l'OMS marque le début d'une nouvelle ère de santé publique davantage dirigée vers l'objectif d'une santé globale et non seulement centrée sur les soins médicaux (1°). Cette évolution est propice à la naissance d'une notion-clé : la promotion de la santé (2°).

⁵⁷ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, op. cit.

⁵⁸ Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, op. cit.

⁵⁹ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, op. cit.

1°) Une nouvelle ère pour la santé publique

32. Dans la première partie du XX^{ème} siècle, les suites de la première guerre mondiale conduisent à une plus grande attention portée à la santé des populations. Après la grande dépression économique, le New Deal aux Etats-Unis montre des impacts positifs sur la santé, du fait de la création d'emplois et d'une meilleure protection contre les crises. On assiste au développement des États-providences qui assurent éducation, santé, logement et protection sociale à leurs populations⁶⁰. Dans les pays industrialisés, être en bonne santé est désormais vu comme le devoir d'un bon citoyen ; l'éducation à la santé progresse, notamment auprès des mères et des enfants.
33. Après la seconde guerre mondiale, l'OMS est créée en 1948, et la même année est adoptée la Déclaration universelle des droits de l'Homme. Parallèlement, ce qu'on appelle la « médecine sociale » se développe, notamment en Amérique du sud : ce courant se fonde sur le constat que la santé a une base sociale, c'est-à-dire que l'on ne peut espérer une amélioration de la santé uniquement sur la base du progrès médical ; il faut également du progrès économique et financier permettant une hausse du niveau de vie⁶¹. Ce contexte est propice à une compréhension plus globale de la santé et donc à une approche intersectorielle pour améliorer la santé ; que l'OMS commence à promouvoir. Dans les années 1980, de nouvelles idées continuent à émerger dans le champ de la santé publique. Le directeur général de l'OMS de l'époque, Halfdan Mahler, soutenu par l'expert Joshua Cohen, poursuit une dynamique d'innovation, illustrée notamment par la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires⁶² et l'initiative « Santé pour tous » qui seront abordées dans la première partie de cette thèse. Au niveau du bureau européen de l'OMS, les directeurs Leo Kaprio and Jo Asvall créent au même moment un climat propice au développement de la promotion de la santé et de projets associés, tels que l'initiative « Villes-Santé »⁶³. De même, l'approche sanitaire et environnementale connue sous le nom de salutogenèse⁶⁴ se

⁶⁰ L. KIMMO *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, *op. cit.*

⁶¹ Développée par Rudolf VIRCHOW, la médecine sociale est apparue dans la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle et se distingue de la médecine clinique « *par la dimension politique de ses objectifs et son approche « populationnelle » de la maladie* » (P. PINELL, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie* 2009, Vol. 50, n° 2, p. 315-349).

⁶² Conférence internationale sur les soins de santé primaires, OMS et Unicef, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 1978.

⁶³ M. MITTELMARK *et al.*, *International Encyclopedia of Public Health*, 2nd edition, Academic Press, 2016, 4470 p.

⁶⁴ World Health Organization, Health in all policies, Training manual, *op. cit.*

développe. Elle se concentre sur les facteurs favorisant la santé et le bien-être, par opposition à la pathogénèse qui étudie les causes des maladies⁶⁵. Elle présente à ce titre des similitudes avec la « santé dans toutes les politiques » qui ne tardera pas à apparaître en tant que nouveau concept dans le secteur de la santé publique.

34. Au début du XXI^{ème} siècle, les objectifs du millénaire pour le développement sont adoptés : trois sur huit sont liés à la santé, et quatre sur huit sont liés à des déterminants de la santé⁶⁶. Dans le contexte de crise financière mondiale, de prise de conscience de la crise écologique et de demande mondiale croissante pour un droit effectif à la santé – notamment pour l'accès aux soins et à de bons déterminants de la santé –, la santé fait désormais partie des débats sur le commerce, la propriété intellectuelle – par exemple en ce qui concerne les médicaments⁶⁷. Après une ère centrée sur les conditions d'hygiène et le combat contre les maladies infectieuses, puis une période où l'étude de l'impact des comportements individuels sur les maladies non transmissibles et les décès prématurés s'est développée, une nouvelle ère dans le champ de la santé publique voit le jour, où la santé est appréhendée comme une dimension-clé de la qualité de vie⁶⁸. En quarante ans, les experts ont favorisé le passage d'une perspective centrée sur la santé à un modèle dynamique multidirectionnel centré sur le bien-être⁶⁹. Cependant, le manque de soutien politique et économique et le conservatisme de la profession médicale freinent ces évolutions⁷⁰. Au XXI^{ème} siècle, nul doute que la pandémie de covid-19 pousse à appréhender les questions de santé d'une façon plus large que celle des soins. Cette crise souligne la place incontournable de la question de la santé et son rapport avec les enjeux d'autres secteurs.

⁶⁵ B. LINDSTRÖM, M. ERIKSSON, « The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study », *Global Health Promotion* 2009, Vol. 16, n° 1, p. 17-28 ; voir aussi I. KICKBUSCH, « The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion », *op. cit.*

⁶⁶ L. KIMMO *et al.*, *Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies*, *op. cit.*

⁶⁷ *ibid.*

⁶⁸ I. KICKBUSCH, « The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion », *op. cit.*, et M. MITTELMARK *et al.*, *International Encyclopedia of Public Health*, *op. cit.*

⁶⁹ I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, *Implementing Health in All Policies*, *op. cit.*

⁷⁰ L. KIMMO *et al.*, *Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies*, *op. cit.*

2°) L'émergence de la promotion de la santé, élément central de la « santé dans toutes les politiques »

35. Dans les années 1970, les experts en santé publique de nombreux pays - et notamment du Canada⁷¹ - s'intéressent de plus en plus aux modes de vie et aux changements comportementaux et à leurs influences sur l'état de santé de la population. De nouvelles théories voient le jour, notamment en psychologie, et sont destinées à réduire les facteurs de risques de maladies. Il apparaît alors évident que de véritables changements structurels sont nécessaires pour améliorer la santé, d'où un intérêt grandissant pour l'influence - négative ou positive - des autres secteurs sur la santé⁷². Ces évolutions marquent le début du mouvement de promotion de la santé.
36. Ce mouvement, dont la naissance officielle a eu lieu en 1986 lors de la Conférence d'Ottawa sur la promotion de la santé – concrétisée par l'adoption de la charte du même nom⁷³, est le fruit d'une époque marquée par les mouvements sociaux des années 1960 et 1970, en particulier le mouvement féministe, le mouvement écologique, la libération religieuse, la revendication des droits des homosexuels ou de la liberté plus généralement. Le mouvement pour les droits civiques aux Etats-Unis, les oppositions en Europe de l'Est, la lutte contre l'apartheid en Afrique du Sud, mais aussi la catastrophe de Chernobyl en 1986 ont pu jouer un rôle dans ce renouveau et cette prise de conscience⁷⁴.
37. Dans les années 1980, les scientifiques qui portent cette nouvelle dynamique – médecins, sociologues, psychologues, épidémiologistes⁷⁵, etc. – extraient peu à peu l'idée d'action intersectorielle pour la santé, c'est-à-dire qu'ils mettent en avant l'intérêt de faire travailler

⁷¹ Le rapport Lalonde, publié en 1974, est un document de travail du Ministre canadien de la santé et du bien-être, devenu une référence. Il y est question du système de santé canadien mais surtout d'autres déterminants de la santé au Canada qui sont d'une importance égale ou supérieure. Les déterminants de la santé y sont présentés avec leurs dimensions biologique, environnementale, de mode de vie, et d'organisation du système de santé. Le rapport a été repris notamment par le *Center for Disease Control* aux Etats-Unis en 1977, qui a constaté qu'environ 50 % des décès prématurés sont attribuables au mode de vie, 20% sont attribuables à la biologie, 20% à l'environnement et 10% au système de soins. (W.H. McBEATH, « Health for all: A public health vision », *American Journal of Public Health* 1991, Vol. 81, n° 12).

⁷² L. KIMMO *et al.*, *Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies*, *op. cit.*

⁷³ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Canada, 1986.

⁷⁴ M. MITTELMARK *et al.*, *International Encyclopedia of Public Health*, *op. cit.*

⁷⁵ L'épidémiologie est définie comme l'« étude de la distribution et des déterminants des états ou des événements de santé dans des populations déterminées, et l'application de cette étude à la lutte contre les problèmes de santé » (Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, *op. cit.*).

plusieurs secteurs ensemble. Ils parlent alors de « politiques publiques favorables à la santé » qui permettraient d'améliorer l'impact qu'ont les politiques publiques sur la santé⁷⁶.

38. La promotion de la santé ne doit pas être confondue avec la prévention. Bien que voisins, ces concepts se distinguent. L'OMS définit la prévention uniquement par rapport à la maladie, dans la mesure où elle « *comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences*⁷⁷ » ; et la promotion de la santé comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci*⁷⁸ ». La promotion de la santé « *ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu*⁷⁹ ». Selon l'OMS, la « santé dans toutes les politiques » inclut la promotion de la santé et la prévention⁸⁰. Cela signifie que notre objet d'étude combine la volonté d'agir pour améliorer l'état de santé, et la nécessité de protéger la santé contre les risques. Certains spécialistes considèrent que la « santé dans toutes les politiques » fait partie de la promotion de la santé, et non l'inverse. À la lecture de la Charte d'Ottawa, fondatrice de la promotion de la santé, ils déduisent que la « santé dans toutes les politiques » en est une manifestation concrète⁸¹.
39. Dans les années 1990, le contexte néolibéral conduit à ce que soit privilégiée la privatisation des services et des soins de santé⁸². La tendance est aux approches ciblées, avec des actions définies plus clairement dans le temps, des financements basés sur les résultats avec des budgets suivis, ce qui est peu compatible avec des actions et des politiques intersectorielles

⁷⁶ L. KIMMO *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, *op. cit.* ; On parlait aussi à cette époque de *healthy public policies* (« politiques publiques saines ») par opposition aux politiques publiques de santé. La différence réside dans le fait que les « politiques publiques saines » ne sont pas forcément développées dans le secteur de la santé, mais aussi dans d'autres secteurs de la société. Le concept de « politiques publiques saines » vient « *en réaction à l'approche individualiste et culpabilisatrice des victimes qui est propre à la médecine curative et à l'attention excessive accordée à l'éducation à la santé* ». (A. BACIGALUPE *et al.*, « Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises? », *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010, n° 64.)

⁷⁷ Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, *op. cit.*

⁷⁸ *ibid.*

⁷⁹ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, *op. cit.*

⁸⁰ Organisation Mondiale de la Santé, Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques, 2013.

⁸¹ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, *op. cit.*

⁸² L. KIMMO *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, *op. cit.*

intégrées⁸³. La Charte d'Ottawa promeut en effet une approche holistique de la santé, « *tandis que les structures des institutions actuelles séparent l'action sur les déterminants de la santé en plusieurs secteurs ou départements*⁸⁴ ». De façon générale, il est considéré que la Charte d'Ottawa, avec ses principes de promotion de la santé bousculant « *certaines logiques institutionnelles*⁸⁵, n'a pas été prise au sérieux par les décideurs politiques, bien qu'elle ait tout de même inspiré beaucoup d'initiatives locales et associatives notamment en France⁸⁶. La réticence de groupes de pression industriels et financiers qui considéraient la promotion de la santé comme contraire à leurs intérêts économiques, mais aussi la perte de confiance en la politique dans les démocraties contemporaines, sont des éléments qui ont pu constituer des freins pour une réelle reconnaissance et mise en œuvre de la promotion de la santé.

40. De plus, la promotion de la santé fait face à des objections de taille. Considérée par certains comme un concept subversif⁸⁷, elle a été qualifiée d'« *idéologie totalitaire* » et de « *fascisme sanitaire*⁸⁸ » par le docteur Petr Skrabanek, ancien rédacteur en chef de la célèbre revue britannique *The Lancet*. Certains expliquent par ailleurs le peu d'applications concrètes de la Charte d'Ottawa par les limites conceptuelles et philosophiques de la promotion de la santé, qui souffre d'imprécision dans certains de ses concepts-clé - *empowerment*⁸⁹, *équité*⁹⁰.

B) Un contexte favorable au niveau français

41. La « santé dans toutes les politiques » a émergé dans le cadre d'un mouvement de santé publique international dont la France a bénéficié. Le choix d'étudier le cas français n'est

⁸³ *ibid.*

⁸⁴ A. BACIGALUPE *et al.*, « Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises? », *op. cit.*

⁸⁵ *ibid.*

⁸⁶ J-P. DESCHAMPS, « La Charte d'Ottawa a trente ans... », *Santé publique* 2016, Vol. 28, n° 6.

⁸⁷ *ibid.*

⁸⁸ D. FASSIN, in M-C GRANJON, *Penser avec Michel Foucault*, Karthala, Recherches internationales, 2005, 350 p. L'auteur se réfère à P. SKRABANEK, *La Fin de la médecine à visage humain*, Odile Jacob, 1995, 240 p.

⁸⁹ « Selon un rapport de l'OMS, l'empowerment est défini comme « un processus par lequel les personnes, les organisations et les communautés accroissent la maîtrise des questions qui les concernent ». L'empowerment communautaire étant un « processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie ». (<https://www.promosante-idf.fr/sinformer/textes-de-reference/concepts-cles-en-promotion-de-la-sante-definitions-et-enjeux> [consulté le 03/06/2021]).

⁹⁰ A. BACIGALUPE *et al.*, « Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises? », *op. cit.*

pas hasardeux : il résulte du constat selon lequel le secteur de la santé publique français, et *a fortiori* la classe politique, ne se sont pas approprié ce sujet. Ce n'est pas le cas dans d'autres pays. La « santé dans toutes les politiques » a en effet émergé à l'origine en Finlande, puis elle a été développée par des experts internationaux sous l'égide de l'OMS et a été intégrée dans la législation de certains États.

En France, des raisons historiques expliquent le rôle discret de l'approche « santé dans toutes les politiques » dans le paysage sanitaire, politique et institutionnel (1°) cependant, des transformations sont en cours (2°).

1°) Des raisons anciennes à l'origine d'une certaine réserve française

42. En France, si l'approche « santé dans toutes les politiques » semble encore peu mise en œuvre, c'est sans doute parce qu'il existe des difficultés méthodologiques et des particularités liées à la culture institutionnelle et à l'histoire française : la santé publique en France a pendant longtemps été le parent pauvre des politiques de santé, dans un système centré sur l'aspect curatif, et pourvu d'un ministère de la santé faible⁹¹. Les deux dimensions de l'approche « santé dans toutes les politiques », à savoir la protection contre les éléments nuisant à la santé, et la création positive d'un cadre favorable à la santé, supposent une démarche anticipative qui est à première vue peu compatible avec l'histoire française de santé publique caractérisée avant tout par une logique de réaction aux crises. Le manque d'anticipation face au covid-19 en est une illustration.

2°) Vers une nouvelle ère de santé publique française

43. Dans le milieu de la santé publique en France, la promotion de la santé est un terme relativement connu, et des références à la Charte d'Ottawa de 1986 y sont encore faites de nos jours, à tel point que l'on est tenté de penser que la France est restée à l'époque de la Charte d'Ottawa, sans tenir compte des évolutions ultérieures : en effet, peu de trace de la Déclaration d'Helsinki adoptée par les États membres de l'OMS en 2013⁹², et le terme de « santé dans toutes les politiques » est rarement utilisé dans la littérature scientifique francophone.

⁹¹ A. MORELLE, D. TABUTEAU, *La santé publique*, Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, 2017, 128 p.

⁹² Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, Helsinki, Finlande, 2013.

44. Cependant, la succession de crises sanitaires qui ont frappé la France depuis les années 1980 a poussé à un renouvellement de la politique de santé française. En 2020, la crise mondiale du covid-19 a provoqué une nouvelle et brutale prise de conscience du lien entre l'environnement, l'alimentation et la santé humaine, et conduira sans doute à des bouleversements de long terme dans le champ de la santé publique française. Déjà, le constat est fait que face à cette pandémie, « *loin de se cantonner au droit de la santé, ce mouvement [de riposte sanitaire] affecte de très nombreuses législations. Lois, ordonnances et décrets ne cessent d'être publiés au Journal officiel pour adapter la société à la lutte contre l'épidémie et aux conséquences qui en résultent. Notre pays connaît depuis mars 2020 un véritable tsunami juridique en réaction à la crise épidémique*⁹³ ».
45. La « santé dans toutes les politiques » se conçoit donc dans un contexte historique, culturel et sanitaire spécifique, tant au niveau mondial qu'au niveau français. Elle gagnerait également à être conceptualisée sur le plan juridique.

Section 2. Un objet juridiquement non identifié

46. Nous venons de souligner le fait que la « santé dans toutes les politiques » se veut être une approche innovante de la question sanitaire en impliquant l'ensemble des politiques publiques mises en œuvre. Compte tenu des objectifs qu'elle poursuit – la protection et l'amélioration de la santé et de l'équité en santé – et des outils qu'elle propose de mobiliser tels que la systématicité et la prise en compte des conséquences de chaque décision publique, ainsi que de l'intérêt que lui voue le secteur de la santé publique, nous pouvons supposer que la « santé dans toutes les politiques » est gage de progrès et d'efficacité. Or, l'épidémie de covid-19 révèle crûment le besoin d'efficacité dans la façon dont sont abordées les questions sanitaires par les pouvoirs publics. À notre sens, l'intérêt d'une analyse juridique de cet objet d'étude est double : d'une part, pour qu'elle soit effective, un cadre juridique doit porter l'intégration de la santé dans toutes les politiques ; d'autre part,

⁹³ D. TABUTEAU, « Législations et épidémies », Les Tribunes de la santé 2020, Vol. 4, n° 66.

la « santé dans toutes les politiques » a déjà fait son entrée en droit, bien que discrètement (§ 1). C'est sur le fondement de ce premier constat que l'on pourra ensuite construire l'entreprise de conceptualisation de cet objet d'étude (§ 2).

§ 1) Le constat de la juridicisation de l'objet méconnu

47. La « santé dans toutes les politiques » est l'objet d'étude ici. Or, comme elle n'est pas définie ni conceptualisée en droit, nous choisissons, en signe de prudence, de la désigner, à ce stade préliminaire, sous le terme d'« objet normatif ».
48. Il convient en premier lieu de préciser ce qui est entendu par l'adjectif « normatif ». Ce dernier désigne ce « *qui a les caractères d'une norme, d'une règle ; qui concerne les normes* », ce « *qui fixe, prescrit une norme, émet des jugements de valeur*⁹⁴ ». Le Professeur Thibierge⁹⁵ en retient différentes significations : ce peut être « *ce qui constitue ou énonce une norme* », ou « *ce qui établit des normes*⁹⁶ » ou encore « *ce qui prescrit des normes*⁹⁷ » afin de distinguer l'adjectif « normatif » - ce qui constitue une norme - de l'adjectif « normateur » - ce qui crée une norme.
49. Bien que l'objet normatif ne soit pas encore identifié précisément par la doctrine juridique (B), il a déjà une existence réelle. Il est en effet déjà entré en droit mondial de la santé sous l'impulsion de l'OMS et de ses États membres (A). C'est pourquoi nous parlons ici de juridicisation de notre objet d'étude. La juridicisation est définie dans peu de dictionnaires⁹⁸, et bien que ce terme soit utilisé par la doctrine, il est rarement

⁹⁴ Centre national de ressources textuelles et lexicales, <https://www.cnrtl.fr/definition/normatif> [consulté le 03/06/2021].

⁹⁵ C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure – Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », Archives de philosophie du droit 2008.

⁹⁶ L'auteur tire cela de A. LALANDE, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Presses universitaires de France, Dictionnaires Quadriga, 2002.

⁹⁷ L'auteur tire cela du dictionnaire *Le Robert*.

⁹⁸ Elle est absente de S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques 2020-2021*, 28^{ème} édition, Dalloz, 2020, 1150 p., et absente également de dictionnaires généralistes tels que le *Larousse 2021* ou encore du site internet du Centre national de ressources textuelles et lexicales.

défini⁹⁹. Parfois désignée comme un processus¹⁰⁰, elle peut être définie comme « *le phénomène social par lequel les rapports sociaux qui auparavant étaient réglés de manière informelle et particulière par les mœurs, la confiance, la déférence, la courtoisie, le lien familial ou le rapport (et la hiérarchie) traditionnel(le), deviennent de plus en plus organisés et signifiés par des règles formelles et dans un langage juridique*¹⁰¹ » mais est ici avant tout entendue comme l'entrée de quelque chose dans le champ juridique.

50. À cet égard, l'élargissement du champ du droit « entraîne une « *juridicisation* » croissante des conduites », ce qui pousse certains à parler d'un « *processus d'explosion juridique*¹⁰² » ; selon le Professeur Chevallier, « *le droit tend à devenir le vecteur privilégié d'encadrement et d'orientation des actions individuelles et collectives, en prenant le relais d'autres modes de régulation*¹⁰³ ». Cette tendance constatée permet de légitimer l'étude du rôle du législateur et plus largement d'autres acteurs du droit dans le cadre de la question de la « santé dans toutes les politiques ».

A) Un objet normatif entré en droit mondial de la santé et en droit de l'Union européenne

51. Joindre dans une seule et même recherche juridique des éléments aussi différents que la santé publique et le droit n'est pas une démarche hasardeuse, cela s'inscrit en cohérence avec la nature particulière du droit de la santé. Le Professeur Bélanger souligne justement que le droit de la santé présente un caractère fortement normatif mais a aussi, en partie du fait de l'influence de l'OMS, une importante nature conceptuelle¹⁰⁴. En effet, dans le cadre

⁹⁹ Par exemple, ce terme est mentionné mais non défini dans les articles suivants : C. LEQUESNE ROTH, « De l'Éthique et des Algorithmes : pour une juridicisation des enjeux », Recueil Dalloz 2020, p. 1833 ; S. TORCOL, « Du discours sur les valeurs à leur juridicisation : le défi du droit constitutionnel européen », Revue de l'Union européenne 2017, p. 596 ; P. BINCZAK, « Acte de gouvernement - Contrôle et critères », Répertoire du contentieux administratif 2006 (Avril).

¹⁰⁰ Par exemple dans l'article et l'ouvrage suivants : J. PÉLISSE, « Judiciarisation ou juridicisation ? Usages et réappropriations du droit dans les conflits du travail », Politix, 2009, Vol. 2, n° 86, p. 73-96 ; S. HENNETTE-VAUCHEZ, C. GIRARD (dir.), *La dignité de la personne humaine : recherche sur un processus de juridicisation*, Presses universitaires de France, Droit et Justice, 2005, 320 p.

¹⁰¹ L. MARTIN, M. LEBOVICI, Droit/loi, État, juridicisation, judiciarisation, in D. MERKLEN, E. TASSIN, *La diagonale des conflits : Expériences de la démocratie en Argentine et en France*, IHEAL CREDA, 2018, 350 p.

¹⁰² J. CHEVALLIER, « La régulation juridique en question », Droit et société 2001, Vol. 3, n° 49, p. 827-846.

¹⁰³ *ibid.*

¹⁰⁴ M. BÉLANGER, « Un droit mondial de la santé », Archives contemporaines, Agence universitaire de la francophonie, 2009.

de cette recherche, les concepts de prévention, de promotion de la santé et de déterminants de la santé seront récurrents.

52. Compte tenu de l'objectif de cette thèse, il conviendra de réaliser un état des lieux. Cet état des lieux permettra de mettre en lumière les points d'entrée de la « santé dans toutes les politiques » dans différents systèmes juridiques, à savoir, en premier lieu, en droit mondial de la santé et en droit de l'Union européenne. Si c'est surtout l'objet normatif français qui nous intéresse, il nous semble que celui-ci ne peut être étudié qu'à la lumière de son contexte historique et juridique. C'est de cette façon que la réception de cet objet en droit français pourra ensuite être analysée. Le droit de l'Union européenne (1°), les droits souples de différentes origines (2°) et le droit français (3°) seront donc au cœur de notre analyse.

1°) Le rôle incontournable du droit de l'Union européenne

53. Pour éclairer ce développement introductif, nous donnerons un premier élément d'illustration sur la nature de la « santé dans toutes les politiques ». L'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) prévoit qu'« *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'obligation de prendre en compte la santé comme paramètre dans les autres secteurs ne se situe pas au niveau du contenu de chaque loi, mais au niveau de « *toutes les politiques et actions de l'Union* ». L'obligation légale est ici un principe conducteur de l'action politique globale, c'est une injonction supérieure à destination des acteurs institutionnels agissant dans les différents secteurs. On distingue donc deux niveaux : dans notre exemple en droit de l'Union européenne, la « santé dans toutes les politiques » a une valeur juridique et agit à un niveau métapolitique, mais elle doit se concrétiser au niveau inférieur dans les politiques et actions elles-mêmes.
54. Nous aurons l'occasion de nous intéresser au droit primaire de l'Union européenne, c'est-à-dire à ses traités constitutifs, ainsi qu'à son droit dérivé, et plus particulièrement aux actes unilatéraux énumérés à l'article 288 TFUE : règlements, directives, décisions, avis et recommandations et parmi les actes « *atypiques*¹⁰⁵ », nous nous appuierons sur des

¹⁰⁵ M. ROSTANE, « Décision », Répertoire de droit européen 2019 (Juin) ; Eur-Lex, L'accès au droit de l'Union européenne, Les sources du droit de l'Union européenne, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=LEGISSUM%3A114534> [consulté le 16/07/2021].

communications et des recommandations des institutions européennes. Le développement comportera aussi une analyse de la jurisprudence de l'Union européenne.

2°) Le rôle incontournable des droits souples

55. Notre étude inclura aussi du droit souple, lequel fait désormais entièrement partie du paysage juridique, tant au niveau mondial – notamment en matière de santé – qu'au niveau français. Le droit souple se caractérise par le fait qu'il est « *formulé en termes d'objectifs, directives, recommandations, et misant sur la dissuasion plus que sur la répression*¹⁰⁶ ». Selon le Conseil d'État, le droit souple se définit comme « *l'ensemble des instruments réunissant trois conditions cumulatives : ils ont pour objet de modifier ou d'orienter les comportements de leurs destinataires en suscitant, dans la mesure du possible, leur adhésion ; ils ne créent pas par eux-mêmes de droits ou d'obligations pour leurs destinataires ; ils présentent, par leur contenu et leur mode d'élaboration, un degré de formalisation et de structuration qui les apparente aux règles de droit*¹⁰⁷ ». Dans ce contexte, nous le verrons, la norme puise sa légitimité notamment dans la science, qui en devient un gage de confiance¹⁰⁸. Face à cette mutation de la nature des normes juridiques, d'autres évoquent également le « *droit 2.0* » : le Professeur Dondero l'identifie comme « *un droit hybride, fonctionnant de plus en plus par standards et indicateurs, particulièrement perméable aux champs social et économique*¹⁰⁹ ». En matière de droit souple, notre étude inclura des déclarations et chartes adoptées au niveau mondial. En ce qui concerne les documents de nature politique, l'OMS a publié de nombreux travaux sur la « *santé dans toutes les politiques* » pour encourager et aider les États à la mettre en œuvre à leur niveau. Même si ces documents relèvent plutôt de l'ordre du mode d'emploi, on s'interrogera sur leur valeur normative dans la mesure où l'OMS est une des seules organisations des Nations unies à détenir un pouvoir normatif propre¹¹⁰. Des

¹⁰⁶ J. CHEVALLIER, « La régulation juridique en question », *op. cit.*

¹⁰⁷ Conseil d'État, Le droit souple, Étude annuelle 2013, Les rapports du Conseil d'État.

¹⁰⁸ Séminaire d'étude sociopolitique du droit, des sciences et des techniques, à l'Institut des sciences sociales et du politique, CNRS (UMR n° 7220), Université Paris Nanterre et École normale supérieure Paris-Saclay, sous la supervision de S. LACOUR et J. COMMAILLE, 2018. Voir aussi pour exemple : Discussion en séance publique à l'Assemblée Nationale sur la proposition de loi dite « Abeille » : « *les questions scientifiques et techniques ont de plus en plus des incidences politiques et sociétales. C'est pourquoi il importe que le Parlement en débattenne* » (propos de M. Jean-Yves LE DÉAUT, alors premier vice-président de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, tirés de : Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 23 janvier 2014, *JORF* du 24 janvier 2014).

¹⁰⁹ B. DONDERO, *Droit 2.0, Apprendre et pratiquer le droit au XXI^{ème} siècle*, LGDJ, Forum, 2015, 512 p.

¹¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé, Constitution adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19/06 au 22/07/1946, Article 21.

plans et programmes de santé publique de la Commission européenne et des plans et programmes de santé publique gouvernementaux français seront aussi inclus dans l'analyse.

56. En revanche, bien que les *nudges*¹¹¹ puisse concourir à la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques », ils seront exclus de notre analyse, car ils ne relèvent pas du droit¹¹². En effet, ils font partie de cette nouvelle « gouvernance sans véritables normes¹¹³ », de cette nouvelle vague normative extérieure qui affecte le droit et lui fait concurrence, en échappant pour l'instant à la censure juridictionnelle¹¹⁴. Le titre de l'ouvrage de référence sur les *nudges* permet déjà de saisir de quoi il s'agit : « Nudge – la méthode douce pour inspirer la bonne décision »¹¹⁵. Les *nudges* permettent d'inciter les individus « à adopter un comportement favorable à la résolution de problèmes collectifs, par exemple l'obésité, sans même y réfléchir ni avoir besoin d'en comprendre les enjeux¹¹⁶ ».

3°) Le rôle ambigu du droit français : la nécessité d'une analyse exégétique des lois concernées

57. En droit français, l'entrée et l'existence de notre objet d'étude n'est pas évidente. Préciser cette question constituera le fil conducteur de cette thèse. C'est pourquoi en ce qui concerne la France, l'analyse des textes nécessitera d'aller au-delà des termes-mêmes de la loi en procédant à une interprétation exégétique fondée notamment sur les travaux parlementaires.
58. Selon Ronald Dworkin, philosophe du droit, le droit est constructif : il vise à affirmer un principe au-dessus de la pratique afin de montrer la direction vers le chemin menant à un meilleur futur, il reflète les personnes que nous voulons être et la société que nous souhaitons avoir¹¹⁷. Suivant un raisonnement similaire, le Professeur Ost rappelle que le

¹¹¹ *Nudge* signifie en anglais « pousser du coude ». Les *nudges* sont des interventions qui « ciblent les comportements des individus pour les réorienter, insensiblement, vers des actions dont les effets sont jugés désirables » (H. BERGERON et al., *Le biais comportementaliste*, Presses de Sciences Po, Essai, 2018, 128 p.).

¹¹² Le *nudge* est une méthode de normalisation qui ne comporte pas de contrainte juridique, mais repose sur la force ou la contrainte mécanique (F. OST, *A quoi sert le droit*, Bruylant, Penser le droit, 2016, 578 p.).

¹¹³ F. OST, *A quoi sert le droit*, op. cit.

¹¹⁴ *ibid.*

¹¹⁵ Voir R. THALER, C. SUNSTEIN, *Nudge – La méthode douce pour inspirer la bonne décision*, Pocket, 2012, 480 p., et A. ALEMANN, A-L. SIBONY (dir.), *Nudge and the Law: A European Perspective*, Hart Publishing, Modern Studies in European Law, 2015, 400 p.

¹¹⁶ H. BERGERON et al., *Le biais comportementaliste*, op. cit.

¹¹⁷ R. DWORKIN, *Law's Empire*, Hart Publishing, Oxford, 1998, 488 p. Pour cet auteur, le droit a toujours un fondement moral et pas seulement un fondement social.

droit affirme parfois quelque chose qui n'est pas, mais peut dans ce cas être un instrument de changement social. Il donne pour exemple la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen adoptée en 1789, qui proclamait que les hommes sont « *nés libres et égaux en droits* » : ce n'était pas du tout le cas en réalité – les esclaves et les femmes n'avaient pas ces droits - mais cette déclaration a été un puissant levier de changement social¹¹⁸. Le Professeur de philosophie Gabrielle Radica affirme aussi qu'il peut y avoir dans la loi une dynamique destinée à faire évoluer les choses dans une direction meilleure¹¹⁹ ; auquel cas la loi est une médiation vers des valeurs à réaliser dans la société. L'idéal de meilleure santé poursuivi par l'approche « santé dans toutes les politiques » correspond tout à fait à cette vision.

59. Ronald Dworkin propose également d'autres points de vue. Il explique que l'ambition profonde du droit, la « *forme la plus pure du droit* » s'exprime à travers plusieurs conceptions, en premier lieu l'égalité – qu'il privilégie - ; mais il admet d'autres visions possibles et défendues par d'autres philosophes du droit : le droit pur est utilitariste (*utilitarian*), fonctionnel, c'est-à-dire voué à maximiser la satisfaction sans réserve des préférences individuelles¹²⁰. Selon une autre vision, la vision « communautarienne » (*communitarian*), le droit se voit purifié des droits individuels qui corrompent le sens de la communauté ; le sens de la communauté est précisément ce que cette vision défend : le seul bien est le bien commun¹²¹. Pour notre étude, ces deux dernières visions sont précisément les plus pertinentes, la première parce que la « santé dans toutes les politiques » s'insère dans un système cherchant à améliorer la condition humaine, la seconde, dans une moindre mesure, si l'on considère que la « santé dans toutes les politiques » a pour objectif la santé publique et donc collective avant tout.
60. Le droit était vu comme instrument de contrôle social¹²², mais est désormais aussi considéré comme un instrument de changement social. La « santé dans toutes les politiques » peut à notre sens entrer dans ces deux conceptions : il s'agit à priori davantage d'une dynamique

¹¹⁸ F. OST, *A quoi sert le droit*, op. cit.

¹¹⁹ G. RADICA, *La loi*, Flammarion, Corpus, 2000, 256 p. L'auteur se réfère notamment aux écrits de SAINT THOMAS.

¹²⁰ « *Maximizing the uncritical satisfaction of people's overall preferences* » (c'est nous qui traduisons), R. DWORKIN, *Law's Empire*, op.cit.

¹²¹ *ibid.*

¹²² F. OST, *A quoi sert le droit*, op. cit.

de changement social, mais une application extrême de cette approche nous ferait alors basculer davantage dans le contrôle social.

61. Le Professeur Ost, se fondant sur les propos du philosophe italien Norberto Bobbio, retient que le droit est devenu un instrument de direction sociale : ses sanctions sont devenues positives - incitatives, promotionnelles - et non plus seulement négatives ou dissuasives. On s'est éloigné en partie de l'« *ordre de contrainte* » décrit par Hans Kelsen pour désigner le droit¹²³.
62. Avec la multiplication des lois affichant des objectifs à atteindre – par exemple la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹²⁴ – le droit deviendrait maintenant une ressource pour l'action, permettant de résoudre des problèmes concrets, et utilisé pour légitimer et renforcer une position politique¹²⁵. C'est pourquoi le droit apparaît dans certains cas comme un outil de production des politiques publiques¹²⁶¹²⁷, si bien que « *le bon droit n'est plus le droit légal, mais le droit effectif, efficace et efficient*¹²⁸ ». On peut relier ce constat avec le droit à la protection de la santé qui, inscrit dans le Préambule de la Constitution de 1946, « *fait partie des droits qualifiés de droits-créances, ce qui exprime bien les implications spécifiques qu'ils peuvent avoir du point de vue de l'effectivité. Les droits de deuxième génération, par opposition aux droits-libertés de 1789, supposent, non une simple abstention de l'État, mais une intervention positive de sa part*¹²⁹ ».
63. Dans ce contexte évolutif, les interrogations du Professeur Radica paraissent essentielles. Elle pose la question du statut négatif ou positif des lois¹³⁰, sans la trancher : doivent-elles

¹²³ *ibid.*

¹²⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹²⁵ F. OST, *A quoi sert le droit*, *op. cit.*

¹²⁶ F. OST, *A quoi sert le droit*, *op. cit.* et C-A. MORAND, *Le droit néo-moderne des politiques publiques*, LGDJ, *Revue Droit et Société*, 2000, 224 p.

¹²⁷ Certains considèrent que nous sommes donc dans un contexte d'instrumentalisation du droit par le politique (J. COMMAILLE, *in* Séminaire d'étude sociopolitique du droit, des sciences et des techniques, à l'Institut des sciences sociales et du politique, CNRS (UMR n° 7220), Université Paris Nanterre et École normale supérieure Paris-Saclay, sous la supervision de S. LACOUR et J. COMMAILLE, 2018).

¹²⁸ F. OST, *A quoi sert le droit*, *op. cit.*

¹²⁹ T. GRÜNDLER, *in* V. CHAMPEIL-DESPLATS, D. LOCHAK (dir.), *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Presses universitaires de Paris Ouest, 2008, 270 p.

¹³⁰ « *La loi vise-t-elle à éduquer les hommes, à les rendre meilleurs, ou seulement à éviter les conflits ?* » G. RADICA, *La loi*, *op. cit.*

mener à une amélioration positive - éduquer, amender, rendre vertueux - ou seulement réguler les comportements et les désirs individuels pour les rendre le moins conflictuels possible ? La loi est-elle une instance de régulation négative des comportements¹³¹ ? Nous verrons qu'en ce qui concerne notre sujet, les deux réponses sont envisageables.

64. Pour le cas français, mis à part l'analyse de la législation, nous serons amenés à inclure également la jurisprudence de juridictions administratives, civiles mais aussi constitutionnelle, bien qu'il apparaisse que le juge s'est peu approprié notre question.

B) Un objet normatif ignoré par les acteurs du droit

65. Notre objet d'étude est faiblement investi par la doctrine juridique (1°) et ses enjeux juridiques pourtant pertinents - notamment pour le droit des politiques publiques actuel - semblent encore relativement peu mis en lumière (2°).

1°) Un vide doctrinal évident

66. La particularité de ce travail de recherche tient à ce que par son objet, il semble à première vue relever davantage de la science politique ou de la santé publique que du droit. C'est précisément le défi que nous avons souhaité relever ici : traduire sur le plan juridique un sujet jusqu'à présent jamais – ou très peu¹³² – appréhendé sous cet angle. Notre démarche vient du fait que l'idée d'intégrer la santé dans d'autres politiques comprend justement de nombreuses questions juridiques sous-jacentes qui méritent d'être mises en lumière. Cependant, une des difficultés rencontrées au cours de la recherche réside dans la grande majorité de documents institutionnels de valeur plus politique que juridique, et de doctrine issue de disciplines telles que la science politique, la santé publique ou l'épidémiologie, ce qui a nécessité un tri et même, souvent l'exclusion de certaines sources. De manière générale dans les ouvrages et publications abordant la « santé dans toutes les politiques »,

¹³¹ *ibid.*

¹³² Mis à part quelques articles en droit américain, notamment D. PEPIN *et al.*, « Collaborating for Health: Health in All Policies and the Law », *op.cit.*, et C. POLSKY *et al.*, « The Health in All Policies (HiAP) Approach and the Law: Preliminary Lessons from California and Chicago », *op. cit.*

Dans la doctrine juridique française, le concept est à peine effleuré, comme on le voit par exemple dans l'article de M. BLANQUET, « Compétence et ambivalence de l'Union européenne en matière de santé publique », *Revue de l'Union européenne* 2019, n° 624, où l'article 168 § 1 TFUE est mentionné mais ne se voit pas consacrer de développement spécifique.

il est surtout question de présenter des stratégies possibles pour les décideurs politiques, destinées à les aider à la mettre en œuvre¹³³. Ce qui n'a pas encore été fait à notre connaissance, du moins en France, est de déplacer le point d'observation depuis le niveau des scientifiques et des décideurs politiques, au niveau du législateur. La quantité de documents de mise en pratique consacrés à la « santé dans toutes les politiques », produits par des organisations internationales, institutions européennes et experts en santé publique du monde entier, pousse par ailleurs au constat suivant : sans cadre juridique, cette idée ne peut être qu'un vœu pieux. L'OMS s'est beaucoup intéressée à la « santé dans toutes les politiques », comme l'attestent ses modes d'emplois et feuilles de route sur sa mise en œuvre au niveau des pays, contenant toutefois peu d'éléments théoriques¹³⁴. Selon la Déclaration d'Adélaïde sur la santé dans toutes les politiques, adoptée par les États du monde entier sous l'égide de l'OMS en 2010, le cadre législatif fait partie des six outils qui sont utiles aux différents stades d'élaboration des politiques publiques, au même titre que la mise en place de comités interministériels ou d'évaluations d'impacts¹³⁵. Or, les travaux consacrés au cadre législatif nécessaire à la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques » sont rares voire inexistants, tant au niveau de l'OMS¹³⁶ qu'au niveau des États.

2°) Un vide juridique apparent

67. Le rôle du législateur et de la loi dans la « santé dans toutes les politiques » est pourtant une question importante, car le droit peut théoriquement être un frein ou un levier pour rendre cette idée effective. Comme l'écrivait Stuart Scheingold, Professeur de sciences politiques

¹³³ Par exemple, l'article américain suivant présente sept stratégies de mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques » aux niveaux fédéral, étatique et local en illustrant avec des exemples déjà mis en place : L. GASE, R. PENNOTTI, K. SMITH, « “Health in All Policies”: Taking Stock of Emerging Practices to Incorporate Health in Decision Making in the United States », *op. cit.*

¹³⁴ Par exemple, voir Panamerican Health Organization, Road Map for the Plan of Action on Health in All Policies, 2016 où il est question de sensibiliser la population concernée, d'améliorer la participation citoyenne, de conduire des analyses institutionnelles pour identifier les difficultés et les opportunités pour mettre en place la « santé dans toutes les politiques », de promouvoir la prise en compte de la « santé dans toutes les politiques » dans les discussions des partis politiques, d'organiser des mécanismes d'échanges d'expériences sur la « santé dans toutes les politiques », etc.

¹³⁵ Réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, OMS, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, Adélaïde, Australie, 2010.

¹³⁶ Le cadre législatif est parfois mentionné dans certains documents de l'OMS sur la « santé dans toutes les politiques » (par exemple : Panamerican Health Organization, Road Map for the Plan of Action on Health in All Policies, *op. cit.*) mais n'est jamais développé de façon approfondie.

aux Etats-Unis, le droit est un « *instrument politique*¹³⁷ ». Il est vrai que dans les faits, une volonté politique est souvent appuyée par une mesure législative, ne serait-ce que pour donner de la légitimité et de la force à la position du gouvernant. Cependant, certains ont souligné le « *déficit de prise en charge du droit dans l'analyse des politiques publiques*¹³⁸ ».

68. Le rapport entre droit et politique peut aussi être appréhendé autrement, en considérant la force normative¹³⁹ politique comme l'une des forces inspiratrices du droit¹⁴⁰. En effet, certains ont reconnu que les normes juridiques sont issues d'une production politique et de la traduction de rapports de force entre acteurs politiques, et qu'inversement, le droit apporte sa contribution à l'exercice de la domination politique, incarnant ainsi « *un élément constitutif du politique lui-même*¹⁴¹ ». Par conséquent, la « *dimension juridique et dimension politique sont indissociables* » et ne peuvent être envisagées l'une sans l'autre¹⁴². La réalité politique est donc une « *réalité encadrée, régie et codifiée par le droit*¹⁴³ ». C'est précisément cet encadrement juridique de l'approche qu'on appelle « *santé dans toutes les politiques* », qui constituera notre objet d'étude. L'angle d'analyse choisi semble d'autant plus nécessaire dans le contexte actuel où la place de l'argument juridique dans le débat politique prend de l'ampleur et où le droit s'affirme comme un « *dispositif d'encadrement des phénomènes politiques*¹⁴⁴ ».
69. La force de ce travail de recherche résidera donc, nous l'espérons, dans la capacité à passer de l'analyse politique à l'analyse juridique, étant donné les frontières poreuses entre ces deux disciplines.

¹³⁷ J. COMMAILLE, « Les vertus politiques du droit. Mythes et réalités », *Droit et société* 2010, Vol. 3, n° 76, p. 695-713. Cet auteur fait référence à S. SCHEINGOLD, *The Politics of Rights: Lawyers, Public Policy, and Political Change*, 2nd edition, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2004, 224 p.

¹³⁸ D. DE BÉCHILLON, J. CAILLOSSE, D. RENARD, *L'analyse des politiques publiques aux prises avec le droit*, *op. cit.*

¹³⁹ À ce propos, voir C. THIBIERGE (dir.), *La force normative, naissance d'un concept*, LGDJ, Bruylant, 2009, 883 p.

¹⁴⁰ E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs, Essai sur le droit fluide*, Mare & Martin, Libre droit, 2018, 364 p., à propos de l'ouvrage de C. THIBIERGE (dir.), *La force normative, naissance d'un concept*, *op. cit.*

¹⁴¹ J. CHEVALLIER, « Science du droit et science du politique, de l'opposition à la complémentarité », *Droit et politique* 1993, p. 251-261.

¹⁴² *ibid.*

¹⁴³ *ibid.* ; voir aussi J. COMMAILLE, selon qui le droit est un « *élément central et structurant du politique* » (J. COMMAILLE, « Les vertus politiques du droit. Mythes et réalités », *op. cit.*).

¹⁴⁴ J. CHEVALLIER, « Science du droit et science du politique, de l'opposition à la complémentarité », *op. cit.*

Le choix d'une perspective juridique pour cette thèse vise donc à apporter une valeur ajoutée au socle théorique existant sur la « santé dans toutes les politiques », jusqu'à présent en grande partie privé de cette dimension.

§ 2) La tentative de conceptualisation de l'objet méconnu

70. Dans la mesure où nous avons constaté un manque de réflexion juridique sur les enjeux qui découlent de la « santé dans toutes les politiques », nous proposons une démarche graduelle, qui commence par une conceptualisation. En droit, un concept est considéré comme abstrait et général¹⁴⁵. Ainsi, conceptualiser consiste à « élaborer un concept ou un ensemble de concepts communicables¹⁴⁶ ».
71. C'est seulement dans un second temps, après avoir étudié la « santé dans toutes les politiques » en droit mondial de la santé, en droit de l'Union européenne, puis en droit français, que nous pourrions prétendre à la fin de cette thèse, à une tentative de qualification de l'objet étudié. Rappelons que le Professeur Cornu, dans son Vocabulaire juridique, définit la qualification comme une « opération intellectuelle d'analyse juridique [...] consistant à prendre en considération l'élément qu'il s'agit de qualifier (fait brut, acte, règle, etc.) et à le faire entrer dans une catégorie juridique préexistante (d'où résulte, par rattachement, le régime juridique qui lui est applicable) en reconnaissant en lui les caractéristiques essentielles de la catégorie de rattachement », c'est une « opération de l'esprit consistant à revêtir une donnée concrète de la qualité qui détermine son régime et ses conséquences juridiques, en le rattachant, par nature, à la catégorie abstraite dont il possède les critères distinctifs¹⁴⁷ ». Dans cette entreprise de qualification nous serons aussi amenés à nous questionner sur l'appellation même de notre objet d'étude. D'autres formulations peuvent permettre de désigner la « santé dans toutes les politiques » de façon peut-être plus explicite, plus opérationnelle voire plus compréhensible d'un point de vue juridique.

¹⁴⁵ A. TUNC, « Standards juridiques et unification du droit », Revue internationale de droit comparé 1970, Vol. 22, n° 2, p. 247-261.

¹⁴⁶ Centre national de ressources textuelles et lexicales, <https://www.cnrtl.fr/definition/conceptualisation> [consulté le 03/06/2021].

¹⁴⁷ G. CORNU, *Vocabulaire juridique*, 10^{ème} édition, Presses universitaires de France, Dictionnaires Quadriga, 2014, 1100 p.

72. En outre, il a été évoqué précédemment qu'il existe une seule définition officielle de la « santé dans toutes les politiques ». Elle revêt un caractère politique et non juridique. Il s'agira donc, à la fin de ce travail de recherche, d'aboutir à des éléments de définition nouveaux et intégrant la dimension juridique, et surtout de proposer une qualification juridique de notre objet d'étude. Selon le philosophe Stefan Goltzberg, une définition, au sens aristotélicien, doit être universelle et comprendre deux éléments : un genre prochain, et une différence spécifique¹⁴⁸. Il donne pour exemple l'humain, qu'il définit comme un animal (genre prochain) rationnel (différence spécifique par rapport aux autres animaux). Il rappelle que la définition peut être le point de départ d'un raisonnement, tel que le conseillait Cicéron, mais elle est aussi remise en cause dans sa capacité à représenter tous les cas de figure : « *Toute définition est dangereuse : il est rare d'en trouver une qui ne puisse être subvertie*¹⁴⁹ ». Beaucoup d'auteurs, avec le temps, ont remis en question la vision d'Aristote, et considèrent au contraire qu'une définition ne peut pas toujours inclure toute la réalité¹⁵⁰. Nous nous fonderons sur ce dernier point pour articuler la démarche de recherche dans cette thèse, en partant d'une définition (en première partie de la thèse) pour l'éprouver avec des exemples et pour éventuellement y apporter des enrichissements ou des réserves (en seconde partie). Monsieur Goltzberg distingue deux types de définitions, en premier lieu les définitions en intension, qui comprennent une série de traits permettant de déterminer si tel objet tombe ou non sous la définition, et les définitions en extension, qui dressent la liste des éléments tombant sous la définition. Ici nous utiliserons une définition de la « santé dans toutes les politiques » en intension.
73. Pour débiter cette entreprise, il convient d'élaborer des hypothèses : nous supposons ici l'existence de plusieurs normes juridiques qui contribuent à l'intégration de la santé dans d'autres politiques (A) et nous envisageons la façon dont ces normes ont pu émerger en droit français, ce qui revient à chercher quel mécanisme est à l'origine de cette émergence (B).

¹⁴⁸ S. GOLTZBERG, *L'argumentation juridique*, 4^{ème} édition, Dalloz, Connaissance du droit, 2019, 140 p.

¹⁴⁹ L'auteur se réfère ici à JAVOLÉNUS, *Le Digeste*. (S. GOLTZBERG, *L'argumentation juridique*, op.cit.)

¹⁵⁰ S. GOLTZBERG, *L'argumentation juridique*, op.cit.

A) *L'hypothèse de normes juridiques portant la « santé dans toutes les politiques »*

74. Nous proposons d'adopter comme postulat initial que l'objet de notre étude, la « santé dans toutes les politiques » se manifeste par des normes juridiques. S'il convient d'avoir recours au pluriel pour désigner l'ensemble de normes juridiques qui seront étudiées, c'est parce que la « santé dans toutes les politiques » présente des points d'entrée multiples en droit, parmi lesquels le droit mondial de la santé, et le droit de l'Union européenne. Il convient donc d'exclure toute idée d'une norme juridique unique. Le point de départ de notre analyse est identifié dans les deux systèmes juridiques qui viennent d'être mentionnés. Notre point d'arrivée est le droit français.
75. On exclut ici l'idée de norme morale ou éthique. Cela ne signifie pas pour autant que nos supposées normes sont dépourvues de considérations morales ou éthiques, mais ces dimensions ont fait l'objet d'études d'autres auteurs dans d'autres disciplines.
76. Si norme et règle sont considérées comme synonymes par certains auteurs, par exemple pour le Professeur Amselek¹⁵¹, nous nous attacherons à l'expression de « norme » car selon le Professeur Millard celle-ci a un sens plus général que la « règle » : la norme juridique peut désigner une « *catégorie générale des prescriptions juridiques, celle qui englobe toutes les autres catégories spécifiques*¹⁵² ». Ces normes doivent être étudiées dans leur objet, leur forme (1°) ainsi que dans les personnes impliquées (2°).

1°) Un objet et une forme à déterminer

77. L'objet de la « santé dans toutes les politique » méritera d'être précisé (a) tout comme la forme juridique qu'elle revêt (b).

¹⁵¹ P. AMSELEK in D. DE BÉCHILLON, P. BRUNET, V. CHAMPEIL-DESPLATS, E. MILLARD (dir.), *L'architecture du droit, Mélanges en l'honneur de Michel Troper*, Economica, 2006, 1028 p. Il écrit notamment que les règles « *sont destinées à servir d'indicateurs du possible* ».

¹⁵² E. MILLARD, « Qu'est-ce qu'une norme juridique ? », *Cahiers du Conseil constitutionnel* 2007, n° 21.

a) Des objets convergents

78. En ce qui concerne le cas du droit français, moins évident que les cas du droit mondial de la santé et du droit de l'Union européenne, la question essentielle tiendra à l'objet de la « santé dans toutes les politiques ». Nous sommes a priori en présence d'une volonté politique qui poursuit un comportement humain déterminé¹⁵³. Dans sa Théorie générale des normes, Hans Kelsen donnait des critères pour définir et apprécier une norme¹⁵⁴. Une norme est un acte de volonté qui a un objet. Selon l'auteur, une norme peut avoir pour fonctions le commandement, la permission ou l'habilitation¹⁵⁵. Le cas de la « santé dans toutes les politiques » est particulier puisque celle-ci implique plus d'une norme. Ainsi, notre objet d'étude semble pouvoir combiner les fonctions kelséniennes. En effet, tant le commandement, la permission que l'habilitation peuvent contribuer à tendre vers le but poursuivi par la « santé dans toutes les politiques ». Les droits subjectifs liés à la santé et accordés à l'individu sont des exemples de normes qui concourent à l'objectif de l'approche étudiée.

b) Une forme plurielle : de la norme au flux normatif

79. Il conviendra aussi de s'interroger sur la forme de la « santé dans toutes les politiques » : comment se matérialise-t-elle concrètement en droit français ? La santé publique est le théâtre de la cohabitation de nombreuses normes : du droit « dur », du droit souple, des plans et programmes de santé publique, etc. Il semble incontestable que l'idée de « santé dans toutes les politiques » est portée par différentes normes juridiques, issues de différents systèmes juridiques et dotées d'une force normative¹⁵⁶ plus ou moins importante.
80. Selon Hans Kelsen, il convient de distinguer l'énoncé de la norme, de la norme elle-même¹⁵⁷. L'énoncé d'une norme correspond à la signification d'un acte de pensée¹⁵⁸ ; tandis que la norme est la signification d'un acte de volonté intentionnellement dirigé vers un certain comportement humain. Dans le cas de notre étude, le comportement humain

¹⁵³ Voir H. KELSEN, *Théorie générale des normes*, Presses universitaires de France, Léviathan, 1996, 616 p.

¹⁵⁴ *ibid.*

¹⁵⁵ *ibid.* Cependant, cette vision est fortement remise en cause par P. AMSELEK dans D. DE BÉCHILLON, P. BRUNET, V. CHAMPEIL-DESPLATS, E. MILLARD (dir.), *L'architecture du droit, Mélanges en l'honneur de Michel Troper*, *op. cit.*

¹⁵⁶ Voir à ce sujet l'ouvrage C. THIBIERGE (dir.), *La force normative, naissance d'un concept*, *op. cit.*

¹⁵⁷ H. KELSEN, *Théorie générale des normes*, *op. cit.*

¹⁵⁸ *ibid.*

poursuivi est - si l'on veut pour l'instant rester général - tout comportement agissant en faveur de la protection de la santé humaine. La difficulté vient du fait que cette norme est développée voire dissoute dans plusieurs énoncés distincts. Ces énoncés n'ont, en outre, pas forcément de lien entre eux, bien qu'ils portent tous la même idée sous-jacente. En effet, il n'y a pas de norme juridique qui consacre, en France, de façon générale, une obligation pour l'État d'intégrer la protection de la santé dans toutes les politiques publiques.

81. Cette absence de cohérence apparente mérite une étude plus approfondie. En effet, l'ensemble hypothétique de normes que nous avons évoqué poursuit en réalité la même idée conductrice. Il nous semble ainsi essentiel de tenir compte de la théorie des flux normatifs, qui sont un faisceau de normes convergeant toutes dans la même direction. Se posera ainsi la question de savoir dans quelle mesure la « santé dans toutes les politiques » en France se manifeste-t-elle plus par un flux normatif que par une norme juridique isolée. D'un point de vue quantitatif, un flux normatif peut se présenter comme « *le résultat d'un processus de production du droit en continu* » et dans un sens qualitatif, il peut apparaître comme une « *convergence normative* » générée « *par la production en continu et à grande vitesse de normes juridiques*¹⁵⁹ ». Ce serait un « *flux normatif suffisamment fort, continu et convergent [...] qui crée les normes et les principes juridiques*¹⁶⁰ ». Un flux normatif peut donc conduire à une norme ou à un principe. Cela semble cohérent avec notre hypothèse selon laquelle il n'y a pas de norme consacrant de façon générale la « santé dans toutes les politiques » en France, mais il y a un faisceau de normes de différentes natures et de différentes branches du droit allant dans ce sens, et ce faisceau - qui est peut-être un flux - est susceptible de devenir une norme au bout d'un certain temps.
82. Appréhender les flux normatifs implique de se détacher de la conception traditionnelle du droit en tant que cadre normatif rigide et pyramidal¹⁶¹. Il convient de se placer ici dans une perspective de renouvellement de la théorie du droit, dans la mesure où « *le concept de flux normatif permet d'opérer la transition d'une représentation verticale, solide et plutôt figée des ordres juridiques*

¹⁵⁹ E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs, Essai sur le droit fluide*, op. cit.

¹⁶⁰ E. NICOLAS, in C. THIBIERGE et al., *La densification normative, Découverte d'un processus*, Mare & Martin, 2014, 1204 p.

¹⁶¹ Voir notamment F. OST, M. VAN DE KERCHOVE, « De la pyramide au réseau ? Vers un nouveau mode de production du droit », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 2000, n° 44.

*vers une conception horizontale, fluide et hyper dynamique de ces derniers*¹⁶² ». Selon Monsieur Nicolas, Maître de conférences en droit privé, les flux normatifs sont « *le signe d'une adaptation du droit dans un monde qui fonctionne de plus en plus en flux*¹⁶³ ». Ils constituent « *une révolution de la technologie juridique* » dans un contexte général d'accélération du changement social¹⁶⁴, où le droit doit « *apporter une réponse économique et efficace aux demandes de l'idéologie dominante : fluidifier, faciliter l'activité sociale*¹⁶⁵ ».

83. Enfin, la question de la forme de la « santé dans toutes les politiques » conduit à s'interroger aussi sur sa mise en œuvre et au degré de contrainte qui l'accompagne. La « santé dans toutes les politiques » peut-elle être mise en œuvre de façon contraignante ou simplement de façon incitative ? En matière de santé publique, on constate une oscillation entre des méthodes coercitives et des méthodes plus incitatives, persuasives, voire uniquement informatives. La crise du covid-19 en a été un exemple patent.

Ces questions qui seront abordées au cours de cette thèse mènent naturellement vers un autre point d'interrogation : vers qui ces mesures, si diverses soient-elles, sont-elles dirigées ?

2°) Des parties prenantes à identifier

84. La « santé dans toutes les politiques » n'ayant, à notre connaissance, encore jamais fait l'objet d'une analyse juridique approfondie, il importe d'insister ici sur ses éléments fondamentaux, en particulier ses parties prenantes : dans le cadre de cette approche de la santé publique, à qui s'adresse-t-on ? Qui est concerné par la ou les normes en jeu ?
85. Selon Hans Kelsen, toute norme présuppose deux personnes : celle qui pose la norme, et celle qui en est l'adressataire ; une norme ne peut exister sans ces deux personnes¹⁶⁶. On constate que cette double condition est réunie s'agissant de la « santé dans toutes les politiques ». D'une part, l'exigence d'intégration de la santé dans d'autres secteurs vient

¹⁶² E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs, Essai sur le droit fluide*, op. cit.

¹⁶³ *ibid.*

¹⁶⁴ *ibid.*

¹⁶⁵ *ibid.*

¹⁶⁶ H. KELSEN, *Théorie générale des normes*, op. cit.

d'une volonté politique, qui dans certains cas se propage et devient la volonté des parties à un traité – comme dans le cas du TFUE, notamment dans son article 168 § 1 -, la volonté du législateur – en France, avec la loi de 1986 relative à la liberté de communication¹⁶⁷ - ou encore celle du juge – comme le montreront nos exemples tirés de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne. D'autre part, l'idée d'intégrer la santé dans les autres politiques a bien un destinataire identifié. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, il ne s'agit pas seulement de l'individu, mais surtout de l'État lui-même, garant de la protection de la santé, et, dans une autre mesure, de personnes morales publiques ou privées exerçant une mission de service public ou bien une activité économique. Il s'agit là d'une particularité de notre objet d'étude : tant l'auteur que l'adressataire de la « santé dans toutes les politiques » sont un groupe large et hétérogène de personnes – le plus souvent des personnes morales. Il s'agirait donc d'une norme (ou de normes) générale(s) et non individuelle(s), selon la classification de Kelsen¹⁶⁸.

Chacun de ces acteurs soulève des questions spécifiques : l'individu (a), l'État (b) et les personnes morales (c).

a) L'individu, cible principale de la « santé dans toutes les politiques »

86. Puisque l'on parle de la protection et de l'amélioration de la santé, on pense bien sûr en premier lieu à l'individu. Il est la cible principale de la « santé dans toutes les politiques ». Nous avons vu que chaque dimension de la vie quotidienne d'un individu peut être prise en compte pour améliorer sa santé : son régime alimentaire, son environnement urbain, son mode de transport et donc son niveau d'activité physique, son niveau de revenu, d'études ou d'éducation, la nature de son emploi, son réseau social. Différents types d'actions politiques et législatives sont possibles pour que ces éléments aient un rôle favorable sur la santé - on se place ici dans le cadre de la promotion de la santé -, ou du moins pour qu'ils n'aient pas d'effet négatif - on parle alors de prévention, ou de stratégie d'évitement des risques.

¹⁶⁷ Loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication, dont l'article 3-1 prévoit que « le Conseil supérieur de l'audiovisuel veille à ce que le développement du secteur de la communication audiovisuelle s'accompagne d'un niveau élevé de protection de l'environnement et de la santé de la population ». Cette disposition a été introduite dans cet article par la loi n° 2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement.

¹⁶⁸ H. KELSEN, *Théorie générale des normes*, op. cit.

b) L'État, débiteur de la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques »

87. La protection de la santé concerne aussi principalement le pouvoir politique : au niveau français, la protection de la santé fait partie des obligations qu'a l'État en faveur des citoyens, en vertu du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, lui-même conforté par l'article 1 de la Charte de l'environnement qui consacre le droit de chacun à vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé¹⁶⁹. En droit de l'Union européenne, l'article 168 § 1 TFUE fait de la prise en compte de la santé dans toutes les politiques une obligation pour les institutions de l'Union. De nombreux textes internationaux et nationaux affirment l'idée que l'État exerce une mission obligatoire de santé publique et doit assurer un minimum de protection sanitaire à ses ressortissants¹⁷⁰ : le rôle majeur de l'État pour l'intervention en santé publique est rappelé notamment par le préambule de la constitution de l'OMS et par la Déclaration d'Alma-Ata¹⁷¹.
88. La mission réservée à l'État apparaît d'autant plus incontournable à une époque où le droit à la santé est ressenti comme un besoin et est à ce titre, revendiqué par des citoyens ; l'État apparaît ainsi le seul à pouvoir satisfaire pleinement ce besoin¹⁷². On assiste à un phénomène paradoxal de libéralisation de la sphère privée et en même temps de volonté de régulation de cette sphère privée par l'État au nom de l'intérêt général ou de la protection des plus vulnérables¹⁷³. De façon générale, le politique reçoit en effet des « *injonctions paradoxales*¹⁷⁴ » visant à ce qu'il conjure « *les risques par des règles plus strictes et des sanctions plus sévères* », qu'il facilite « *l'action des individus en réduisant le nombre et l'intensité des normes* » et qu'il organise « *l'action collective dans un cadre flexible mais lisible*¹⁷⁵ ». Ce constat est *a fortiori* manifeste en France, où la demande sociale pour un interventionnisme étatique reste importante,

¹⁶⁹ M. PRIEUR (dir.), *Droit de l'environnement*, 8^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2019, 1394 p.

¹⁷⁰ J-M. AUBY, « La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé », *L'actualité juridique droit administratif* 1995, p. 588.

¹⁷¹ *ibid.*

¹⁷² *ibid.*

¹⁷³ F. CAPELIER, Séminaire d'étude sociopolitique du droit, des sciences et des techniques, à l'Institut des sciences sociales et du politique, CNRS (UMR n° 7220), Université Paris Nanterre et École normale supérieure Paris-Saclay, sous la supervision de S. LACOUR et J. COMMAILLE, 2018.

¹⁷⁴ Y. BLANC, « L'État survivra-t-il à la prolifération des normes ? », *Actualité juridique Collectivités Territoriales* 2014, p. 313.

¹⁷⁵ *ibid.*

notamment en matière de santé¹⁷⁶, à l'image d'un « État paternel », à l'opposé de la conception minimaliste anglo-saxonne¹⁷⁷. En matière de santé, il peut même être avancé que le rôle de l'État s'affirme¹⁷⁸, et particulièrement pendant la gestion de l'épidémie de covid-19. L'État renforce ses capacités d'action en matière de santé et se centralise, comme ses homologues étrangers, au moyen d'agences sanitaires, de la « *recomposition des administrations centrales, du rapprochement puis de la fusion des administrations déconcentrées, et de l'importation d'instruments d'action inventés à l'étranger*¹⁷⁹ ». Si l'on suppose que la « santé dans toutes les politiques » nécessite une forte participation étatique, on peut ainsi avancer l'idée que la France représente un terrain très favorable à sa mise en œuvre.

89. Néanmoins, le contexte actuel d'affaiblissement de la légitimité étatique ne peut être ignoré. En effet, après la crise des États-providences qu'ont connue les sociétés occidentales dans les années 1970¹⁸⁰, l'heure est aux « *incertitudes sur la place de l'État*¹⁸¹ » et à un « *déclin de l'autorité politique traditionnelle*¹⁸² ». Cette tendance modifie la nature du pouvoir que peut exercer l'État. Celui-ci voit faiblir sa capacité à contraindre les individus, ce qui le pousse à devoir obtenir l'adhésion plutôt qu'imposer son autorité ou sa tutelle¹⁸³. Les formes traditionnelles de pouvoirs autoritaires, hiérarchiques, verticales, évoluent en des formes davantage « *négociées, réticulaires, horizontales, consensuelles* », où l'on attend de l'action publique qu'elle soit co-construite¹⁸⁴.

¹⁷⁶ « De même que le milieu du XX^{ème} siècle avait été dominé par la quête d'une absolue sécurité routière (qui n'a pas été obtenue), le passage au XXI^{ème} siècle semble devoir être dominé par la recherche d'une absolue sécurité sanitaire, tant est violent l'intérêt que notre époque porte à la santé et à la vie » (J. CARBONNIER, Droit civil. Les obligations, Tome 4, 21^{ème} édition, Presses universitaires de France, Thémis, 1998, 625 p., cité par F. MARCHADIER, « Qualité de la santé, ordre public sanitaire et contrat », Revue de droit sanitaire et social 2014, p. 1055).

¹⁷⁷ P-L. FRIER, J. PETIT, *Précis de droit administratif*, 15^{ème} édition, LGDJ, Précis Domat, Public, 2021, 814 p. Les auteurs tirent l'expression d'« État paternel » de P. LEGENDRE, *Trésor historique de l'État en France*, L'administration classique, Fayard, 1992, 638 p.

¹⁷⁸ F. PIERRU, « Les recompositions paradoxales de l'État sanitaire français. Transnationalisation, étatisation et individualisation des politiques de santé », *Éducation et sociétés* 2012, Vol. 2, n° 30, p. 107-129.

¹⁷⁹ *ibid.*

¹⁸⁰ E. BERNHEIM, J. COMMAILLE, « Quand la justice fait système avec la remise en question de l'état social, Présentation du dossier », *Droit et société* 2012, Vol. 2, n° 81, p. 281-298.

¹⁸¹ J. COMMAILLE, « Les vertus politiques du droit. Mythes et réalités », *op. cit.*

¹⁸² J. COMMAILLE, « Code civil et nouveaux codes sociaux », in *Le Code civil, 1804-2004, Le livre du bicentenaire*, Dalloz-Litec, 2004, 718 p.

¹⁸³ *ibid.*

¹⁸⁴ *ibid.*

90. L'action de l'État en matière de santé publique peut se déployer de deux façons. D'une part, l'action publique peut être dirigée sur les environnements, à savoir les lieux de vie, de travail, les écoles, la qualité de l'air dans les villes, le bruit, etc., d'autre part elle peut opérer sur les comportements des citoyens et des acteurs économiques privés. La distinction entre l'environnement et les comportements individuels n'est pas un hasard : si tous deux affectent la santé, ils ne sont pas perçus de façon identique par la population. Il semble en effet y avoir de plus fortes attentes de la population vis-à-vis des risques perçus comme extérieurs, liés à l'environnement, que vis-à-vis des risques perçus comme acceptés, issus de choix personnels, où l'intervention de l'État peut être interprétée comme une intrusion. Ainsi, les problèmes de santé et décès causés par un produit alimentaire, bien qu'ils fassent statistiquement moins de victimes par an que la cigarette, engendrent beaucoup plus d'indignation publique que le tabac, parce que ce type d'exposition au risque est involontaire¹⁸⁵.
91. La place des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques » en France ne sera pas incluse en priorité dans notre analyse : nous avons fait le choix de privilégier une analyse chronologique de l'émergence et de la propagation de cette approche. Ainsi, l'étude approfondie du droit mondial de la santé, du droit de l'Union européenne et du droit français en la matière, sont apparues comme prioritaires par rapport à l'étude de l'échelon local. À notre sens, des recherches sur l'intégration de la santé dans les politiques locales seraient tout à fait pertinentes, mais dans la mesure où ces dernières, de façon générale, « se comprennent au sein de dispositifs plus généraux¹⁸⁶ » elles pourront faire l'objet de recherches futures.
- c) Les personnes morales de droit public et de droit privé, contributrices à la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques »
92. Enfin, de façon moins intuitive mais tout aussi significative, les personnes morales de droit privé ou public et en particulier les opérateurs économiques peuvent être la cible de mesures plus ou moins contraignantes visant à limiter leur impact négatif sur la santé, voire à

¹⁸⁵ G. WYN, « Agricultural policy, food policy, and communicable disease policy », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2012, Vol. 37, n° 6.

¹⁸⁶ P. LE GALÈS, in D. DE BÉCHILLON, J. CAILLOSSE, D. RENARD, *L'analyse des politiques publiques aux prises avec le droit*, op. cit.

améliorer celle-ci. Nous le verrons au cours de cette thèse, notamment avec des exemples issus du droit de la consommation.

93. Au terme de ces paragraphes, on peut se rapprocher des propos du Professeur Marchadier en ce qu'il prend en compte tous les acteurs que nous avons identifiés : « *L'ordre public sanitaire se renouvelle [...]. Il contraint les administrés en limitant leur liberté et s'impose à l'administration, tenue d'exercer ses prérogatives. L'intervention de l'autorité publique en matière de santé trouve ainsi un regain de légitimité. Les politiques publiques deviennent l'un des moyens de réaliser le droit à la santé. Pour la France, il existe une obligation générale de sécurité sanitaire à la charge des acteurs privés et publics*¹⁸⁷ ».

B) L'hypothèse de phénomènes normatifs à l'origine des normes juridiques portant la « santé dans toutes les politiques » en droit français

94. La réception de l'approche « santé dans toutes les politiques » en droit français est le fruit d'influences venues de l'extérieur et absorbées en interne (1°) dans un contexte de mondialisation du droit (2°).

1°) L'intégration d'influences extérieures en droit français...

95. Par « intégration » il convient d'entendre ici une intégration verticale qui concerne, comme le précise le Professeur Delmas-Marty, un espace national et un espace régional ou mondial¹⁸⁸. Cet auteur considère que l'intégration peut être regardée comme un « processus descendant » permettant d'insérer la norme internationale dans l'ordre juridique interne. Il semble que selon cet auteur, les notions d'intégration, d'incorporation et d'insertion sont proches¹⁸⁹. L'intégration d'instruments internationaux dans l'ordre juridique interne d'un État se fait soit directement par le biais du principe de primauté des traités sur la loi interne, soit indirectement à travers une incorporation législative¹⁹⁰. C'est ce second cas de figure qui nous intéressera ici ; nous devons en effet à l'évidence éliminer le premier cas de figure

¹⁸⁷ F. MARCHADIER, « Qualité de la santé, ordre public sanitaire et contrat », *op. cit.*

¹⁸⁸ M. DELMAS-MARTY, *Critique de l'intégration normative, L'apport du droit comparé à l'harmonisation des droits*, Presses Universitaires de France, Les voies du droit, 2004, 336 p.

¹⁸⁹ *ibid.*

¹⁹⁰ *ibid.*

puisque aucune disposition sur l'intégration de la « santé dans toutes les politiques » - ni dans les traités européens, ni dans le droit souple de l'OMS - ne lie les États membres. L'étude de l'évolution du droit français dans certains secteurs choisis - politique de santé, environnement, consommation - mettra en lumière une intégration progressive¹⁹¹.

2°) ...Dans un contexte de mondialisation du droit

96. Nous partons du postulat que des éléments extérieurs, en particulier le droit mondial de la santé et le droit de l'Union européenne, ont une influence sur le droit français et participent à la réception, en France, de l'approche « santé dans toutes les politiques ». Cette influence s'exerce par des mécanismes qu'il conviendra d'identifier et de discuter. Ces derniers sont variés mais semblent tous liés à la mondialisation du droit, étant entendu que « *le droit mondialisé engendre un mouvement de rapprochement des systèmes juridiques étatiques par la constitution progressive d'un socle de normes communes*¹⁹² ». Des auteurs évoquent aussi l'internationalisation du processus législatif, dans le sens où « *tout processus de réforme législative est désormais fortement inscrit dans son contexte international* », et constatent une « *pression ou contrainte de plus en plus prononcée de dispositifs juridiques ou judiciaires supra-nationaux*¹⁹³ ». La théorie des flux normatifs s'inscrit en cohérence avec ce contexte juridique, dans la mesure où les flux normatifs « *sont le produit d'une logique globale* », d'une « *pratique et [d']une représentation du monde normatif à l'ère de la globalisation*¹⁹⁴ ».
97. Ces propos introductifs nous permettent d'aboutir à la question principale qui conduira le développement de cette thèse : comment l'intégration, en droit français, de l'approche « santé dans toutes les politiques » se manifeste-t-elle ? Nous retracerons l'entrée de l'idée de « santé dans toutes les politiques » dans les ordres juridiques internationaux et de l'Union européenne et mettrons en évidence la naissance d'une norme (**Partie 1**). Puis, nous identifierons les manifestations de l'approche « santé dans toutes les politiques » en droit

¹⁹¹ Mise à part « l'intégration », la doctrine parle également de « réception » en droit interne, par exemple : C. PÉRÈS, « La réception du droit souple par les destinataires », in A-L BARTHEZ et al., *Le droit souple*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2009, 179 p.

¹⁹² G. RABU, « La mondialisation et le droit : éléments macrojuridiques de convergence des régimes juridiques », *Revue internationale de droit économique* 2008, n° 3, p. 335-356.

¹⁹³ J. COMMAILLE, « Code civil et nouveaux codes sociaux », *op. cit.*

¹⁹⁴ E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs, Essai sur le droit fluide*, *op. cit.*

français et tâcherons de démontrer qu'il s'agit d'un flux normatif en lente diffusion (**Partie 2**).

**PARTIE 1 - L'ENTRÉE DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » DANS LES ORDRES
JURIDIQUES SUPRANATIONAUX : LA DIFFICILE NAISSANCE D'UNE NORME**

**PARTIE 2 - LA DIFFUSION DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » EN DROIT FRANÇAIS :
L'ÉMERGENCE D'UN FLUX NORMATIF**

Première partie : L'entrée de la « santé dans toutes les politiques » dans les ordres juridiques supranationaux : la difficile naissance d'une norme

« La santé [...] est sans doute le premier bien et le fondement de tous les autres biens de cette vie »

R. DESCARTES, *Discours de la méthode*, Partie VI, 1637

98. Mettre en lumière la face juridique cachée de l'approche « santé dans toutes les politiques » nécessite d'étudier l'évolution de cet objet depuis sa naissance. Or, les premiers signes d'émergence se sont manifestés dans les activités de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et dans la construction de la Communauté européenne. La « supranationalité » peut s'entendre comme ce « *qui est placé au-dessus des gouvernements, des institutions nationales*¹ ». Si l'aspect difficile de la naissance d'une norme est évoqué, c'est parce que nous verrons qu'en dépit d'une forte volonté des États membres de l'OMS exprimée de façon répétée et relayée par l'OMS elle-même depuis la fin des années 1970, la première norme juridique contenant le principe d'intégration de la santé dans toutes les politiques n'a été adoptée en droit communautaire qu'en 1992. Il conviendra d'étudier la genèse de l'approche « santé dans toutes les politiques » en droit international puis en droit communautaire (**Titre 1**), puis de s'intéresser davantage à l'évolution du fondement juridique et à la mise en œuvre du principe d'intégration de la santé tel qu'il existe en droit de l'Union européenne (**Titre 2**).

TITRE 1 - UN OBJET NORMATIF EN DEVENIR DANS DES ORDRES JURIDIQUES SUPRANATIONAUX

TITRE 2 - UNE NORME DE DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE À L'EFFECTIVITÉ AMBIGUË

¹ <https://www.cnrtl.fr/definition/supranational> [consulté le 25/06/2021].

Titre 1. Un objet normatif en devenir dans des ordres juridiques supranationaux

99. Ce titre sera l'occasion de réaliser une première étape d'analyse sur les origines de l'approche « santé dans toutes les politiques », en se plaçant des points de vue de la santé publique et de l'histoire de la seconde partie du XX^{ème} siècle jusqu'à nos jours. Par l'expression rarement utilisée d'« objet normatif », la doctrine désigne parfois quelque chose de non identifié, voire un « *instrument juridique original*² ». Nous constatons chez le Professeur Simon, dans son utilisation du terme d'« objet normatif », une volonté de souligner une incertitude, une controverse, un débat, sur les plans doctrinal, jurisprudentiel ou politique³. D'autres auteurs ont recours à la notion d'« objet normatif » pour désigner la fonction d'un texte ou d'une disposition, c'est-à-dire sa vocation⁴. Nous souhaitons surtout considérer ici l'objet normatif étudié comme quelque chose qui relève, par hypothèse, du champ de la normativité, mais qui n'est pas davantage identifié, car il ne s'agit pas encore d'une norme juridique. En effet, la « santé dans toutes les politiques » a d'abord émergé en tant qu'idée, voire en tant qu'idéal politique, et non comme une norme juridique. C'est pourquoi nous la désignons comme une norme juridique « en devenir ». À propos de la naissance d'une norme, les propos du Professeur Aledo sur le « *jaillissement de la normativité* » peuvent nous éclairer ici dans la mesure où il souligne qu'à côté des sources formelles du

² D. SIMON, « Directive », Répertoire de droit européen 2018. L'auteur tient ces propos au sujet des directives européennes, dont il souligne la singularité.

³ *ibid.*

⁴ Par exemple : D. BODEN, S. FRANCO, « L'applicabilité du droit communautaire dérivé au regard des méthodes du droit international privé », *Revue critique de droit international privé*, 2006, p. 264 : « *chaque disposition de droit communautaire dérivé délimite elle-même son propre champ d'application [...] ; - cette délimitation a une portée de droit international privé [...] ; - toute disposition qui, dans le droit d'un État membre, serait contraire de quelque façon que ce soit à la substance proprement dite de ces normes de droit dérivé, à la délimitation du champ d'application qu'elles se sont donné, ou à la portée de droit international privé qu'elles exigent qu'on leur reconnaisse (autant d'aspects distincts mais inséparables d'un même objet normatif) » ;*

Groupe européen de droit international privé, « Protection des consommateurs. Rome, 15-17 septembre 2000 », *Revue critique de droit international privé* 2000, p. 929 : « *Sur la base de tels éléments, le Groupe propose d'établir une disposition portant sur l'ensemble des contrats de consommation, dont l'objet normatif serait limité à l'applicabilité de règles impératives de protection... » ;*

Code pénal, Article 111-2 : « Objet normatif de la loi ».

droit international, qui sont à l'origine de la création des normes juridiques, il y a les sources matérielles, lesquelles renvoient « *à l'ensemble fort vaste des causes politiques, morales, économiques, culturelles, sociales influant sur la formation de la norme*⁵ ». Selon cet auteur, la normativité internationale est la réunion des normes et des sources du droit international, et a pour traits essentiels le fait d'être non hiérarchisée, décentralisée, et dotée d'une puissance juridique limitée⁶.

Nous serons amenés à étudier en détails la construction de l'approche « santé dans toutes les politiques » en droit international souple (**Chapitre 1**) puis à retracer la place de la question sanitaire dans la construction du droit communautaire, au travers de l'évolution des traités fondateurs (**Chapitre 2**).

CHAPITRE 1 - UNE PREMIÈRE ÉMERGENCE EN DROIT INTERNATIONAL SOUPLE

CHAPITRE 2 - UNE ENTRÉE PROGRESSIVE EN DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE

⁵ L-A. ALEDO, *Le droit international public*, 3^{ème} édition, Dalloz, 2014, 180 p.

⁶ *ibid.*

Chapitre 1. Une première émergence en droit international souple

100. En droit international, mis à part les traités, il existe d'autres instruments tels que les actes concertés non conventionnels, les résolutions, les lignes directrices, les codes de conduite, qui sont qualifiés de droit souple mais qui n'ont pas pour autant un rôle négligeable¹. L'approche « santé dans toutes les politiques » a circulé à travers différentes disciplines et différents systèmes politiques et juridiques : de l'épidémiologie en Finlande, au droit finlandais, puis à travers les travaux de l'OMS sur le sujet, qui génèrent, ce faisant, du droit international souple. En effet, tandis que l'OMS a fortement contribué à la conception de cette approche (Section 1), ses États membres réunis en conférences annuelles ont façonné une définition politique de la « santé dans toutes les politiques » (Section 2). Compte tenu du caractère peu exploré du sujet il a semblé nécessaire d'intégrer à ce premier chapitre des parties descriptives et conceptuelles relevant du champ de la santé publique.

Section 1. La conception de la « santé dans toutes les politiques » par l'Organisation mondiale de la santé

101. À titre d'introduction de ce développement, il est intéressant de noter que la constitution de l'OMS, adoptée par la Conférence internationale de la Santé de New York en 1946, signée par les représentants de soixante-et-un États le 22 juillet 1946, intégrait déjà en son article 2 des éléments liés à la « santé dans toutes les politiques », bien que cette approche n'existât pas encore sous ce nom à l'époque. L'article 2 du texte constitutif prévoit en effet que « l'Organisation, pour atteindre son but, exerce les fonctions suivantes », parmi lesquelles on trouve en

¹ E. DECAUX, O. DE FROUVILLE, *Droit international public*, 12^{ème} édition, Dalloz, HyperCours, 2020, 684 p.

point « i » le fait de « favoriser, en coopérant au besoin avec d'autres institutions spécialisées, l'amélioration de la nutrition, du logement, de l'assainissement, des loisirs, des conditions économiques et de travail, ainsi que de tous autres facteurs de l'hygiène du milieu ».

L'OMS a joué un rôle d'architecte de la « santé dans toutes les politiques » à travers l'adoption par son assemblée, de nombreuses résolutions allant dans ce sens (§ 1) mais le manque d'affirmation du rôle de cette organisation sur le plan juridique a joué en défaveur de la reconnaissance de la « santé dans toutes les politiques » (§ 2).

§ 1) L'Assemblée mondiale de la santé émettrice de normes douces à l'origine d'une construction lente de l'approche « santé dans toutes les politiques »

102. En produisant un droit « largement déclaratoire » par le biais, notamment des résolutions de son Assemblée, l'OMS « façonne la politique sanitaire mondiale² ». Au cœur de son action dirigée vers un objectif de santé globale, l'OMS a trouvé une légitimité à ses aspirations théoriques en s'appuyant sur l'exemple et la réalisation concrète d'un de ses États membres, la Finlande (A) puis a développé ses propres concepts et les a diffusés notamment par le biais de résolutions adoptées par son assemblée (B).

A) Des fondations originaires de Finlande

103. Les innovations développées en Finlande dès les années 1970 en matière de politique de santé (1°) ont inspiré de nombreux pays ainsi que l'OMS et l'Union européenne (2°).

² M. BÉLANGER, *Introduction à un droit mondial de la santé*, Éditions des archives contemporaines, Manuels, 2009, 170 p. L'auteur fait référence au rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, 1996.

1°) Le projet de Carélie du Nord : un projet de prévention de grande ampleur tendant à des actions intersectorielles sur les modes de vie et l'environnement social et physique

104. Les racines de la « santé dans toutes les politiques » en Finlande remontent à 1972, lorsque le Conseil économique de la Finlande, un organisme présidé par le Premier Ministre, a reconnu qu'il était nécessaire de mener une politique de santé globale et de fixer des objectifs de santé spécifiques pour chacun des autres secteurs concernés, notamment celui de la sécurité routière³.

À l'origine, dans un contexte de pression publique croissante sur le sujet des maladies cardiovasculaires⁴, des représentants du comté de Carélie du Nord avaient signé une pétition adressée au gouvernement finlandais pour demander une action urgente visant à réduire les taux extrêmement élevés de ces maladies⁵.

105. C'est à la suite de ces événements qu'est né le projet de Carélie du Nord (*North Karelia project*), un programme interventionnel de prévention des maladies cardiovasculaires mis en place entre 1972 et 1977 dans le comté de Carélie du Nord, dans l'Est de la Finlande, une région essentiellement rurale avec de très hauts taux de maladies cardiovasculaires⁶. Inscrit dans la continuité du travail épidémiologique mené en Finlande depuis les années 1950⁷, le programme de Carélie du Nord reposait sur une stratégie très large combinant les soins, la prévention, l'éducation de la population à des modes de vie plus sains permettant de lutter contre les maladies cardiovasculaires, et la promotion de la santé cardiaque. L'objectif était de mettre en œuvre le programme grâce à des actions intersectorielles. Pour y parvenir, une loi de santé publique fut adoptée en 1972 (le *Finnish Primary Care Act*⁸), initiant une dynamique entre les hôpitaux, les soins primaires et la communauté⁹. En parallèle, des mesures de régulation sur le tabac et sur la composition des

³ K.C TANG *et al.*, « The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies: From Rhetoric to Action, Editorial », *Health Promotion International* 2014, Vol. 29.

⁴ P. PUSKA, S. BANSILAL, J. NARULA, « The North Karelia Project, The Spark That Ignited the Flame! », *Global Heart* 2016, Vol. 11, n° 2.

⁵ P. PUSKA *et al.*, « The North Karelia Project », *Preventive medicine* 1983, n° 12, p. 191-195.

⁶ *ibid.*

⁷ *ibid.*

⁸ Finnish Primary Care Act, 1972 (66/1972).

⁹ B. LINDSTROM, « Workshop salutogenesis and the future of health promotion and public health », *Scandinavian Journal of Public Health* 2018, Vol. 46, p. 94-98.

produits alimentaires furent mises en œuvre. Des actions de sensibilisation furent développées, notamment pour les déjeuners dans les écoles, et les médias furent mobilisés pour une communication en masse sur le projet¹⁰. Le programme incluait aussi la distribution de matériel d'éducation à la santé, la formation du personnel local et la mise en place d'un système d'information pour la gestion du programme¹¹.

106. Le projet de Carélie du Nord, tout comme l'étude de Framingham aux Etats-Unis¹², présentait à l'époque une grande innovation : la prise en compte de l'impact de l'épidémiologie sur la santé publique. Tandis que le terme même de « facteur de risque » aurait été développé au cours de l'étude de Framingham, l'équipe du projet de Carélie du Nord comprit qu'influencer les modes de vie impliquait de mener de larges interventions en Carélie du Nord : elle a ainsi appréhendé la communauté locale en tant qu'« *environnement social et physique*¹³ ». À l'époque, la prévention centrée sur la communauté locale était une réelle nouveauté pour lutter contre les maladies cardiovasculaires¹⁴.
107. Avec le lancement du projet de Carélie du Nord, la Finlande connut un changement de paradigme en passant à une approche horizontale de la gouvernance en santé. Dès 1972, le Conseil économique du gouvernement finlandais décida d'inclure les questions de santé dans ses délibérations, et l'objectif du meilleur état de santé possible pour la population fut intégré parmi les priorités de la politique publique finlandaise. En Finlande, la santé s'imposa comme un prérequis pour le bien-être du pays.
108. Après une évaluation du projet, une diminution du tabagisme, de la tension artérielle et du niveau de cholestérol furent constatées en Carélie du Nord, ajoutées à une réduction nette du risque estimé de maladies cardiaques de 17% pour les hommes et de 12% pour les femmes, entre 1972 et 1977¹⁵.

¹⁰ T. STAHL *et al.*, Health in All Policies : Prospects and potentials, Ministère finlandais des affaires sociales et de la santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2006.

¹¹ P. PUSKA *et al.*, « The North Karelia Project », *op. cit.*

¹² La *Framingham Heart study* est une étude épidémiologique de long-terme sur les maladies cardiovasculaires menée aux Etats-Unis depuis 1948.

¹³ P. PUSKA, S. BANSILAL, J. NARULA, « The North Karelia Project, The Spark That Ignited the Flame! », *op. cit.*

¹⁴ P. PUSKA, « Why Did North Karelia - Finland Work? Is it Transferrable? », *Global heart* 2016, Vol. 11, n° 4.

¹⁵ P. PUSKA *et al.*, « The North Karelia Project », *op. cit.*

2°) Les retombées du projet de Carélie du Nord en Finlande et ailleurs

109. Le projet a ensuite été étendu au reste de la Finlande, avec l'appui de l'Institut national de santé publique (*National Public Health Institute*)¹⁶. Bien que cette initiative ait été officiellement achevée vingt-cinq ans après son lancement, les politiques de prévention nationales finlandaises continuent encore aujourd'hui¹⁷.
110. Les résultats du projet de Carélie du Nord ont attiré l'attention de la communauté internationale. Le principe directeur du projet, à savoir la prévention des maladies cardiovasculaires à travers l'intervention au niveau de la communauté locale, était novateur et, bien qu'ayant attiré des critiques, a suscité l'intérêt de nombreux pays occidentaux¹⁸. Le projet de Carélie du Nord a aussi reçu le soutien logistique d'experts internationaux et de l'OMS¹⁹, dont il est devenu une figure de proue : l'OMS s'en est inspirée en premier lieu pour développer sa politique « santé pour tous », par laquelle elle a élargi son action au-delà du secteur strictement sanitaire²⁰, et plus généralement pour nombre de ses travaux sur la lutte contre les maladies cardiovasculaires, notamment pour l'élaboration de sa Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé en 2004²¹ et son Plan d'action 2013-2020 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles²².
111. Le poids du projet de Carélie du Nord fut tel que, partant d'une étude aux objectifs modestes (aider la population locale), il est considéré comme le projet qui a changé le paysage sanitaire finlandais et même, au fil du temps, celui du monde entier²³. En veut pour preuve la littérature scientifique internationale qui paraît encore à ce sujet aujourd'hui.

¹⁶ P. PUSKA, S. BANSILAL, J. NARULA, « The North Karelia Project, The Spark That Ignited the Flame! », *op. cit.*

¹⁷ P. PUSKA, « Why Did North Karelia - Finland Work? Is it Transferrable? », *op. cit.*

¹⁸ P. PUSKA *et al.*, « Contribution of the North Karelia Project to International Work in CVD and NCD Prevention and Health Promotion », *Global heart* 2016, Vol. 11, n° 2.

¹⁹ P. PUSKA *et al.*, « The North Karelia Project », *op. cit.*

²⁰ B. LINDSTROM, « Workshop salutogenesis and the future of health promotion and public health », *op. cit.*

²¹ P. PUSKA *et al.*, « Contribution of the North Karelia Project to International Work in CVD and NCD Prevention and Health Promotion », *op. cit.*

²² Dans la continuité de ce projet, la Finlande a aussi accueilli de nombreuses conférences, réunions et ateliers internationaux, souvent avec l'OMS, notamment la conférence mondiale sur l'éducation à la santé en 1992, la conférence européenne sur le tabac et la santé en 1995, la conférence mondiale sur le tabac et la santé en 2003 et la conférence mondiale sur la promotion de la santé en 2013 (*ibid*).

²³ P. PUSKA, S. BANSILAL, J. NARULA, « The North Karelia Project, The Spark That Ignited the Flame! », *op. cit.*

112. En 1986, la Finlande a adopté pour la première fois un programme national de santé fondé sur l'action intersectorielle. Dans ce cadre, des actions ont été menées notamment dans les secteurs de l'agriculture et du commerce. On retiendra par exemple la mesure de réduction des subventions agricoles pour les produits à forte teneur en gras, notamment en ce qui concerne le pourcentage de gras dans le lait. Des subventions furent mises en place pour promouvoir les fruits et légumes. Ce programme finlandais a servi de modèle aux experts internationaux qui ont élaboré le concept de politique publique favorable à la santé (*healthy public policy*)²⁴ présenté dans la Charte d'Ottawa qui sera analysée ci-après.

B) Des résolutions contribuant à la structuration et au rayonnement de la « santé dans toutes les politiques »

113. Les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé ont contribué à l'émergence de la « santé dans toutes les politiques », approche qui s'est alors démarquée de celle connue sous le nom de « santé pour tous » (1°). Ces résolutions ont certainement eu pour effet de diffuser les idées portées par l'OMS et son assemblée, puisque certains pays ont alors adopté des législations en faveur de la « santé dans toutes les politiques » (2°).

1°) De la « santé pour tous » à la « santé dans toutes les politiques »

114. L'idée de « santé dans toutes les politiques » est fortement imbriquée dans celle de promotion de la santé, qui a été développée pour servir la stratégie « santé pour tous »²⁵. En 1977, lors de la trentième Assemblée mondiale de la santé, est adoptée une résolution qui marque le commencement de la stratégie intitulée « santé pour tous », une expression consacrée encore utilisée de nos jours. Selon cette nouvelle idéologie, la santé n'est plus appréhendée comme un état mais comme un processus. La résolution de 1977 intitulée WHA30.43²⁶ affirme que la santé est un droit fondamental, mais aussi une condition essentielle à la satisfaction des besoins humains de base et de la qualité de vie ; ainsi, dès 1977 deux visions de la santé coexistent. Elle est à la fois une finalité en soi et à la fois

²⁴ I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, *Implementing Health in All Policies*, Adelaide 2010, Department of Health, Government of South Australia, 2010.

²⁵ B. HAGLUND, P. TILLGREN, « Milestones in Nordic Health Promotion research », *Scandinavian Journal of Public Health* 2018, n° 46, p. 7-19.

²⁶ World Health Organization, *Thirtieth World Health Assembly, Part 1, Resolutions and decisions*, Geneva, 2-19 May 1977.

un outil. Les États réunis en Assemblée mondiale de la santé décident à cette occasion que l'objectif principal des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être d'atteindre pour tous les habitants de la planète, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui permette à chacun de mener une vie socialement et économiquement productive. Amorçant un mouvement qui se poursuivra en 1986 avec la Charte d'Ottawa, l'Assemblée mondiale de la santé inaugure à travers la « santé pour tous » une nouvelle perspective qui présente la santé comme un processus s'opérant tout au long de la vie et non comme un état, ce qui diffère fondamentalement de la vision initiale de l'OMS²⁷. La stratégie de la santé pour tous s'inscrit en revanche en toute cohérence dans la tendance liant la santé, ses déterminants sociaux, et les inégalités en santé²⁸.

115. Lors de la même Assemblée, la résolution WHA30.51²⁹ est adoptée et reconnaît le rôle du secteur de la santé dans le développement de politiques nationales et internationales sur l'alimentation et la nutrition, en s'appuyant sur le constat que la malnutrition est un des problèmes majeurs de santé publique dans le monde. Afin de répondre à un besoin notamment de qualité et de sécurité alimentaire, les gouvernements sont appelés à donner une plus grande priorité aux questions d'alimentation et de nutrition dans les programmes de santé, développer davantage de programmes multisectoriels destinés à améliorer l'alimentation et la nutrition, etc. On constate une prise de conscience du lien entre la santé et d'autres secteurs, en l'espèce l'alimentation, ce qui est le signe d'un renforcement progressif de la vision transversale et globale de la santé.
116. Entre 1977 et 1978, de nombreuses réunions se tiennent aux niveaux international, national et régional sur le sujet des soins de santé primaires³⁰. Les soins de santé primaires sont les « *soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, accessibles à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter*³¹ ». Puis la conférence internationale sur les soins de santé primaires est organisée du 6 au

²⁷ B. LINDSTROM, « Workshop salutogenesis and the future of health promotion and public health », *op. cit.*

²⁸ I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, Implementing Health in All Policies, Adelaide 2010, *op. cit.*

²⁹ World Health Organization, Thirtieth World Health Assembly, Part 1, Resolutions and decisions, *op. cit.*

³⁰ Notamment la Réunion du comité d'experts sur les soins de santé primaires dans la région africaine, Brazzaville, 1977, la Quatrième réunion extraordinaire de Ministres des pays membres de l'Organisation panaméricaine de la santé, Washington DC, 1977, etc. (Organisation mondiale de la santé, Les soins de santé primaires, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 (Rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)).

³¹ Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, 1998.

12 septembre 1978 à Alma-Ata, capitale de la République socialiste soviétique de Kazakhie³², et débouche sur l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires³³, dans laquelle les États réaffirment l'objectif fixé en 1977 en vue d'atteindre la santé pour tous en l'an 2000.

117. En 1979, la trente-deuxième Assemblée mondiale de la santé adopte la résolution WHA32.30³⁴, par laquelle l'OMS réaffirme que l'objectif principal des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être d'atteindre pour tous les habitants de la planète, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui permette à chacun de mener une vie socialement et économiquement productive. L'Assemblée prend note des conclusions de la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et le rapport qui en est issu, lequel insiste notamment sur la nécessité pour tous les États d'assurer la mise en place d'un système de santé national et de soins de santé primaires durables en coordination avec d'autres secteurs. Au regard de toutes les résolutions adoptées lors de cette Assemblée, la collaboration intersectorielle apparaît comme faisant partie intégrante des solutions pour atteindre la santé pour tous. Les États doivent prendre les mesures nécessaires tandis que l'OMS reconnaît son rôle d'autorité coordinatrice du travail international en matière de santé, dans la mise en œuvre de la santé pour tous, en facilitant la compréhension de cette stratégie et les méthodes de développement nécessaires pour atteindre cet objectif, en fournissant des informations, du soutien pour la coopération entre pays, et de l'aide technique et managériale à tous les niveaux de mise en œuvre.
118. Le plus important est que les membres de l'Assemblée reconnaissent que la santé pour tous ne peut pas être atteinte par les seuls efforts du secteur de la santé : il faut une volonté politique nationale et la mobilisation d'autres secteurs du développement économique et social aux côtés de celui de la santé. Les politiques de santé devraient être insérées globalement parmi les politiques de développement. Ainsi, les stratégies des secteurs de la santé, du social et de l'économie peuvent se soutenir mutuellement. On voit déjà apparaître en filigrane la notion de synergie que l'on retrouvera dans la définition de la « santé dans

³² L'actuel Kazakhstan.

³³ Conférence internationale sur les soins de santé primaires, OMS et Unicef, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 1978.

³⁴ World Health Organization, Thirty-second World Health Assembly, Resolutions and decisions, Annexes, Geneva, 7-25 May 1979.

toutes les politiques » qui sera adoptée par les États membres de l'OMS en 2013. Dans ces résolutions de l'année 1979, les États se placent résolument dans une dimension à la fois curative et préventive de la santé, intégrant aussi des mesures environnementales. S'ils se focalisent évidemment sur le secteur de la santé, nécessaire pour la mise en place effective des soins de santé primaires pour tous, les États mentionnent également le rôle des autres secteurs : éducation, agriculture, alimentation et eau, protection de l'environnement, logement, industrie, etc. Le fait d'impliquer tous les secteurs, notamment au niveau gouvernemental, est évoqué maintes fois pour permettre d'atteindre la santé pour tous. Tout comme pour l'Assemblée mondiale précédente, on peut lire dès 1979 une forte conscience du lien vertueux entre santé et économie. Les solutions législatives sont très peu évoquées dans les résolutions, mais les États précisent que l'adoption de nouvelles lois peut être envisagée au niveau national pour la mise en place de la stratégie de santé pour tous.

119. En 1980, une stratégie régionale pour l'Europe en vue d'atteindre la santé pour tous est adoptée par le Bureau européen de l'OMS afin que la priorité soit davantage donnée à la promotion de la santé et à la prévention ; que les services de santé, mais aussi tous les secteurs ayant un impact sur la santé, mènent des actions positives pour préserver et améliorer la santé ; enfin que les soins de santé primaires soient l'approche privilégiée pour y parvenir³⁵. Le premier programme de l'OMS donnant des directives pour la santé pour tous en Europe est adopté en 1984 et sera révisé en 1998³⁶. Les pays de la zone Europe de l'OMS approuvent ce programme et acceptent les résolutions qui exigent qu'ils mettent en place un programme de santé pour tous au niveau national. En 1988, une douzaine de pays - la France n'en faisant pas partie - avaient mis en place une telle stratégie à leur niveau. Cela donne une idée de l'influence que peuvent avoir les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé, relayées par les travaux de l'OMS. Avec cette stratégie, l'OMS place la santé au cœur des politiques de développement et amorce un tournant révolutionnaire dans la mesure où les gouvernements sont désormais tenus responsables de l'état de santé de leur population, et non seulement de l'état du service de santé qu'ils fournissent³⁷.

³⁵ R. SALMELA, « Health policies and Health For All strategies in the Nordic countries », *Health Policy* 1991, n° 18, p. 207-218.

³⁶ I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, *Implementing Health in All Policies*, Adelaide 2010, *op. cit.*

³⁷ I. KICKBUSCH, « The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion », *American Journal of Public Health* 2003, Vol. 93, n° 3.

120. L'OMS poursuit le développement de son mouvement pour la santé pour tous en inaugurant en 1987 le mouvement Villes-Santé destiné à déployer la stratégie au niveau local³⁸. La même année, dans sa résolution WHA40.30³⁹, la quarantième Assemblée mondiale de la santé réaffirme que la santé est la responsabilité du secteur de la santé, des autres secteurs qui y sont liés, des individus et de la communauté en général. L'Assemblée pousse les États à promouvoir la responsabilité individuelle pour la santé, en incitant la population à adopter des modes de vie sains.
121. En 1988, lors de la présentation de son rapport sur le travail de l'OMS pour les années 1986 et 1987⁴⁰, le Directeur-Général de l'OMS de l'époque, le Docteur Mahler, déclare à l'Assemblée mondiale que la santé est une aspiration sociale et politique qui dépend lourdement de l'implication des plus hauts niveaux de gouvernance et de l'action coordonnée de plusieurs secteurs. Dix ans plus tard, cette idée se confirme et se précise : dans une déclaration adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé⁴¹, les États réaffirment leur engagement pour l'atteinte d'un niveau de santé le plus élevé possible envisagé comme un droit fondamental pour tous et reconnaissent une « responsabilité partagée » en matière de santé. Aucune référence n'est faite à une quelconque base juridique qui légitimerait ou clarifierait ce partage de responsabilité. D'après une étude, en 2004, quarante États sur les cinquante-deux de la zone de l'OMS Europe avaient mis en place dans leurs systèmes nationaux des politiques et stratégies pour la santé pour tous, conformément aux lignes de conduite développées par l'OMS⁴².
122. En 2009, la soixante-deuxième Assemblée mondiale de la Santé invite instamment les États membres « à tenir compte de l'équité en santé dans toutes les politiques nationales visant les déterminants sociaux de la santé », « à favoriser le dialogue et la coopération entre les secteurs concernés de sorte que la santé soit prise en considération dans les politiques publiques pertinentes et que l'action intersectorielle soit renforcée », « à contribuer à l'amélioration des conditions de vie quotidiennes qui favorisent le bien-être

³⁸ *ibid.*

³⁹ World Health Organization, Fortieth World Health Assembly, Resolutions and decisions, Annexes, Geneva, 4-15 May 1987.

⁴⁰ World Health Organization, Forty-First World Health Assembly, Verbatim records of plenary meetings, Reports of committees, Geneva, 2-13 May 1988.

⁴¹ World Health Organization, Fifty-First World Health Assembly, Resolutions and decisions, Annexes, Geneva, 11-16 May 1998.

⁴² I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, Implementing Health in All Policies, Adelaide 2010, *op. cit.*

*sanitaire et social tout au long de la vie en associant tous les partenaires intéressés, y compris la société civile et le secteur privé*⁴³ ». Parmi d'autres demandes, elle prie le Directeur Général de l'OMS « *de fournir un appui aux États Membres pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé selon une approche fondée sur la prise en compte de la santé dans toutes les politiques*⁴⁴ ».

123. Lors de sa soixante-septième réunion, en 2014, l'Assemblée mondiale de la Santé produit une résolution⁴⁵ imprégnée de l'idée d'intégrer la santé dans les autres politiques. Elle fait référence au rapport de son Secrétariat, intitulé « Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé⁴⁶ » pour exprimer sa position. Prenant pour fondements la constitution de l'OMS, la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 et la Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, « *qui préconisent la coordination, la coopération et l'action intersectorielle en faveur de la santé* », l'Assemblée s'appuie également sur un document de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulé « L'avenir que nous voulons⁴⁷ » selon lequel « *la santé est à la fois une condition préalable, le résultat et un indicateur des trois volets du développement durable* ». Ce document contient une invitation de tous les acteurs concernés à participer à une action multisectorielle concertée en vue de répondre d'urgence aux problèmes de santé de la population dans le monde. L'Assemblée mondiale de la santé fait également référence à la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et à la Stratégie et au Plan d'action mondiaux de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles, documents « *qui reconnaissent le rôle primordial des gouvernements dans la lutte contre les maladies non transmissibles et l'impérieuse nécessité pour tous les secteurs d'agir et de s'investir au lieu de n'introduire des changements que dans la politique du secteur de la santé*⁴⁸ ». Dans la droite ligne de résolutions précédemment adoptées⁴⁹,

⁴³ Organisation mondiale de la santé, Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé, WHA62.14, Point 12.5 de l'ordre du jour, 22 mai 2009.

⁴⁴ *ibid.*

⁴⁵ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, WHA67.12, Point 14.6 de l'ordre du jour, 24 mai 2014 ; et Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, Genève, 19-24 mai 2014.

⁴⁶ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Rapport du Secrétariat, Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé, Point 14.6 de l'ordre du jour provisoire, 2014.

⁴⁷ Conférence des Nations Unies sur le développement durable, L'avenir que nous voulons, A/CONF.261/L.1., Rio de Janeiro, 20-22 juin 2012.

⁴⁸ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, *op. cit.*

⁴⁹ Résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé n° WHA59.15, WHA61.19, WHA63.25, WHA63.26, WHA64.15, WHA64.24.

l'Assemblée mondiale de la santé affirme que « *le secteur de la santé joue un rôle primordial dans la collaboration avec d'autres secteurs pour assurer la qualité de l'eau potable, l'assainissement, la sécurité sanitaire des aliments, la sécurité nutritionnelle et la qualité de l'air et pour limiter l'exposition aux produits chimiques et à des niveaux de rayonnement nocifs pour la santé*⁵⁰ ». Elle pousse les États membres à prendre des dispositions, y compris des solutions sur le plan législatif, afin d'élaborer des politiques qui « *prennent en compte et tentent d'atténuer leur propre impact sur les déterminants de la santé, la protection de la santé, l'équité en santé et le fonctionnement des systèmes de santé*⁵¹ ».

124. Par cette déclaration, l'Assemblée mondiale de la santé se place en cohérence avec les chartes mondiales adoptées régulièrement en matière de promotion de la santé et de « santé dans toutes les politiques » depuis les années 1970, chartes que nous présenterons ci-après⁵². Elle se fonde sur l'idée de « santé dans toutes les politiques », et en cite la définition adoptée dans la Déclaration d'Helsinki un an auparavant⁵³. Elle souligne l'importance de synergies « *entre les objectifs des politiques du secteur de la santé et d'autres secteurs*⁵⁴ ». Le fait de mentionner le rapport de l'Assemblée générale des Nations Unies donne un poids supplémentaire à sa déclaration, dans la mesure où elle démontre ainsi que même les Nations Unies reconnaissent la notion d'action multisectorielle pour la santé.
125. Au regard de cette évolution qui s'échelonne sur plus d'une trentaine d'années, on aboutit à un double paradoxe : d'une part, l'argumentaire de l'OMS en faveur de la santé est intégralement fondé sur le fait qu'il s'agit d'un droit fondamental, bien que les nombreuses résolutions adoptées par cette organisation depuis sa création frappent par l'absence de dimension juridique – ce que l'on peut expliquer par le rôle normatif limité de l'OMS, que nous verrons prochainement. D'autre part, la « santé dans toutes les politiques » est une idée conductrice de la politique de santé internationale promue par l'OMS et donc par ses États membres ; cependant, elle reste très peu théorisée, en particulier sur le plan juridique.

⁵⁰ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, *op. cit.*

⁵¹ *ibid.*

⁵² Voir Section 2.

⁵³ Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, Helsinki, Finlande, 2013.

⁵⁴ *ibid.*

2°) L'influence des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé : les années 2000 marquées par l'adoption de plusieurs législations sur la « santé dans toutes les politiques » dans le monde

126. On observe que les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé en ce qui concerne la place de la santé dans les autres politiques publiques ont eu des retombées tardives mais concrètes : par exemple, le Québec a adopté en 2001 une loi sur la santé publique dont les articles 54 et 55 prévoient la prise en compte de la santé dans les autres politiques⁵⁵, notamment du fait d'un rôle affirmé du Ministre en charge de la santé. Ce texte permet ainsi de mener des études d'impact en santé intergouvernementales⁵⁶ et légitime la prise en compte des questions de santé dans les autres secteurs gouvernementaux⁵⁷.
127. En Suède, un texte sur la « santé dans toutes les politiques » a été adopté en 2003. Il prévoit un système coordonné par le Ministre de la Santé et les directeurs généraux des agences concernées⁵⁸. En 2007, c'est au tour de l'Australie-Méridionale d'adopter officiellement la « santé dans toutes les politiques ». Cette décision est le fruit d'une réflexion menée dans le cadre du dispositif intitulé « Les penseurs d'Adélaïde » mis en place entre 2003 et 2013 à l'initiative du Premier ministre entrant d'Australie-Méridionale, Mike Rann⁵⁹. Pendant cette période, une vingtaine d'experts internationalement reconnus, les « penseurs », sont venus à Adélaïde périodiquement. L'objectif était de faire émerger de nouvelles idées et des conseils stratégiques pour les politiques publiques d'Australie-Méridionale, en cohérence

⁵⁵ Loi sur la santé publique, 19 décembre 2001, Article 54 : « Le ministre [de la santé] est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » ;

Article 55 : « Lorsqu'un directeur de santé publique constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances [...] ».

⁵⁶ K. SHANKARDASS *et al.*, « Strengthening the implementation of Health in All Policies: a methodology for realist explanatory case studies », *Health Policy and Planning* 2015, Vol. 30, n° 4, p. 462-473.

⁵⁷ I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, *Implementing Health in All Policies*, Adelaide 2010, *op. cit.*

⁵⁸ A. PINTO *et al.*, « Economic considerations and health in all policies initiatives: evidence from interviews with key informants in Sweden, Quebec and South Australia », *BMC Public Health* 2015, n° 15.

⁵⁹ F. BAUM *et al.*, « New norms new policies: Did the Adelaide Thinkers in Residence scheme encourage new thinking about promoting well-being and Health in All Policies? », *Social Science & Medicine* 2015, Vol. 147, p. 1-9.

avec le Plan stratégique sud-australien (*South Australian Strategic Plan*)⁶⁰, afin de trouver des moyens de réduire le cloisonnement entre secteurs et les obstacles à l'innovation. La réflexion a mis en lumière certains thèmes récurrents, notamment la nécessité de mettre en œuvre une action intersectorielle et l'importance de la prévention et de la promotion du bien-être⁶¹. En 2007, l'un des penseurs, Madame Ilona Kickbusch, a formulé une recommandation concernant la « santé dans toutes les politiques », impliquant une action intersectorielle, préventive et promotrice de santé⁶². Cette proposition a été retenue par le gouvernement sud-australien. La « santé dans toutes les politiques » correspondait en effet aux objectifs généraux du gouvernement sud-australien, qui souhaitait décroisonner la politique et orienter les résultats des services publics vers la santé et l'équité⁶³. Le fait que Madame Kickbusch ait travaillé à l'OMS et en tant que conseillère de l'Union européenne en matière de santé a beaucoup contribué à ce que sa proposition sur la « santé dans toutes les politiques » ait une telle influence en Australie-Méridionale.

128. L'Australie-Méridionale a mis en œuvre la « santé dans toutes les politiques » comme un processus gouvernemental central, et non comme une approche conduite uniquement pour le secteur de la santé et imposée aux autres secteurs⁶⁴. Sur la base des recommandations de Madame Kickbusch, le Département de la santé, le Bureau central du gouvernement et le Département du Premier ministre ont testé et développé cette approche à partir de 2007. Une unité spéciale pour la « santé dans toutes les politiques » fut créée au sein du Département de la santé afin de travailler avec d'autres Départements du gouvernement d'Australie-Méridionale⁶⁵.

129. Par la suite, une conférence internationale fut co-organisée en 2010 à Adélaïde par le gouvernement d'Australie-Méridionale et l'OMS, aboutissant à l'adoption par une centaine

⁶⁰ *ibid* ; Ce plan stratégique est un plan gouvernemental contenant la vision et les objectifs de l'Australie-Méridionale, avec 100 buts quantifiables reflétant leurs priorités (https://www.orsr.sa.gov.au/infrastructure/planning_and_development/the_context, consulté le 05/05/2021).

⁶¹ F. BAUM *et al.*, « New norms new policies: Did the Adelaide Thinkers in Residence scheme encourage new thinking about promoting well-being and Health in All Policies? », *op. cit.*

⁶² *ibid.*

⁶³ F. BAUM *et al.*, « New norms new policies: Did the Adelaide Thinkers in Residence scheme encourage new thinking about promoting well-being and Health in All Policies? », *op. cit.*

⁶⁴ I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, *Implementing Health in All Policies*, Adelaide 2010, *op. cit.*

⁶⁵ T. DELANY *et al.*, « Health in All Policies in South Australia: what has supported early implementation? », *Health Promotion International* 2016, Vol. 31, n° 4.

d'experts internationaux de la Déclaration d'Adélaïde sur la « santé dans toutes les politiques »⁶⁶.

130. En 2011, la « santé dans toutes les politiques » acquiert une valeur légale en Australie-Méridionale, avec l'adoption d'une nouvelle loi de santé publique⁶⁷ rédigée avec le soutien de Madame Kickbusch⁶⁸. Cette loi impose à toutes les autorités locales de développer des plans de santé⁶⁹ et donne au Ministre de la Santé la responsabilité de travailler avec d'autres branches du gouvernement afin de promouvoir la santé⁷⁰.
131. Aujourd'hui, l'Australie poursuit sa mise en œuvre de projets innovants intégrant la santé dans d'autres politiques. Par exemple, la construction d'un second aéroport pour Sydney est en cours depuis 2016. L'idée ici est innovante : le défi est de faire d'un lieu traditionnellement considéré comme nocif pour la santé un endroit désormais promoteur et protecteur de la santé. Pour ce projet, qui prévoit l'ouverture de l'aéroport pour 2026, les impacts sanitaires ont été mesurés, à savoir les effets potentiels de la pollution de l'air et de la pollution sonore liées aux moteurs des avions, ainsi que les conséquences sur la santé et le bien-être des populations locales liées au développement urbain associé au projet⁷¹. L'objectif est de construire un aéroport répondant aux critères du développement durable, à la fois favorable à la santé et respectueux de l'environnement. La démarche n'allait pas de soi : comme l'a indiqué l'un des membres du projet, lors de leur première réunion avec les experts de l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI), ces derniers ne percevaient pas la dimension sanitaire des aéroports⁷². Avec un tel projet, l'Australie continue de jouer un rôle de précurseur en mettant en pratique la « santé dans toutes les politiques » et peut servir ainsi d'exemple à d'autres pays.

⁶⁶ Réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, OMS, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, Adélaïde, Australie, 2010.

⁶⁷ South Australian Public Health Act 2011.

⁶⁸ F. BAUM *et al.*, « New norms new policies: Did the Adelaide Thinkers in Residence scheme encourage new thinking about promoting well-being and Health in All Policies? », *op. cit.*

⁶⁹ K. LEPPÖ, *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, Ministère des affaires sociales et de la santé de Finlande, 2013, 358 p.

⁷⁰ F. BAUM *et al.*, « New norms new policies: Did the Adelaide Thinkers in Residence scheme encourage new thinking about promoting well-being and Health in All Policies? », *op. cit.*

⁷¹ S. BARMANIA, « Improving the health impacts of airports », Bulletin of the World Health Organization 2018, Vol. 96, n° 8, p. 518-519.

⁷² *ibid.*

132. Aux Etats-Unis, à partir de 2010, différents États ont adopté des lois sur la « santé dans toutes les politiques », soit de façon explicite en utilisant cette appellation, soit de façon implicite. La plupart de ces lois ont été adoptées à partir de 2016 au niveau des États fédérés mais aussi au niveau local⁷³. La création du Conseil national de prévention (*National Prevention Council*) par la Loi sur la Protection des Patients et les Soins Abordables (*Patient Protection and Affordable Care Act*) en 2010, et du Groupe de travail californien sur la « santé dans toutes les politiques » (*California Health in All Policies Task Force*), créé en 2010 aussi, ainsi que l'utilisation croissante des études d'impact en santé⁷⁴, ont contribué au développement de dispositifs de « santé dans toutes les politiques » aux Etats-Unis.
133. La Norvège développe des politiques de promotion de la santé depuis plus d'un siècle⁷⁵ et a mis en place sa première politique intersectorielle pour la santé en 1987⁷⁶. Plus récemment, la loi norvégienne de santé publique (*Public Health act*) adoptée en 2011 compte la « santé dans toutes les politiques » parmi ses cinq principes clés⁷⁷. Selon ce texte, la base pour une bonne santé réside principalement en dehors du secteur de la santé. C'est pourquoi les administrations locales tout entières, et non les seuls services de santé, sont responsables de la santé de la population⁷⁸. Ce texte de 2011 entré en vigueur en 2012 reconnaît le caractère fondamental de l'équité en santé ainsi que des déterminants sociaux de la santé. Il définit la santé comme le produit de relations complexes et dynamiques entre différents types de déterminants, tels que le comportement, les conditions physiques, biologiques et environnementales et les facteurs démographiques⁷⁹. Selon le principe de « santé dans toutes les politiques » retenu dans la loi norvégienne de 2011, la promotion de

⁷³ D. PEPIN *et al.*, « Collaborating for Health: Health in All Policies and the Law », *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 2017, Vol. 45, p. 60-64.

⁷⁴ L.N. GASE, R. PENNOTTI, K.D. SMITH, « "Health in All Policies": Taking Stock of Emerging Practices to Incorporate Health in Decision Making in the United States », *Journal of Public Health Management and Practice* 2013, Vol. 19, n° 6, p. 529-540.

⁷⁵ M. HELGESEN, « Governance of public health: Norway in a Nordic context », *Scandinavian Journal of Public Health* 2014, Vol. 42, p. 25-30.

⁷⁶ I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, *Implementing Health in All Policies*, Adelaide 2010, *op. cit.*

⁷⁷ H. HOFSTAD, « The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change », *Health Policy* 2016, n° 120, p. 567-575.

⁷⁸ *ibid.*

⁷⁹ S. HAGEN *et al.*, « Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities », *Health Promotion International* 2017, Vol. 32, n° 6, p. 977-987.

la santé est la responsabilité de tous les secteurs et implique l'évaluation systématique de l'impact sur la santé de toutes les politiques et actions⁸⁰.

§ 2) L'Organisation mondiale de la santé porteuse d'un pouvoir normatif peu utilisé ne favorisant pas le développement de l'approche « santé dans toutes les politiques »

134. Le Professeur Bélanger a montré comment certaines résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé ont pu conduire en fin de compte au même résultat que si un règlement avait été adopté⁸¹. Il donne l'exemple de l'adoption par l'OMS du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, en 1981, en tant que simple résolution. Les normes contenues dans ce code ont bien été transcrites dans les droits de certains États, notamment du Sud⁸². Si l'importance du droit souple et déclaratoire de l'OMS est à souligner au regard de l'émergence de notre objet d'étude (A), ces mesures non contraignantes ne suffisent cependant pas à en garantir la reconnaissance (B).

A) Un pouvoir normatif à l'origine d'une production importante de droit déclaratoire

135. L'OMS a une capacité juridique reconnue. La capacité juridique est « l'aptitude à acquérir des droits, compétences ou pouvoirs et à les exercer⁸³ ». Comme le rappelle Monsieur Kastler dans sa thèse⁸⁴, cette capacité juridique se décline en une capacité de droit interne⁸⁵ et une capacité de droit international.

⁸⁰ *ibid.*

⁸¹ M. BÉLANGER, *Introduction à un droit mondial de la santé*, *op. cit.*

⁸² *ibid.*

⁸³ J. SALMON, *Dictionnaire de droit international public*, 2001, Bruylant, 1200 p.

⁸⁴ F. KASTLER, *Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé*, Thèse, Université Paris Descartes, 2016.

⁸⁵ La capacité juridique de droit interne de l'OMS découle de l'article 66 du Chapitre XV de sa constitution, selon lequel « L'Organisation jouira sur le territoire de chaque État Membre de la capacité juridique nécessaire pour atteindre son but et exercer ses fonctions ». Il s'agit concrètement d'une aptitude permettant à l'OMS « d'intervenir sur le plan interne afin de prendre des mesures qui ont trait à son fonctionnement », telles que celles relatives à la répartition des compétences, aux rapports entre ses organes ou bien au statut de ses membres et agents. (F. KASTLER, *Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé*, *op. cit.*).

136. La capacité juridique de droit international de l'OMS est plus pertinente pour le sujet qui nous intéresse ici. Il s'agit d'une notion intrinsèquement liée à celle de personnalité juridique, dont l'OMS est dotée si l'on se fonde sur l'avis consultatif de la Cour internationale de justice sur la réparation des dommages subis au service des Nations unies, rendu le 11 avril 1949⁸⁶, concernant les Nations unies et pouvant être généralisé « à d'autres organisations internationales du système des Nations unies dont l'OMS⁸⁷ ». La personnalité juridique est définie comme l'« aptitude à être sujet de droit qui est reconnue de plein droit et sans distinction à tous les êtres humains (personnes physiques) et, sous certaines conditions, variables selon leur nature, aux personnes morales⁸⁸ ».
137. Alors que la personnalité juridique internationale est une qualité passive, la capacité juridique internationale est quant à elle une vertu active définie comme « l'ensemble des pouvoirs que l'ordre juridique international reconnaît ou accorde aux entités qu'il érige en personnes juridiques, qu'il s'agisse de personnes morales [...] ou de personnes physiques [...] et qui leur permet d'exercer une activité juridique sur le plan international⁸⁹ ». La capacité juridique internationale de l'OMS fait référence en particulier aux règles qu'elle a produites et qui permettent « de régir le comportement des États membres indépendamment de leur participation au fonctionnement de l'organisation par l'intermédiaire de leurs représentants, ainsi que les rapports juridiques avec les autres sujets du droit international⁹⁰ ». Cette capacité inclut des pouvoirs processuels, bien que la capacité de l'OMS en matière d'action contentieuse devant la Cour de justice internationale reste limitée⁹¹.
138. L'OMS est dotée d'une constitution, un terme impropre pour une organisation internationale du point de vue du droit constitutionnel puisqu'elle n'est pas un État. En effet, s'il n'y a en principe pas de constitution sans État, et pas d'État sans constitution⁹², les organisations internationales sont dotées d'un texte constitutif désigné comme tel. En droit

⁸⁶ Cour internationale de justice, Avis consultatif sur la réparation des dommages subis au service des Nations unies, 11 avril 1949, CIJ Rec. 1949.

⁸⁷ F. KASTLER, Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*

⁸⁸ S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques*, 27^{ème} édition, Dalloz, 2019, 1126 p.

⁸⁹ J. SALMON, *Dictionnaire de droit international public*, *op. cit.*

⁹⁰ J. DEHAUSSY, H. ASCENSIO, « Actes unilatéraux et action normative des organisations internationales », *Jurisclasseur, Droit international* 2005, fasc. 14, n° 11.

⁹¹ F. KASTLER, Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*

⁹² F. ROUVILLOIS, *Droit constitutionnel, fondements et pratiques*, Tome 1, 6^{ème} édition, Flammarion, 2017, 384 p.

international public, la constitution d'une organisation internationale est un acte constitutif qui est à la fois un accord de volontés conclu entre États souverains et, « *aux sens à la fois formel et matériel où on l'entend en droit public interne, une constitution, déterminant les droits et obligations des États liés entre eux de même qu'aux organes institués, dont il précise les pouvoirs*⁹³ ». Le traité constitutif est un acte mixte en ce qu'il est à la fois une convention multilatérale et une constitution, et c'est en tant que constitution que cet acte affirme sa spécificité par rapport aux autres traités entre États⁹⁴.

139. Par ce texte désigné comme constitution, adopté en 1946, l'OMS reçoit de la part des États signataires un mandat pour exercer plusieurs fonctions. Parmi elles, on trouve à l'article 2 k dudit texte le fait de « *proposer des conventions, accords et règlements, faire des recommandations concernant les questions internationales de santé et exécuter telles tâches pouvant être assignées de ce fait à l'Organisation et répondant à son but*⁹⁵ ». La particularité de ce texte fondateur est qu'il confie à l'OMS la capacité d'imposer des obligations aux États membres souverains⁹⁶. Lors de sa création, confier à l'OMS des pouvoirs normatifs contraignants⁹⁷ permettait d'imaginer une action plus efficace que si elle n'était compétente que pour un soutien scientifique et technique⁹⁸. Nous nous intéresserons ici au pouvoir non contraignant de l'OMS.

⁹³ P. M. DUPUY, Y. KERBRAT, *Droit international public*, 14^{ème} édition, Dalloz, 2018, 956 p.

⁹⁴ *ibid.*

⁹⁵ Organisation mondiale de la santé, Constitution adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19/06 au 22/07/1946

⁹⁶ J.P. DESCHAMPS, « Une « relecture » de la charte d'Ottawa », *Santé Publique* 2003, Vol. 15, n° 3, p. 313-325.

⁹⁷ Le pouvoir contraignant de l'OMS est prévu aux articles 19 et suivants de sa constitution et se décompose comme suit. Selon l'article 19 de la constitution de l'OMS, « *L'Assemblée de la Santé a autorité pour adopter des conventions ou accords se rapportant à toute question entrant dans la compétence de l'Organisation. [...] ces conventions ou accords [...] entreront en vigueur au regard de chaque État Membre lorsque ce dernier les aura acceptés conformément à ses règles constitutionnelles* ». L'OMS a donc un pouvoir conventionnel propre ; ce pouvoir se distingue « *du pouvoir d'adopter des conventions par le biais de conférences diplomatiques, négociées directement par les États* » (F. KASTLER, *Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé*, *op. cit.*). À ce jour, l'OMS a utilisé une seule fois son pouvoir conventionnel prévu par l'article 19, afin d'adopter la Convention-cadre pour la Lutte Antitabac en 2003. Elles aussi inhabituelles en droit international (L. O. GOSTIN *et al.*, « The normative authority of the World Health Organization », *Public Health* 2015, n° 129, p. 854-863), les dispositions de l'article 20 créent une obligation pour les États membres de rendre des comptes à l'OMS après l'adoption d'une convention ou d'un accord : « *Chaque État Membre s'engage à prendre, dans un délai de dix-huit mois après l'adoption d'une convention ou d'un accord par l'Assemblée de la Santé, les mesures en rapport avec l'acceptation de telle convention ou de tel accord [...]* ».

Selon l'article 21 de la constitution de l'OMS, l'Assemblée mondiale de la santé peut adopter des règlements sur différents sujets, par exemple une « *mesure sanitaire et de quarantaine ou toute autre procédure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre* » et « *la nomenclature concernant les maladies, les causes de décès et les méthodes d'hygiène publique* ». (Organisation mondiale de la santé, Constitution, *op. cit.*). Une obligation est donc mise en place sans l'accord exprès des États qui en sont la cible. Ces derniers doivent se signaler s'ils ne souhaitent pas être automatiquement soumis au règlement adopté (L. O. GOSTIN *et al.*, « The normative authority of the World Health Organization », *op. cit.*).

⁹⁸ L. O. GOSTIN *et al.*, « The normative authority of the World Health Organization », *op. cit.*

140. L'OMS a tendance à privilégier l'utilisation de ses compétences en droit souple : en parallèle de ses actes ayant une portée directement exécutoire⁹⁹, l'OMS a la possibilité de produire des « *normes douces* » ou des « *critères* » (*standards*) étayés par des données scientifiques et justifiées par l'éthique et les droits fondamentaux¹⁰⁰. Nous nous appuyons essentiellement sur des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé car c'est par ce biais que l'OMS a développé la « santé dans toutes les politiques ».
141. Ces productions non contraignantes ont un « *caractère proclamatoire*¹⁰¹ » mais n'en sont pas pour autant dépourvues d'influence puisque les États membres sont généralement enclins à les incorporer dans leurs législations¹⁰². Selon les Professeurs Dupuy et Kerbrat, ce type de textes peut aussi être désigné comme relevant d'une « *activité paranormative* », c'est-à-dire que ce sont des textes qui ne composent pas une catégorie juridique homogène, mais qui sont dotés « *en pratique d'une grande importance pour l'harmonisation progressive des comportements, et surtout, des législations nationales des États membres dans les domaines techniques les plus variés*¹⁰³ ». Nous parlons ici des recommandations prévues aux articles 2 et 23¹⁰⁴ de la constitution de l'OMS ainsi que des actions informelles de l'Assemblée mondiale de la santé, du Conseil exécutif ou du Secrétariat¹⁰⁵. Par ses recommandations - qui incluent les résolutions - l'Assemblée mondiale de la santé demande aux États membres d'agir « *en se conformant à une ligne de conduite qu'elle définit avec une précision souvent très relative*¹⁰⁶ ». Les recommandations représentent le mode d'action privilégié de l'OMS qui préfère ces instruments de persuasion, et leur « *fonction d'impulsion*¹⁰⁷ » à une action plus autoritaire. Faisant office d'avis, de « *références théoriques*¹⁰⁸ », elles n'obligent pas les États, mais en vertu de l'article 62 de la constitution

⁹⁹ C. EVIN, « La portée de la définition OMS de la santé », *Revue générale de droit médical* 1999, n° 1, p. 117-128.

¹⁰⁰ L. O. GOSTIN *et al.*, « The normative authority of the World Health Organization », *op. cit.*

¹⁰¹ E. MONDIELLI, « La prise en compte des normes OMS par le droit français », *Revue générale de droit médical* 1999, n° 1, p. 87-116.

¹⁰² L. O. GOSTIN *et al.*, « The normative authority of the World Health Organization », *op. cit.*

¹⁰³ P. M. DUPUY, Y. KERBRAT, *Droit international public*, *op. cit.*

¹⁰⁴ Constitution de l'OMS, *op. cit.*, Article 23 : « *L'Assemblée de la Santé a autorité pour faire des recommandations aux États Membres en ce qui concerne toute question entrant dans la compétence de l'Organisation* ».

¹⁰⁵ L. O. GOSTIN *et al.*, « The normative authority of the World Health Organization », *op. cit.*

¹⁰⁶ M. VIRALLY, « La valeur juridique des recommandations des organisations internationales », *Annuaire français de droit international* 1956, Vol. 2, p. 66-96.

¹⁰⁷ C. EVIN, « La portée de la définition OMS de la santé », *op. cit.*

¹⁰⁸ *ibid.*

de l'OMS, ces derniers doivent, de la même façon que pour les conventions et accords, rendre un rapport annuel à l'Organisation sur les mesures prises en application des recommandations. Ainsi, ces dernières peuvent bénéficier d'un « *crédit important*¹⁰⁹ ». En outre, le Professeur Virally estimait que « *le refus d'exécution d'une recommandation n'est pas juridiquement indifférent* » et produit des effets de droit dans la mesure où « *l'État qui se conforme à la recommandation qui lui est adressée doit être considéré comme remplissant les obligations qu'il avait assumées en devenant membre de l'organisation internationale* » et l'État qui refuse d'appliquer une recommandation peut « *être présumé en faute à l'égard de l'organisation, à moins qu'il ne justifie sa position par une argumentation de fait ou de droit valable*¹¹⁰ ».

142. Les recommandations ont pour caractéristique et pour force leur adaptabilité : les États ne sont pas contraints d'adopter les dispositions contenues dans le texte et peuvent les adapter à leur système juridique¹¹¹. Plus précisément, les résolutions opposent « *la relative aisance de [leur] adoption et [leur] grande souplesse d'utilisation à la lourdeur de la négociation des conventions multilatérales comme aux incertitudes pesant sur leur entrée en vigueur*¹¹² », et gagnent ainsi « *en souplesse et en rapidité* » ce qu'elles perdent en sécurité juridique¹¹³. Par ailleurs, leur teneur doit être appréciée à la lumière de ce qui suit. La réunion de l'Assemblée mondiale de la santé se tient à Genève une fois par an et réunit surtout des diplomates et moins souvent des ministres, ce qui donne une portée plus relative aux actes adoptés par l'Assemblée mondiale de la santé¹¹⁴. Cependant, l'intérêt d'avoir analysé ces résolutions est de refléter plus étroitement la voix de l'OMS *stricto sensu*, car ces résolutions sont adoptées en son nom, tandis que le développement prochain sur les chartes et déclarations mondiales portera plutôt sur la vision des assemblées d'experts internationaux réunis avec l'aide de l'OMS.

B) Un pouvoir normatif limité

143. Plusieurs facteurs contribuent à circonscrire le pouvoir d'intervention de l'OMS sur le plan juridique. À titre de remarque préliminaire, on peut déjà souligner que l'OMS pâtit en son

¹⁰⁹ C. EVIN, « La portée de la définition OMS de la santé », *op. cit.*

¹¹⁰ M. VIRALLY, « La valeur juridique des recommandations des organisations internationales », *op. cit.*

¹¹¹ C. EVIN, « La portée de la définition OMS de la santé », *op. cit.*

¹¹² P. M. DUPUY, Y. KERBRAT, *Droit international public*, *op. cit.*

¹¹³ *ibid.*

¹¹⁴ Entretien du 23 novembre 2018 avec Fernand SAUER, ancien directeur de la santé publique à la Commission européenne, ancien membre du Collège du Haut Conseil de la santé publique.

sein d'un manque chronique de personnel juridique¹¹⁵. Par ailleurs, une partie de la doctrine dénonce un déficit démocratique inhérent à l'OMS pouvant expliquer le faible investissement de l'Organisation sur le terrain des droits fondamentaux et de l'éthique¹¹⁶. Le champ de compétence théorique de l'OMS se trouve donc amputé proportionnellement à son manque de légitimité. Cela peut aussi expliquer le caractère sous-exploité du pouvoir normatif de l'OMS¹¹⁷.

144. Une autre limite à son pouvoir d'intervention est l'absence de juridiction ou de procédure effective permettant de sanctionner le non-respect par les États membres des normes produites. C'est ce que l'on peut constater avec le cas des États-Unis, qui ont manqué plus d'une fois aux obligations imposées par le traité constitutif de l'OMS¹¹⁸. Dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) adopté par l'OMS¹¹⁹, les États signataires ont une

¹¹⁵ F. KASTLER, Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*

¹¹⁶ R. VAN DE PAS, L.G. VAN SCHAIK, « Democratizing the World Health Organization », *Public Health* 2014, n° 128, p. 195-201.

¹¹⁷ L'OMS n'a utilisé son pouvoir conventionnel donné par l'article 19 de sa constitution qu'une fois et celui issu de l'article 21 à seulement deux reprises. D'autres projets de conventions sont défendus à travers le monde, pour traiter notamment de la question de la régulation de l'alcool, de la santé mondiale, et certains aimeraient en voir adoptées également sur les questions du droit à la santé, des inégalités en santé et de la promotion de la santé (S. WIBULPOLPRASERT, M. CHOWDHURY, « World Health Organization: Overhaul or Dismantle? », *American Journal of Public Health* 2016, Vol. 106, n° 11). Mais les réticences de l'OMS à avoir recours à ces deux articles font obstacle à la concrétisation de nouveaux projets de cette nature. Monsieur KASTLER a expliqué ce comportement par le champ d'application limité de l'article 21, par une formalisation laborieuse des exigences techniques, par des considérations financières ainsi que par la position réservée adoptée depuis son origine par l'OMS vis-à-vis de son rôle juridique (F. KASTLER, Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*).

Invoquant rarement le droit à la santé de façon explicite ou détaillée, l'OMS a laissé d'autres acteurs s'emparer de la question, notamment le Rapporteur spécial des Nations unies et la société civile (L. O. GOSTIN *et al.*, « The normative authority of the World Health Organization », *op. cit.*). Nombreuses sont les productions de l'OMS qui, telles le dossier publié en 1985 identifiant les cibles à atteindre pour la santé pour tous en Europe, ne proposent pas de mesure législative pour cette mise en œuvre (World Health Organization, *Targets for health for all, Targets in support of the European regional strategy for health for all*, 1985) ou alors se contentent d'encourager les gouvernements des États à adopter des mesures législatives, sans plus de précision. La régulation de l'alcool et du tabac font figure d'exception (World Health Organization Regional Office for Europe, *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for All Series*, 1999, n° 6).

Le faible investissement de la question juridique se perçoit également dans la façon dont l'OMS gère le Recueil international sur les législations en matière de santé. Selon l'article 63 de la Constitution de l'OMS, « *Chaque État Membre communique rapidement à l'Organisation les lois, règlements, rapports officiels et statistiques importants concernant la santé et publiés dans cet État* ». Afin de surveiller l'application de cette disposition, l'OMS tient à jour un Recueil international sur les législations en matière de santé (*The WHO's International Digest of Health Legislation*) qui compile des extraits et des traductions des législations sanitaires adoptées dans les différents pays. Cependant, le Recueil est loin de pouvoir prétendre à l'exhaustivité, dans la mesure où depuis 1999, l'OMS a diminué le soutien apporté à cette initiative, notamment en matière de personnel affecté et de capacité de publication (L. O. GOSTIN *et al.*, « The normative authority of the World Health Organization », *op. cit.*).

¹¹⁸ W.H. McBEATH, « Health for all: A public health vision », *American Journal of Public Health* 1991, Vol. 81, n° 12.

¹¹⁹ Deux règlements ont été adoptés par l'OMS jusqu'à présent : le règlement sur la nomenclature des maladies et causes de décès adopté par la première Assemblée mondiale de la santé en 1948 et le Règlement sanitaire

obligation de notifier à l'OMS toute situation considérée, selon des critères définis dans l'annexe 2 du RSI, comme une urgence – potentielle ou vérifiée - de santé publique à portée internationale. Il n'y a pas de sanction spécifique prévue en cas de violation de cette obligation de notification, et comme en a conclu Monsieur Kastler au vu de l'article 56 du RSI portant sur les modes de règlement des différends entre États concernant l'interprétation ou l'application du Règlement, « *le mécanisme potentiel de sanction en cas de manquement à l'obligation de notification est soumis au consentement des parties au litige. Cette condition rend très improbable la constatation d'une violation par un tribunal arbitral*¹²⁰ ». En ce qui concerne la Convention-cadre anti-tabac, aucun mécanisme de sanction n'est prévu en cas de non-application de la convention par les États parties¹²¹.

145. S'il est déjà difficile de veiller à l'application de ces deux normes contraignantes, il est *a fortiori* délicat d'en faire de même pour les productions de l'OMS non dotées de caractère contraignant. Par exemple, bien que l'on ait pu noter une bonne adhérence des États membres à la stratégie Santé pour tous de l'OMS, certains ont pu se montrer moins enclins à la suivre, à commencer par la France. Le manque d'autonomie financière et l'érosion de la légitimité de l'OMS ont pu contribuer à la limitation de l'effectivité de son pouvoir normatif¹²².
146. Néanmoins, il existe une cohérence dans les résolutions adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé présentées ici : à la manière d'un flux, de façon récurrente dans le temps, elles mènent peu à peu les États membres de l'OMS vers des idéaux politiques et des objectifs pratiques favorables à une prise en compte globale et transversale des questions de santé dans les politiques publiques. Malgré les limites inhérentes à ces textes dotés d'une faible portée juridique, des résultats peuvent donc être observés tant au niveau des objectifs adoptés et promus par l'OMS, qu'au niveau de la législation de certains États membres.

international (RSI), adopté en 1951 et révisé en 2005 (C. EVIN, « La portée de la définition OMS de la santé », *op. cit.*, p. 117-128 ; F. KASTLER, Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*)

¹²⁰ F. KASTLER, Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé, *op. cit.*

¹²¹ *ibid.*

¹²² À partir de 1984, les coupes budgétaires imposées à l'OMS par les principaux États donateurs ont affecté sa capacité d'action et cette tendance restrictive s'est confirmée en 1993. Avec les années, la situation de l'OMS en tant qu'organisation ayant un faible contrôle sur son budget et de ce fait une autonomie limitée est devenue structurelle (R. VAN DE PAS, L. G. VAN SCHAIK, « Democratizing the World Health Organization », *op. cit.*).

Section 2. La définition de la « santé dans toutes les politiques » par les États membres de l'Organisation mondiale de la santé réunis en conférences

147. Ce développement a pour objectif de démontrer que la définition de la « santé dans toutes les politiques » adoptée par des experts de nombreux pays lors de la huitième conférence mondiale sur la promotion de la santé à Helsinki en 2013 est l'aboutissement de quarante années de réflexion menée à travers les réunions mondiales sur la promotion de la santé. La définition de la « santé dans toutes les politiques » adoptée en 2013 à cette occasion est la suivante : « *La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé*¹²³ ».
148. Cette définition s'est profilée au fur et à mesure qu'une nébuleuse de textes internationaux de nature variée furent adoptés. Avant son adoption en 2013, nombre des composants de cette définition étaient déjà reconnus dans les déclarations et chartes adoptées lors d'événement internationaux organisés avec le soutien de l'OMS. Ces textes adoptés entre 1978 et 2013 seront analysés ici. Il s'agit de documents adoptés par des États membres de l'OMS réunis en conférences d'experts et de décideurs politiques dans le cadre des conférences mondiales pour la promotion de la santé ou de réunions internationales dédiées à une question en particulier et co-organisées par l'OMS. Quelques autres documents intitulés « appel à l'action » ou « recommandations » ont été intégrés à cette analyse car ils ont adopté une forme et une démarche similaire et sont donc éclairants pour notre étude. En ce qui concerne le corpus étudié ici, il inclut des textes issus de conférences et de réunions

¹²³ Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, *op. cit.*

internationales ayant eu lieu en tout dans cinq pays d'Europe¹²⁴, un pays d'Océanie¹²⁵, cinq pays d'Asie¹²⁶, trois pays d'Amérique du Nord et du Sud¹²⁷, et un pays d'Afrique¹²⁸. Par exemple, la première conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui a eu lieu à Ottawa en 1986, a été organisée par l'OMS, le Ministère canadien de la Santé et du Bien-être social et l'Association canadienne de santé publique¹²⁹.

149. Il convient de préciser que l'on se trouve ici dans le cadre d'accords adoptés directement par les États membres de l'OMS lors de conférences diplomatiques et non dans le cadre du pouvoir conventionnel propre de cette organisation internationale.
- En premier lieu, sera présenté le cheminement de la pensée collective qui s'est échelonné sur presque un demi-siècle et qui a abouti à une véritable définition de l'approche « santé dans toutes les politiques » (§ 1) puis les limites de la portée de cette définition seront mises en lumière (§ 2).

§ 1) La définition de la « santé dans toutes les politiques » donnée par la Déclaration d'Helsinki : la synthèse de quarante années de réflexion au niveau mondial

150. Nous devons faire une profonde analyse de la définition de notre objet d'étude adoptée par les États membres de l'OMS en 2013, ainsi qu'une étude des origines de cette définition, afin de pouvoir ensuite analyser le droit de l'Union européenne dans les chapitres suivants, et surtout le droit français dans la seconde partie de cette thèse. Nous verrons en effet, d'une part, que la « santé dans toutes les politiques » a fait son entrée en droit communautaire

¹²⁴ Allemagne, Suisse, Suède, Slovénie, Finlande.

¹²⁵ Australie.

¹²⁶ Ex-URSS (Kazakhstan), Lettonie, Indonésie, Thaïlande et Russie.

¹²⁷ Canada, Mexique et Brésil.

¹²⁸ Kenya.

¹²⁹ Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>, [consulté le 15/11/2019].

parallèlement au développement de cette approche par l'OMS, et que d'autre part le droit français s'est emparé de certains concepts de santé publique qui seront récurrents dans ce présent chapitre, par exemple la promotion de la santé.

151. En premier lieu, il conviendra d'identifier les différentes composantes de la définition adoptée en 2013, dont le premier est le terme « santé ». Pour rappel, la santé est définie par la constitution de l'OMS, où il est affirmé que « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».
152. L'idée de « santé pour tous » développée par l'OMS en 1977 a laissé une forte empreinte dans les échanges internationaux sur la santé, et presque toutes les déclarations et chartes qui seront présentées ici mentionnent cet objectif¹³⁰. Il semble d'ailleurs que l'exhaustivité exprimée dans « pour tous » se soit répercutée dans l'expression de « santé dans toutes les politiques ».
153. Comme l'ont affirmé les experts internationaux à Helsinki en 2013, « *la santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques*¹³¹ ». Le choix du terme « approche », dépourvu de substance juridique, se comprend au regard de la timidité de l'OMS décrite précédemment vis-à-vis du pouvoir normatif mis à sa disposition. Nous verrons au fil de cette thèse que cela n'a pas pour autant freiné la propagation de cette approche en droit. La « santé dans toutes les politiques » est avant tout une approche intersectorielle (A) et sa définition adoptée en 2013 offre un cahier des charges succinct mais très précis (B) pour la mettre en œuvre.

A) L'intersectorialité au cœur de la définition de la « santé dans toutes les politiques »

154. Avant de s'intéresser plus attentivement à la notion d'intersectorialité (2°), il convient d'en expliquer les origines (1°).

¹³⁰ Les textes suivants mentionnent la santé pour tous : Alma Ata, Ottawa, Adélaïde, Riga, Geneva, Francfort-sur-le-Main, Sundsvall, Ljubjana, Jakarta, Mexico, Bangkok, Rio.

¹³¹ Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, *op. cit.*

1°) Le développement de la notion d'intersectorialité

155. La dimension intersectorielle de la santé fait l'objet d'une reconnaissance dès la Déclaration d'Alma-Ata. Ce texte a été adopté le 12 septembre 1978¹³² par la conférence internationale sur les soins de santé primaires, organisée par l'OMS et l'UNICEF. Il est encore considéré de nos jours comme un texte fondateur en matière de santé au niveau mondial¹³³ car c'est l'une des premières fois où les gouvernements reconnaissent leur responsabilité vis-à-vis de la santé de la population et que la santé acquiert une dimension politique¹³⁴.
156. La notion d'intersectorialité est introduite par le biais des soins de santé primaires, problématique au cœur de la conférence de 1978. Ces derniers « *font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs*¹³⁵ ». Les membres de la conférence internationale sur les soins de santé primaires reconnaissent ainsi que « *la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé* » est un prérequis pour accéder au niveau de santé le plus élevé possible¹³⁶.
157. L'introduction de la notion de soins de santé primaires par la Déclaration d'Alma-Ata n'a toutefois pas été dépourvue d'ambiguïté. En effet, on peut trouver dans son article 6, deux conceptions distinctes des soins de santé primaires¹³⁷. Il peut s'agir soit d'un premier niveau de soins, soit d'une approche globale du système de santé¹³⁸. Cette dernière approche sera remise en cause par certains, qui l'ont considérée comme utopique¹³⁹. Si l'opposition entre ces deux types d'approches perdure encore aujourd'hui au niveau de l'OMS, le rapport de 2008 de l'OMS sur la santé dans le monde apporte des précisions sur l'évolution du concept

¹³² Conférence internationale sur les soins de santé primaires, OMS et Unicef, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, *op. cit.*

¹³³ S. WIBULPOLPRASERT, M. CHOWDHURY, « World Health Organization: Overhaul or Dismantle? », *op. cit.* : « *The 1978 Alma Ata Declaration is still considered the Magna Carta for health* ».

¹³⁴ A. MIDHA, M. SULLIVAN, « The need to redefine the practice of health promotion in the United Kingdom », *Health Policy* 1998, n° 44, p. 19-30.

¹³⁵ Conférence internationale sur les soins de santé primaires, OMS et Unicef, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, *op. cit.*

¹³⁶ *ibid.*

¹³⁷ A. CRISMER, J-L. BELCHE, J-L. VAN DER VENNET, « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », *Santé Publique* 2016, Vol. 28, n° 3, p. 375-379.

¹³⁸ *ibid.*

¹³⁹ *ibid.*

des soins de santé primaire depuis 1978 : ils sont caractérisés par le centrage sur la personne et par « *la justice sociale, l'équité, l'accès universel aux soins, la participation des communautés et les approches multi et intersectorielles de la santé*¹⁴⁰ ».

158. L'intersectorialité est aussi liée à la promotion de la santé. Moins de dix ans après la Déclaration d'Alma-Ata, la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, adoptée le 21 novembre 1986 par la première conférence mondiale pour la promotion de la santé, défend, elle aussi, l'importance de l'implication de nombreux secteurs pour la santé : « *Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias*¹⁴¹ ».

159. C'est à l'occasion de cette première conférence mondiale dédiée que la promotion de la santé acquiert une reconnaissance internationale. Certains spécialistes estiment que la Charte d'Ottawa est le document qui a le mieux saisi l'esprit de la « *troisième révolution de santé publique* » en faisant de la santé une ressource pour la vie et en amorçant le passage de la prévention des maladies au développement des compétences en santé¹⁴².

Aux fondements de l'intersectorialité, se trouve la notion de promotion de la santé, consacrée à partir de 1986, et fondée sur une perspective élargie de la santé (a) ainsi que sur le concept de déterminants de la santé (b).

a) Une vision positive et inclusive de la santé

160. Sans donner de définition concise de son concept-phare, la Charte d'Ottawa décrit longuement les caractéristiques de la promotion de la santé. Cette dernière « *a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc*

¹⁴⁰ *ibid.*

¹⁴¹ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Canada, 1986.

¹⁴² I. KICKBUSCH, « The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion », *op. cit.*

perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques¹⁴³ ».

161. Dans un contexte mondial favorable à l'avancée de la santé publique, la Charte d'Ottawa prend appui sur la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, sur « *les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé¹⁴⁴* ». Le périmètre de la promotion de la santé est d'emblée défini très largement, puisque celle-ci « *va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux¹⁴⁵* ». Galvanisés par la nouvelle dynamique qu'ils enclenchent lors de cette conférence pionnière, les signataires de la Charte d'Ottawa embrassent une vision globale, voire conquérante de la promotion de la santé, laquelle « *ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu¹⁴⁶* ».
162. La Charte d'Ottawa reflète un consensus et même un mouvement social qui a pu rassembler des professionnels, des chercheurs et des membres de la société civile. Comme l'analyse le Professeur de santé publique Eric Breton, « *Le mouvement de la promotion de la santé cherchait à poser un nouveau cadre dans lequel seraient pensés les problèmes, solutions et priorités à donner pour l'action publique afin d'améliorer la santé des populations¹⁴⁷* ». De plus, « *la Charte d'Ottawa avait aussi pour projet de révolutionner la pratique et les stratégies en santé publique. Pour ses tenants, il ne s'agissait pas d'ajouter « une corde à l'arc » de ce champ mais plutôt d'offrir à la santé publique un nouveau programme d'action qui s'inscrirait dans une nouvelle phase historique au même titre que l'ont été l'hygiénisme du XIX^{ème} siècle et la révolution pasteurienne¹⁴⁸* ».
163. La Charte d'Ottawa a le mérite de fournir de nombreuses précisions sur la promotion de la santé ; elle en détaille le squelette et les organes vitaux. On y trouve, comme raisonnement principal, l'idée que la santé « *exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables* ».

¹⁴³ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, *op. cit.*

¹⁴⁴ *ibid.*

¹⁴⁵ *ibid.*

¹⁴⁶ *ibid.*

¹⁴⁷ E. BRETON, « La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? », Santé Publique 2016, Vol. 28, n° 6, p. 721-727.

¹⁴⁸ *ibid.*

L'individu doit pouvoir « *notamment se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable*¹⁴⁹ ».

164. Cette conception élargie de la santé, fidèle à la définition de l'OMS, irrigue l'ensemble de la Charte d'Ottawa et alimente chacun de ses axes. Elle justifie la nécessité d'impliquer, « *à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental*¹⁵⁰ ». L'on notera pour exemple que l'acquisition d'aptitudes individuelles permettant de « *faire face à tous les stades de [la] vie* » et de « *se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques* » suppose des efforts dans les milieux scolaire, familial, professionnel et communautaire, et l'investissement de nombreux acteurs tels que « *des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes*¹⁵¹ ». L'importance de la nature multidimensionnelle et intersectorielle de la promotion de la santé se mesure au nombre de phrases ponctuant la Charte et tendant toutes vers le même message : « *La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments*¹⁵² ». La promotion de la santé intervient dans tous ces contextes.
165. Ce vaste périmètre ainsi défini n'empêche pas la promotion de la santé de bénéficier d'un élargissement de son champ d'application lors de la quatrième conférence mondiale sur la promotion de la santé, tenue à Jakarta en Indonésie en 1997. C'est la première de ces conférences à s'être déroulée dans un pays en développement et à avoir associé le secteur privé à la promotion de la santé¹⁵³. L'objectif, à cette date, est d'adapter la promotion de la santé aux enjeux du nouveau millénaire. La tendance est à l'optimisme ; la promotion de la santé, concept encore jeune, est vue comme pouvant s'adapter et faire face aux nouveaux défis mondiaux de la santé publique. Lors de cette conférence, la foi des participants dans l'avenir de la promotion de la santé se lit dans la Déclaration de Jakarta adoptée à cette occasion : il est décidé de créer une alliance mondiale pour la promotion de la santé « *afin*

¹⁴⁹ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, *op. cit.*

¹⁵⁰ *ibid.*

¹⁵¹ *ibid.*

¹⁵² *ibid.*

¹⁵³ Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} siècle, Jakarta, Indonésie, 1997.

d'accélérer les progrès en faveur de la promotion de la santé dans le monde ». La volonté est donc d'aller encore plus loin que ne l'avait proposé la Charte d'Ottawa onze ans auparavant. Ces souhaits sont suivis d'actions : l'alliance en question est créée dans la foulée¹⁵⁴. Ainsi, la conférence de Jakarta a permis de poursuivre la dynamique entamée en faveur de la promotion de la santé, en laissant une trace concrète sous la forme d'un organisme existant encore vingt ans plus tard.

166. Le courant favorable à la reconnaissance mondiale de la promotion de la santé se poursuit en 2000, avec la « déclaration ministérielle de Mexico sur la promotion de la santé : des idées aux actes », adoptée lors de la cinquième conférence mondiale sur la promotion de la santé. Rédigée en anglais, arabe, chinois, espagnol, français, portugais et russe, « *chaque texte étant également authentique*¹⁵⁵ », cette déclaration se démarque des précédentes par sa nature ministérielle, qui lui confère un poids politique plus fort. Les ministres de la santé signataires de cette déclaration affirment « *que la promotion de la santé et du développement social est un devoir et une responsabilité essentielle des gouvernements, que partagent tous les autres secteurs de la société*¹⁵⁶ ». La légitimité de la promotion de la santé en ressort grandie.
167. Cinq ans plus tard, la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé dans un contexte de mondialisation¹⁵⁷ est adoptée par le groupe international d'experts participant à la sixième conférence mondiale sur la promotion de la santé, accueillie par la Thaïlande. Ce texte rappelle que la promotion de la santé est bâtie sur une conception positive et inclusive de la santé en tant que déterminant de la qualité de vie et incluant le bien-être mental et spirituel¹⁵⁸.

¹⁵⁴ Cette alliance a d'abord fonctionné sous la forme d'un comité consultatif, qui a évolué en 2006 en une organisation non-gouvernementale identifiée comme l'Alliance pour la promotion de la santé. Cette agence reçoit le soutien de l'OMS mais en est indépendante. « *The predecessor of the Alliance was the NGO Advisory Group which had as its only major event the Annual Briefing during the World Health Assembly* », <http://www.ngos4healthpromotion.net/wordpress4hp/archived-events/> [consulté le 06/06/2021].

¹⁵⁵ Cinquième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé, Des idées aux actes, Promotion de la santé : faire place à l'équité, Mexico, Mexique, 2000.

¹⁵⁶ *ibid.*

¹⁵⁷ Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, Bangkok, Thaïlande, 2005.

¹⁵⁸ *ibid.*

168. La Charte de Bangkok adoptée en 2005 contient quatre engagements-clés, dont deux méritent d'être soulignés ici. D'une part, les signataires déclarent avoir la volonté de faire de la promotion de la santé un élément central de l'agenda de développement mondial, notamment grâce à des accords intergouvernementaux, et ainsi traiter les effets néfastes du commerce, des produits et services et des stratégies de marketing. D'autre part, il est décidé de faire de la promotion de la santé une responsabilité majeure pour l'ensemble du gouvernement de chaque État, parce que la santé est un déterminant essentiel du développement socioéconomique et politique. Il convient ainsi d'investir dans la santé, au sein et à l'extérieur du secteur de la santé¹⁵⁹. Dans cette charte, les participants appellent fermement à l'action, en notant que beaucoup de résolutions ont été adoptées aux niveaux mondial et national en faveur de la promotion de la santé depuis la Charte d'Ottawa, sans être toutes suivies d'action¹⁶⁰. Malgré une volonté mondiale, le concept de promotion de la santé n'a pas eu l'efficacité souhaitée - sans doute du fait de la faible normativité des textes qui la promeuvent - ce qui a pu contribuer plus tard à l'émergence d'une autre approche, celle d'intégration de la santé dans toutes les politiques, supposée plus opérationnelle. Le renouvellement constant de l'engagement des États pour la promotion de la santé et pour son large périmètre peut en effet être interprété comme une démarche à doublant tranchant : il traduit la résistance du concept au temps, mais instille un doute sur l'effectivité d'une idée qu'il faut sans cesse réaffirmer.
169. Les conférences mondiales sur la promotion de la santé se succèdent néanmoins et poursuivent le travail de sensibilisation des systèmes nationaux vis-à-vis de cette question. En 2009, à Nairobi, au Kenya, parmi les cinq thèmes choisis pour la septième conférence mondiale sur la promotion de la santé, on trouve en bonne place le développement de moyens et d'outils pour la promotion de la santé ainsi que l'action intersectorielle¹⁶¹.
170. En 2010, la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques¹⁶², bien que consacrée à une nouvelle approche, fait le lien avec la promotion de la santé. Par

¹⁵⁹ *ibid.*

¹⁶⁰ *ibid.*

¹⁶¹ J. CATFORD, « Implementing the Nairobi Call to Action: Africa's opportunity to light the way », *Health Promotion International* 2010, Vol. 25, n° 1.

¹⁶² Réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, OMS, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, *op. cit.*

ailleurs, même en-dehors du cadre direct des conférences mondiales supervisées par l'OMS, on retrouve la trace de la promotion de la santé. Ainsi, adoptée le 19 septembre 2011, la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles inclut explicitement la promotion de la santé et retient les idées suivantes : renforcer la capacité des individus à faire des choix favorables à leur santé et à adopter des modes de vie qui favorisent un bon état de santé ; faciliter les choix et les modes de vie sains. La reconnaissance de la promotion de la santé par les Nations unies peut être considérée comme un progrès.

Le concept de promotion de la santé est désormais partie intégrante de la réflexion mondiale sur l'amélioration de la santé publique.

b) Une vision fondée sur la notion de « déterminants de la santé »

171. Les déterminants de la santé¹⁶³ occupent une place constante dans la série de textes consacrés à la promotion de la santé et adoptés au niveau mondial. Dès l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986, on trouve la notion de « *divers paramètres qui déterminent la santé*¹⁶⁴ », bien que le texte ne cite pas explicitement les déterminants de la santé. En 1997, la Déclaration de Jakarta attribue un large rôle aux déterminants de la santé, ainsi qu'au concept voisin de « *conditions préalables à l'instauration de la santé* », qui sont « *la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme, et l'équité. Par-dessus tout, la pauvreté reste la plus grave menace pour la santé*¹⁶⁵ ».
172. En 2000, les ministres de la santé signataires de la Déclaration de Mexico soulignent l'urgence qu'il y a de « *s'attaquer aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la*

¹⁶³ Définis par l'OMS comme les « *facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations* » (Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, 1998).

¹⁶⁴ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, *op. cit.*

¹⁶⁵ Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} siècle, *op. cit.* Les participants à la conférence de 1997 vont même plus loin dans les détails en citant de nombreux autres facteurs influençant la santé, tels que la sédentarité, la résistance aux antibiotiques et autres médicaments courants, les troubles civils ou la violence domestique, la mondialisation de l'économie, des marchés financiers et du commerce, la dégradation de l'environnement due à l'utilisation irresponsable des ressources.

santé » et justifient ainsi la nécessaire mise en place de « *mécanismes renforcés de collaboration pour la promotion de la santé dans tous les secteurs et à tous les niveaux de la société*¹⁶⁶ ».

173. Huit ans après la Déclaration de Jakarta, la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé dans un contexte de mondialisation adopte une méthode similaire pour accentuer l'importance des déterminants de la santé, dont elle énumère de nombreux exemples. Selon ce texte, les facteurs décisifs influençant la santé sont notamment les inégalités croissantes dans les pays et entre eux, les nouveaux modes de consommation et de communication, la commercialisation, les changements environnementaux, l'urbanisation, mais aussi les rapides changements sociaux, économiques et démographiques qui affectent les conditions de travail, les environnements d'apprentissage, les schémas familiaux, la culture et les liens sociaux dans les communautés¹⁶⁷.
174. On constate que l'expression « déterminants de la santé » n'est pas encore consacrée puisqu'elle coexiste encore avec des variantes qui sont utilisées d'un texte à l'autre. Elle est néanmoins récurrente au fil du temps dans la mesure où on la retrouve également dans les textes adoptés à Nairobi en 2009¹⁶⁸ et à Moscou en 2011¹⁶⁹. Comme dans d'autres documents auparavant, la Déclaration des Nations unies en 2011 énumère un grand nombre de déterminants économiques, sociaux, politiques, environnementaux qui contribuent plus spécifiquement à la progression de l'incidence et de la prévalence de maladies non transmissibles¹⁷⁰.
175. La même année, la conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, qui s'est tenue à Rio entre les 19 et 21 octobre 2011, manifeste l'intérêt que portent chefs de gouvernements, ministres et représentants gouvernementaux pour les déterminants de la santé de nature sociale. La Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la

¹⁶⁶ Cinquième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé, Des idées aux actes, Promotion de la santé : faire place à l'équité, *op. cit.*

¹⁶⁷ Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, *op. cit.*

¹⁶⁸ Septième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Appel à l'action de Nairobi : Promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre, Nairobi, Kenya, 2009.

¹⁶⁹ Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, OMS, Déclaration de Moscou, Moscou, Russie, 2011.

¹⁷⁰ Nations unies, Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, Genève, Suisse, 2011.

santé, qui en est issue, scelle l'engagement des États participants « à soutenir tous les secteurs dans la mise au point d'outils et le développement de capacités concernant les déterminants sociaux de la santé aux niveaux national et international ». Les signataires recommandent « de tenir dûment compte de l'approche des déterminants sociaux dans le cadre de la réforme actuelle de l'Organisation mondiale de la Santé », et suggèrent « à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter une résolution pour approuver la présente Déclaration politique¹⁷¹ ». Si l'on consulte les documents de la soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, l'on constate que la résolution WHA65.3 adoptée à cette occasion et intitulée « Renforcement des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pour promouvoir un vieillissement actif » prend acte de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé¹⁷². Quant à la résolution WHA65.8 sur les « Résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé », elle fait sienne la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé adoptée par la Conférence mondiale sur le même thème, « en tant que contribution majeure à l'action des États Membres et du Secrétariat de l'OMS¹⁷³ ». La résolution invite les États membres à y donner suite, et « exhorte la communauté internationale à soutenir la mise en œuvre des engagements formulés dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé concernant l'action sur les déterminants sociaux de la santé ». Elle prie le Directeur général « de faire rapport aux soixante-sixième et soixante-huitième Assemblées mondiales de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution et de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé¹⁷⁴ ». La Déclaration de Rio a donc bien été approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé suivante, conformément à la demande des signataires. Cela confère une valeur plus significative à ce texte puisqu'il a ainsi la validation officielle de l'OMS elle-même.

176. En ce qui concerne les demandes formulées dans la résolution WHA65.8 à l'intention du Directeur général de l'OMS, si l'on se réfère au Rapport du Conseil exécutif sur ses cent trente et unième et cent trente-deuxième sessions¹⁷⁵ émis lors de la soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé, nous constatons que le Conseil exécutif, dans sa cent

¹⁷¹ Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, OMS, Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, Brésil, 2011.

¹⁷² Organisation mondiale de la santé, Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, Genève, 21-26 mai 2012.

¹⁷³ *ibid.*

¹⁷⁴ *ibid.*

¹⁷⁵ Organisation mondiale de la santé, Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé, Rapport du Conseil exécutif sur ses cent trente et unième et cent trente-deuxième sessions, Point 2 de l'ordre du jour provisoire, 2013.

trente-deuxième session, prend note d'un rapport sur les déterminants sociaux de la santé. Ledit rapport¹⁷⁶ souligne que « depuis la Conférence mondiale de 2011, le Secrétariat a observé une augmentation considérable des mesures visant à influencer sur les déterminants sociaux de la santé » et donne quelques illustrations d'actions accomplies sur les déterminants sociaux de la santé au niveau régional¹⁷⁷. On soulignera que « l'intégration de la santé dans toutes les politiques » est une expression apparaissant plusieurs fois dans ce rapport.

177. Les travaux de la soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé semblent respecter moins fidèlement la demande formulée dans la résolution WHA65.8. Le Rapport du Conseil exécutif sur ses cent trente-cinquième et cent trente-sixième sessions et sur sa session extraordinaire sur Ébola ne fait pas mention de la Déclaration de Rio et de la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé¹⁷⁸. Toutefois, l'ordre du jour de la soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé indique que la Commission A traitera des rapports de situation, dont l'un porte sur les « Déterminants sociaux de la santé (résolution WHA65.8) »¹⁷⁹. Il s'agit peut-être d'une tentative de réponse à la résolution WHA65.8 qui priait le Directeur général de rendre compte lors de la soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des progrès réalisés dans l'application de cette résolution et de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Mais en définitive, si l'on regarde les six projets de rapports de la Commission A¹⁸⁰, aucun ne mentionne les déterminants sociaux de la santé, sauf le rapport numéro six, qui comporte une occurrence, concernant le thème « Santé et environnement : agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air » mais qui n'évoque ni la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, ni la résolution

¹⁷⁶ Organisation mondiale de la santé, Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé, Déterminants sociaux de la santé, Rapport du Secrétariat, Point 14.3 de l'ordre du jour provisoire, 2013.

¹⁷⁷ Le Bureau de la Méditerranée orientale de l'OMS, par exemple, a adopté des orientations stratégiques régionales pour mettre en œuvre la Déclaration politique de Rio, conformément au plan de travail mondial et en réponse à la résolution WHA65.8. En Thaïlande, l'Assemblée nationale de la Santé réunie en 2012 a porté sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques afin d'influer sur la large gamme des déterminants et d'améliorer l'impact sur la santé.

¹⁷⁸ Organisation mondiale de la santé, Soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé, Rapport du Conseil exécutif sur ses cent trente-cinquième et cent trente-sixième sessions et sur sa session extraordinaire sur Ébola, Point 2 de l'ordre du jour provisoire, 2015.

¹⁷⁹ Organisation mondiale de la santé, Soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, Genève, 18-26 mai 2015.

¹⁸⁰ Les versions définitives n'ont pas pu être trouvées au cours de la recherche.

WHA65.8¹⁸¹. Cette démonstration révèle la faiblesse rencontrée très rapidement, après l'adoption d'une déclaration, en termes de suivi de son application par l'OMS.

178. Pour clore ce point, les déterminants de la santé sont un élément récurrent dans les chartes et déclarations sur la promotion de la santé et l'amélioration de la santé adoptées depuis 1978. Cette forte présence s'explique par le fait que ces déterminants sont à la base de la théorie sur la promotion de la santé. En effet, en vertu de la Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^{ème} siècle, la promotion de la santé vise à agir sur ces déterminants¹⁸², et une telle action implique des stratégies intersectorielles. C'est ainsi que l'on comprend la pertinence de l'intersectorialité et le poids de cette idée dans les textes étudiés jusqu'à présent. La promotion de la santé se fonde sur les déterminants de la santé, qui sont en majorité extérieurs au système de santé, et elle justifie de ce fait l'idée même d'intersectorialité.

L'intersectorialité étant l'un des premiers éléments de la définition de la « santé dans toutes les politiques », nous pouvons conclure que celle-ci et la promotion de la santé sont intimement liées.

2°) L'intersectorialité, une notion peu définie lors des conférences mondiales et entourée d'un foisonnement de concepts voisins

179. Au travers des chartes et déclarations étudiées, la promotion de la santé a gagné en reconnaissance et a permis à la notion d'intersectorialité de s'affirmer par ricochet. Cependant, si l'intersectorialité a bénéficié d'une place conséquente dans ces textes, nous constatons ici qu'elle n'a pas pour autant eu droit à une définition en bonne et due forme. Cela s'en ressent dans le système français, comme nous le verrons en seconde partie de cette thèse. En revanche, si l'on sort du cadre de ces conférences mondiales, il est possible de trouver une définition de l'action intersectorielle pour la santé, proposée dans le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'OMS publié en 2008 et intitulé « L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays ». L'action

¹⁸¹ Organisation mondiale de la santé, Soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, *op. cit.*

¹⁸² « *En investissant dans la promotion de la santé, en intervenant en promotion de la santé, on agit sur les déterminants de la santé et on contribue au progrès de la santé* » (Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} siècle, *op. cit.*).

intersectorielle pour la santé désigne « les actions mises en œuvre par des secteurs autres que celui de la santé, éventuellement mais pas nécessairement en collaboration avec ce dernier, visant des résultats pour la santé ou l'équité en santé ou portant sur des déterminants de la santé ou de l'équité en santé¹⁸³ ». La coopération intersectorielle est quant à elle définie comme la « relation entre des éléments de différents secteurs de la société qui a été établie en vue d'agir sur une question de façon à atteindre des résultats en matière de santé ou des résultats intermédiaires en matière de santé d'une façon qui soit plus efficace, plus rationnelle ou plus durable que si le secteur sanitaire avait agi seul¹⁸⁴ ».

180. Peu après la Charte d'Ottawa, la Déclaration de Riga adoptée en 1988¹⁸⁵ et l'Appel à l'action de Genève en 1989¹⁸⁶ promeuvent la collaboration intersectorielle afin d'atteindre la santé pour tous, et la Charte européenne de l'environnement et de la santé¹⁸⁷ adoptée la même année par l'OMS Europe souligne que la protection de l'environnement et de la santé est une question intersectorielle. Puis, en 1991, la Déclaration de Sundsvall sur les milieux favorables à la santé¹⁸⁸ insiste sur l'interdépendance entre les problématiques sanitaires et environnementales. Selon ce texte, pour rendre les environnements physiques, sociaux, économiques et politiques favorables à la santé plutôt que néfastes, il est nécessaire que tous les secteurs y contribuent, car « la solution se situe au-delà du système de santé traditionnel¹⁸⁹ ». En 1996, la Charte de Ljubljana applique l'idée d'intersectorialité à la question de la réforme des systèmes de santé : « Les services de santé jouent un rôle important, mais ne sont pas les seuls à avoir un impact sur le bien-être des individus : d'autres secteurs ont aussi une contribution à apporter et une responsabilité à assumer en matière de santé. L'intersectorialité doit donc être l'un des éléments essentiels de la réforme des systèmes de santé¹⁹⁰ ». La Déclaration de Jakarta adoptée en 1997 souligne qu'il convient de « surmonter le cloisonnement traditionnel existant à l'intérieur même des pouvoirs publics, entre organisations gouvernementales et non gouvernementales, et entre secteur public et

¹⁸³ Organisation Mondiale de la santé, Agence de la santé publique du Canada, L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays, 2008.

¹⁸⁴ Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, 1998.

¹⁸⁵ Organisation mondiale de la santé, Riga : La réaffirmation d'Alma-Ata, Déclaration réitérant et renforçant l'engagement en faveur de la santé pour tous en l'an 2000 et au-delà adoptée lors d'une réunion OMS : D'Alma-Ata à l'an 2000, Situation à la mi-parcours et perspectives, Riga, URSS, 1988.

¹⁸⁶ Organisation mondiale de la santé, Appel à l'action, Promouvoir la santé dans les pays en développement, Genève, Suisse, 1989.

¹⁸⁷ Organisation mondiale de la santé Europe, Charte européenne de l'environnement et de la santé, 1989.

¹⁸⁸ Troisième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Sundsvall sur les environnements favorables à la santé, Sundsvall, Suède, 1991.

¹⁸⁹ *ibid.*

¹⁹⁰ Organisation mondiale de la santé Europe, Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, Ljubljana, Slovénie, 1996.

secteur privé¹⁹¹ ». Il s'agit non seulement d'impliquer différents secteurs mais aussi différents acteurs. Déjà en 1997, l'esprit de la « santé dans toutes les politiques » se lit implicitement : « Accroître les investissements pour développer la santé exige une approche véritablement multisectorielle prévoyant l'allocation de ressources aussi bien aux secteurs de l'éducation et du logement qu'à celui de la santé¹⁹² ». Les signataires de la conférence indonésienne insistent lourdement : « Les nouveaux défis qui se posent à la santé signifient qu'il faut créer de nouveaux réseaux de collaboration intersectorielle ». Pour mettre en œuvre la promotion de la santé, « tous les pays doivent s'employer à mettre en place l'environnement politique, juridique, éducatif, économique et social¹⁹³ » qui y soit favorable.

181. Cette approche rappelle le caractère ambitieux déjà constaté lors des premières conférences dédiées à la promotion de la santé. L'idée de « collaboration intersectorielle » - encore largement utilisée en santé publique vingt ans plus tard – peut interpeller par sa quasi-redondance : d'un point de vue étymologique, le terme « collaboration » vient du latin « cum », qui signifie « avec » et de « laborare » qui se traduit par « travailler », tandis que le préfixe latin « inter » veut dire « entre ». Selon le Professeur Koubi, le préfixe « inter » fait référence à un échange¹⁹⁴. Une collaboration, qui est l'action « de participer à l'élaboration d'une œuvre commune¹⁹⁵ », de surcroît intersectorielle, « qui caractérise les relations entre des secteurs d'activité¹⁹⁶ », évoque ainsi des échanges et des liens étroits et complexes.
182. La Charte de Bangkok adoptée en 2005 reconnaît, elle aussi solennellement, que la santé concerne plusieurs secteurs et ne se cantonne pas à celui de la santé. Le texte s'adresse aux personnes, groupes et organisations qui jouent un rôle dans l'accomplissement d'une bonne santé : gouvernements et politiques à tous les niveaux, société civile, secteur privé, organisations internationales et communauté de santé publique¹⁹⁷. Dans le prolongement de ces textes, l'Appel à l'action signé à Nairobi lors de la conférence mondiale sur la promotion de la santé de 2009 mentionne la nécessité de mener une action intersectorielle et

¹⁹¹ Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} siècle, *op. cit.*

¹⁹² *ibid.*

¹⁹³ *ibid.*

¹⁹⁴ G. Koubi, « Interdit et interdiction. Quelques variations textuelles et variantes sémantiques », *Droit et cultures*, Revue internationale interdisciplinaire 2009, Vol. 1, n° 57.

¹⁹⁵ <https://www.cnrtl.fr/definition/collaboration>.

¹⁹⁶ *Dictionnaire Larousse*, Larousse, 2018, 1088 p.

¹⁹⁷ Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, *op. cit.*

interdisciplinaire pour mettre en œuvre la promotion de la santé de façon effective¹⁹⁸. La Déclaration d'Adélaïde signée en 2010 adopte, elle aussi, une vision transversale de la santé, avec de multiples ramifications, ce qui démontre la nécessité de l'intersectorialité.

183. La Déclaration de Moscou poursuit sur cette voie. Elle est adoptée en 2011 lors de la première conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles organisée par l'OMS et le gouvernement de la Fédération de Russie. Les représentants des États signataires déclarent que la lutte contre les maladies non transmissibles exige « *une large gamme de mesures multi-niveaux et plurisectorielles visant l'éventail complet des déterminants des maladies non transmissibles afin de créer les conditions qui favoriseront une vie en bonne santé*¹⁹⁹ » et s'engagent à « *répondre aux défis que posent les maladies non transmissibles y compris, le cas échéant, par le renforcement et la réorientation de politiques et de programmes privilégiant une action multisectorielle sur les facteurs comportementaux, environnementaux, économiques et sociaux*²⁰⁰ ». La prise de conscience récente sur la question des maladies non transmissibles a donc joué un rôle dans la reconnaissance de l'importance d'actions multisectorielles en santé. L'idée d'une action dans le secteur de la santé cumulée à des actions dans d'autres secteurs, de façon horizontale et non verticale, est récurrente dans la Déclaration de Moscou.
184. On retrouve également la notion d'action et d'intervention multisectorielles dans la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles du 19 septembre 2011, déjà mentionnée, qui inclut aussi les concepts anglophones de « *whole-of-government approach* » (approche pangouvernementale) et « *whole-of-society approach* » (approche pansociétale), ainsi que l'idée de politiques publiques multisectorielles²⁰¹. En toute cohérence, la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, adoptée au Brésil en 2011, promeut « *une approche intersectorielle globale* » et scelle un engagement pour mener des « *politiques intersectorielles* », autrement dit des

¹⁹⁸ Septième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Appel à l'action de Nairobi : Promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre, *op. cit.*

¹⁹⁹ Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, OMS, Déclaration de Moscou, *op. cit.*

²⁰⁰ *ibid.*

²⁰¹ Nations unies, Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, *op. cit.*

« politiques dans tous les secteurs » pour agir sur les déterminants sociaux de la santé de façon exhaustive et globale²⁰².

185. En fin de compte, le terme d'« intersectorialité », retenu dans la définition de la « santé dans toutes les politiques » adoptée en 2013, peut sembler réducteur face au foisonnement d'autres termes utilisés au cours du temps pour exprimer ce faisceau d'idées. L'interdisciplinarité, la pluralité d'acteurs et de niveaux d'intervention, la « multisectorialité » ou la « plurisectorialité » sont mentionnées dans les différents textes étudiés. L'idée d'intersectorialité soulève aussi une difficulté car « *il s'agit parfois même de concilier l'inconciliable quand des politiques publiques menées dans différents domaines n'ont pas un objectif sanitaire par nature, ne prennent pas en compte leur possible impact sur la santé et peuvent même avoir des effets délétères*²⁰³ ».

B) Les autres composantes de la définition de la « santé dans toutes les politiques »

186. Selon la définition retenue, la « santé dans toutes les politiques » répond à des conditions strictes (1°) permettant de tendre à l'amélioration de la santé et de l'équité en santé (2°).

1°) Des moyens pour atteindre la « santé dans toutes les politiques »

187. La « santé dans toutes les politiques » est une approche globale des politiques publiques (a) qui nécessite de tenir compte, de façon systématique (b), des conséquences des décisions publiques sur la santé (c) tout en cherchant à créer des synergies entre les différents secteurs d'action publique (d).

a) Une approche des politiques publiques au sens large

188. La définition de la « santé dans toutes les politiques » tient en une longue phrase composée de plusieurs propositions grammaticales. Le terme de « politiques publiques » apparaît dès la première proposition. Ces politiques publiques se retrouvent à travers la série de chartes

²⁰² Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, OMS, Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, *op. cit.*

²⁰³ F. ALLA, « La Charte d'Ottawa a trente ans : doit-elle encore faire référence ? », Santé Publique 2016, Vol. 28, n° 6, p. 717-720.

et de déclarations mondiales adoptées entre 1978 et 2013 en faveur de la promotion de la santé et de démarches voisines.

189. La Charte d'Ottawa a joué un rôle fondamental en faisant reconnaître la nécessité d'adopter des politiques favorables à la santé. Mais il semble que l'expression « politiques favorables à la santé » n'a pas convaincu les décideurs politiques, et l'expression de « santé dans toutes les politiques » proposée par la Finlande en 2006 a pris l'avantage²⁰⁴. En 1986, les participants à la première conférence internationale pour la promotion de la santé s'engageaient notamment à « *plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs*²⁰⁵ ».
190. Dans la continuité de la Déclaration d'Alma-Ata et de la Charte d'Ottawa, les « *Recommandations d'Adélaïde, Politiques pour la santé*²⁰⁶ », soulignent l'importance d'autres secteurs publics dans l'action pour la santé publique. Adoptées en avril 1988 lors de la conférence australienne sur la politique publique pour la santé - aussi désignée comme la deuxième conférence mondiale sur la promotion de la santé - ces recommandations affirment que « *les secteurs publics responsables de l'agriculture, du commerce, de l'éducation, de l'industrie et des communications doivent tenir compte du rôle essentiel de la santé lorsqu'ils formulent leurs grandes orientations*²⁰⁷ ». De nombreux secteurs de politiques publiques sont donc concernés par l'approche « santé dans toutes les politiques ». La Déclaration de Sundsvall sur les milieux favorables à la santé adoptée en 1991 lors de la troisième conférence mondiale sur la promotion de la santé, en Suède, fait écho à la Charte d'Ottawa en ce qu'elle mentionne la nécessité d'un « *engagement politique fort pour des politiques sanitaires [...] durables*²⁰⁸ ».
191. Par ailleurs, la notion de gouvernance²⁰⁹ fait son apparition en 2005. En effet, parmi les nouvelles opportunités à exploiter, la Charte de Bangkok évoque « *l'amélioration des*

²⁰⁴ G. R. BROWNE, I.D. RUTHERFURD, « The case for “environment in all policies”: lessons from the “health in all policies” approach in public health », *Environmental Health Perspectives* 2017, n° 125, p. 149-154.

²⁰⁵ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Canada, 1986.

²⁰⁶ Deuxième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Les recommandations d'Adélaïde : politiques pour la santé, Adélaïde, Australie, 1988.

²⁰⁷ *ibid.*

²⁰⁸ Troisième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Sundsvall sur les environnements favorables à la santé, *op. cit.*

²⁰⁹ À défaut de définition donnée dans la charte de 2005, on pourra se référer à ces éléments de définition : la gouvernance désigne « *l'action d'orienter et de mener une action* » de façon pragmatique, c'est une « *méthode de*

mécanismes de gouvernance mondiale et de mise en commun des expériences ». L'apparition de ce terme dans la charte de 2005 marque un tournant vers une nouvelle perspective pour la promotion de la santé en lui conférant une véritable dimension politique. La « santé dans toutes les politiques » s'appuie fortement sur cette idée de gouvernance²¹⁰. La gouvernance apparaît ensuite de façon récurrente dans les déclarations et chartes de Nairobi²¹¹ (2009), d'Adélaïde²¹² (2010), de Rio²¹³ (2011), d'Helsinki²¹⁴ (2013) et de Shanghai²¹⁵ (2016). Les propos figurant dans la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques sont particulièrement illustratifs : ils soulignent la nécessité d'« *une nouvelle forme de gouvernance dans laquelle il existe un leadership partagé au sein des gouvernements, englobant l'ensemble des secteurs et des niveaux gouvernementaux* »²¹⁶ ; autrement dit, « *l'interdépendance des politiques publiques exige une autre forme de gouvernance* »²¹⁷ ».

b) Une approche au caractère systématique

192. Selon la définition de la « santé dans toutes les politiques » adoptée en 2013, cette approche « *tient compte systématiquement* » des conséquences sanitaires des décisions. L'expression de « santé dans toutes les politiques » est elle-même évocatrice à cet égard, puisque « toutes » suggère l'exhaustivité. Nous avons relevé précédemment une volonté de globalité à travers la multitude de secteurs de politiques cités comme ayant une incidence sur la santé de la population et devant ainsi être intégrés à une action intersectorielle. Le caractère systématique de la prise en compte des implications sanitaires des décisions n'est pourtant

régulation, un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions, qui coopèrent pour atteindre des buts propres discutés et définis collectivement dans des environnements fragmentés et incertains » (D. ALCAUD, L. BOUVET *et al.*, *Dictionnaire de sciences politiques*, 2^{ème} édition, Sirey, Dictionnaires Sirey, 2020, 520 p.).

²¹⁰ I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, *Implementing Health in All Policies*, Adelaide 2010, *op. cit.*

²¹¹ Septième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Appel à l'action de Nairobi : Promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre, *op. cit.*

²¹² Réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, OMS, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, *op. cit.*

²¹³ Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, OMS, Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, *op. cit.*

²¹⁴ Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, *op. cit.*

²¹⁵ Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, Shanghai, Chine, 2016.

²¹⁶ Réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, OMS, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, *op. cit.*

²¹⁷ *ibid.*

pas l'élément qui se démarque le plus clairement de la réflexion mondialement menée au fil des conférences sur la promotion de la santé.

193. Parmi les quatorze textes étudiés ici, seules la Charte d'Ottawa et les Déclarations d'Adélaïde et d'Helsinki évoquent le caractère systématique de la prise en compte de la santé dans les autres politiques²¹⁸. On peut supposer que la systématité impliquant certainement un caractère obligatoire, ni les États signataires ni l'OMS n'ont souhaité s'aventurer sur un terrain contraignant juridiquement. Il est intéressant de souligner que la systématité était présente très tôt dans les débats, c'est-à-dire dès 1986, et qu'elle n'est réapparue qu'en 2010, lorsque l'expression « santé dans toutes les politiques » a été mieux connue. En 1986, la Charte d'Ottawa soulignait que « *l'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public*²¹⁹ ». En 2010, à Adélaïde, le caractère systématique est présenté différemment et ne porte pas strictement sur les conséquences sanitaires des décisions mais plus largement sur l'association de différents secteurs pour les actions en faveur de la santé : « *le secteur de la santé doit systématiquement associer l'ensemble des secteurs gouvernementaux afin qu'ils prennent en compte les aspects de leurs activités qui touchent à la santé et au bien-être*²²⁰ ». Selon ce texte, l'approche « santé dans toutes les politiques » est plus efficace quand elle cumule plusieurs critères et notamment lorsque « *les processus systématiques tiennent compte des interactions entre les divers secteurs*²²¹ ».

194. Enfin, la Déclaration d'Helsinki adoptée en 2013 entérine le caractère systématique de la prise en compte de la santé dans les autres secteurs, dans la définition officiellement adoptée. Mais l'on conviendra que cette consécration semble artificielle après si peu d'échanges sur cette question dans les précédentes conférences. Manifestement impopulaire, le caractère systématique fait probablement craindre un manque de réalisme, une trop forte demande en moyens de différentes natures, voire une dérive totalitaire.

²¹⁸ L'appel à l'action signé à Nairobi lors de la Conférence mondiale sur la promotion de la santé de 2009 comprend une idée voisine : la promotion de la santé systématique (« *systematic and sustainable health promotion* »).

²¹⁹ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, *op. cit.*

²²⁰ Réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, OMS, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, *op. cit.*

²²¹ *ibid.*

c) La prise en compte des conséquences sanitaires des décisions

195. La santé dans toutes les politiques « *tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions* » et « *évite les conséquences néfastes pour la santé* ». L'idée de conséquence sur la santé est centrale dans les textes adoptés lors des conférences mondiales entre 1986 et 2013. En premier lieu, selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé incite les responsables politiques de tous les secteurs et de tous les niveaux « *à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé* » et les pousse « *à admettre leur responsabilité à cet égard*²²² ». L'important est de sensibiliser les décideurs politiques sur le lien entre leurs actes et leurs conséquences. Deux ans plus tard, en 1988, les Recommandations d'Adélaïde s'inscrivent dans le même esprit en affirmant que « *les secteurs publics responsables de l'agriculture, du commerce, de l'éducation, de l'industrie et des communications [...] doivent [aussi] être tenus pour responsables des conséquences de leurs décisions politiques sur la santé*²²³ ». La notion d'analyse d'impact apparaît dans la Déclaration de Sundsvall, en 1991, selon laquelle atteindre un « *développement durable de la santé* » nécessite de conduire ce type d'analyses sur le plan sanitaire et environnemental pour les politiques et initiatives de programmes majeures²²⁴. La Déclaration de Jakarta, en 1997, mentionne aussi l'évaluation d'impact en santé et la notion d'impact négatif ou positif sur la santé²²⁵. De façon plus concrète, la Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé adoptée en 2000 place l'évaluation d'impact sur la santé à un haut niveau d'exigence en demandant à ce que « *les institutions des Nations Unies soient tenues de rendre compte de l'impact sur la santé de leur action en faveur du développement*²²⁶ ». Puis, en 2005, les signataires de la Charte de Bangkok s'engagent à « *faire de la promotion de la santé une responsabilité centrale de l'ensemble du secteur public* » : cela implique que tous les niveaux de gouvernement rendent explicites les conséquences sanitaires de leurs politiques et lois, en utilisant par exemple des évaluations d'impact en santé centrée sur l'équité²²⁷. De même, l'idée exprimée dans la

²²² Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, *op. cit.*

²²³ Deuxième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Les recommandations d'Adélaïde : politiques pour la santé, *op. cit.*

²²⁴ Troisième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Sundsvall sur les environnements favorables à la santé, *op. cit.*

²²⁵ Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} siècle, *op. cit.*

²²⁶ Cinquième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé, Des idées aux actes, Promotion de la santé : faire place à l'équité, *op. cit.*

²²⁷ Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, *op. cit.*

définition adoptée à la conférence d'Helsinki en 2013 est déjà formulée dès 2011, dans la Déclaration de Moscou, où les signataires scellent leur volonté de « *renforcer la cohérence des politiques pour optimiser leur impact positif sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles et pour réduire le plus possible l'impact négatif des politiques d'autres secteurs*²²⁸ ».

196. La même année, la Déclaration politique adoptée par la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles²²⁹ exprime l'inquiétude de l'Assemblée générale des Nations unies en ce qui concerne les impacts négatifs de la crise économique et financière, du coût des produits alimentaires, de la sécurité alimentaire, des défis croissants posés par le changement climatique et par la perte de la biodiversité, et leurs effets sur la prévention des maladies non-transmissibles. Un mois plus tard, les participants à la conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, tenue à Rio de Janeiro au Brésil, s'engagent « *à faire en sorte que les décideurs soient sensibilisés aux conséquences de toutes les politiques sur la santé, en tiennent compte et rendent davantage de comptes à cet égard*²³⁰ ». Le versant négatif des impacts sanitaires est lui aussi présent, la Déclaration de Rio suggérant d'« *adapter ou de réformer les politiques, les programmes, les pratiques et les mesures législatives qui nuisent à la santé et à l'équité en santé* » et de procéder à « *l'examen et, le cas échéant, [à] la modification stratégique des politiques et des pratiques qui ont un impact négatif sur la santé et le bien-être des populations*²³¹ ».

d) La recherche de synergies

197. La « santé dans toutes les politiques » est une approche qui « *recherche des synergies* », dans le but « *d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé*²³² ». Peu de détails sont donnés sur ces synergies dans la définition de 2013. Il n'est pas précisé entre quels éléments ou quels acteurs les synergies doivent être recherchées, ni comment elles doivent être trouvées. La lecture des chartes et déclarations ayant précédé la définition adoptée à Helsinki en 2013 permet d'éclairer ces propos succincts. L'on rappellera en préambule qu'une synergie est la

²²⁸ Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, OMS, Déclaration de Moscou, *op. cit.*

²²⁹ Nations unies, Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, *op. cit.*

²³⁰ Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, OMS, Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, *op. cit.*

²³¹ *ibid.*

²³² Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, *op. cit.*

« mise en commun de plusieurs actions concourant à un effet unique et aboutissant à une économie de moyens²³³ » ; la synergie contient l'idée d'interaction. L'idée de coopération et d'émulation peut se retrouver sous la forme des partenariats maintes fois évoqués au cours des conférences mondiales dont il est question ici. La Déclaration de Jakarta, par exemple, affirme la nécessité de créer de nouveaux partenariats pour la santé. Elle précise que « la promotion de la santé exige la mise en place de partenariats en faveur du développement sanitaire et social entre les différents secteurs à tous les niveaux de la gestion des affaires publiques²³⁴ ».

198. Dans cette réflexion sur les synergies peut sans doute aussi être incluse l'idée de concertation. La Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé adoptée le 5 juin 2000 souligne les « efforts soutenus et concertés des gouvernements et de la société » qui ont permis d'améliorer la santé dans de nombreux pays. À lire ces mots, on peut imaginer à quel point cette concertation soigneusement menée a pu produire des effets positifs. On trouve d'ailleurs dans ce même texte la notion de « partenariats pour la santé²³⁵ » déjà retenue auparavant.
199. Dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé dans un contexte de mondialisation²³⁶, adoptée en 2005 par le groupe international d'experts participant à la sixième conférence mondiale sur la promotion de la santé, est évoquée l'idée de construire des partenariats et des alliances entre tous les secteurs et avec des acteurs variés tels que des organismes publics, privés, non-gouvernementaux et internationaux, ainsi que la société civile. L'Appel à l'action de Nairobi adopté en 2009 insiste sur l'importance des partenariats au-delà du secteur de la santé afin de créer des collaborations, des coopérations et de l'intégration entre les différents secteurs dans le but de traiter la question des déterminants de la santé et de l'équité en santé de façon effective²³⁷.

²³³ Dictionnaire Larousse, *op. cit.*

²³⁴ Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} siècle, *op. cit.*

²³⁵ Cinquième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé, Des idées aux actes, Promotion de la santé : faire place à l'équité, *op. cit.*

²³⁶ Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, *op. cit.*

²³⁷ Septième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Appel à l'action de Nairobi : Promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre, *op. cit.*

200. Les partenariats, associés à la notion de confiance entre les secteurs, apparaissent par ailleurs dans la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, adoptée en 2010. Dans le même esprit, la Déclaration de Moscou adoptée en 2011 mentionne l'intérêt et des partenariats pour la santé et de la concertation entre le secteur de la santé et d'autres secteurs. Ce texte aborde également l'idée de complémentarité entre plusieurs objectifs de santé. La notion de synergie, bien qu'implicite, est présente. Toutefois, les signataires du texte de 2011 auraient pu aller plus loin en évoquant la complémentarité entre plusieurs objectifs d'autres secteurs, et non cantonner cette complémentarité à la santé. On peut constater ici que les synergies peuvent intervenir à plusieurs niveaux : entre des secteurs de politiques, mais aussi entre des initiatives mondiales en faveur de la santé, comme le suggère la déclaration.
201. Mentionnant aussi des partenariats et même des « *partenariats de collaboration* », la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles évoque en outre un phénomène inverse à une synergie, autrement dit le cercle vicieux qui peut s'enclencher entre les maladies non-transmissibles et la pauvreté. Un autre concept guère éloigné de ces synergies négatives apparaît aussi dans cette même déclaration, à savoir les conflits d'intérêts, en l'occurrence celui qui existe entre l'industrie du tabac et la santé publique²³⁸ - tel que l'avait déjà laissé entendre la Déclaration de Jakarta en 1997²³⁹.
202. La déclaration de Rio, en 2011, poursuit cette réflexion et réitère l'intérêt de « *conclure des partenariats efficaces, pour faire participer d'autres secteurs afin de déterminer leur rôle [...] dans l'amélioration de la santé et dans la réduction des inégalités en santé*²⁴⁰ ». La nécessité d'éviter les conflits d'intérêt est également mentionnée.
203. La promotion de la santé et la « santé dans toutes les politiques » font intervenir, par nature, une multitude d'acteurs dans de nombreux secteurs ; l'arbitrage entre des intérêts antagonistes, afin de les rapprocher, est au cœur de ces approches. Néanmoins, il arrive que

²³⁸ Nations unies, Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, *op.cit.*

²³⁹ Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} Siècle, *op. cit.*

²⁴⁰ Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, OMS, Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, *op. cit.*

l'idée de réciprocité s'efface, comme dans la Charte de Ljubljana de 1996, qui affirme que « la protection et la promotion de la santé doivent être les préoccupations majeures de l'ensemble de la société²⁴¹ ».

2°) Les deux objectifs de la « santé dans toutes les politiques » : l'amélioration de la santé et de l'équité en santé

204. La « santé dans toutes les politiques » tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, recherche des synergies et évite les conséquences néfastes pour la santé « afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé²⁴² ».

L'amélioration de la santé et de l'équité en santé est le but de la « santé dans toutes les politiques ». Les éléments détaillés précédemment sont les moyens pour parvenir à ces objectifs.

205. Ces deux objectifs apparaissent déjà dans les textes qui ont précédé l'adoption de la Déclaration d'Helsinki. S'agissant de l'amélioration de la santé de la population, la Charte d'Ottawa, les Recommandations d'Adélaïde et les Déclarations de Mexico et de Rio y font précisément référence mais force est de constater que cet objectif formulé de façon large comporte une valeur symbolique et se trouve en fait décliné selon les textes en des mesures plus concrètes et ciblées, notamment sur les déterminants de la santé, les maladies non-transmissibles ou encore la santé et l'environnement.

206. En ce qui concerne l'amélioration de l'équité en santé, l'OMS définit cette notion comme la situation où « chacun a la possibilité de réaliser pleinement son potentiel sanitaire et [où] nul n'est défavorisé dans la réalisation de ce potentiel en raison de sa situation sociale ou d'autres circonstances sociales²⁴³ ». L'amélioration de l'équité en santé implique de changer « la distribution sous-jacente du rôle des déterminants sociaux de la santé²⁴⁴ ». Déjà présente dans la Déclaration de Riga en 1988, l'équité en santé est un objectif central dans les textes adoptés par la suite par les conférences mondiales sur la promotion de la santé. Selon la Déclaration de Sundsvall de

²⁴¹ Organisation mondiale de la santé Europe, Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, Ljubljana, Slovénie, 1996.

²⁴² Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, *op. cit.*

²⁴³ Organisation Mondiale de la Santé, Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques, 2013.

²⁴⁴ *ibid.*

1991, l'équité doit être une priorité élémentaire dans la création d'environnements favorables à la santé²⁴⁵. Autrement dit, elle fait partie, pour les participants de la conférence de Jakarta six ans plus tard, des conditions préalables à l'instauration de la santé²⁴⁶.

207. En 2000, la cinquième conférence mondiale sur la promotion de la santé, est, comme son titre l'indique, consacrée à l'équité : « Promotion de la santé : faire place à l'équité, Mexico, 5 juin 2000 ». L'équité dans l'accès à la santé et au bien-être est au cœur de la réflexion²⁴⁷. En 2009, le lien entre équité et durabilité des interventions est mis en lumière par l'Appel à l'action de Nairobi : les interventions en promotion de la santé ne peuvent être durables que si elles sont mises en place dans des systèmes de santé qui encouragent l'équité en santé et répondent à des critères rigoureux²⁴⁸. On trouve par ailleurs un lien entre équité et réduction des inégalités en santé dans la Déclaration de Moscou en 2011, où ces deux aspirations se rejoignent²⁴⁹. Quant à la Déclaration de Rio, elle démontre que l'action sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être à travers une approche intersectorielle globale permet d'atteindre l'équité sociale et en santé. Le texte affirme le « caractère essentiel de l'équité en santé » et rappelle qu'elle est « une responsabilité partagée qui exige l'engagement de tous les secteurs des pouvoirs publics, de toutes les couches de la société et de tous les membres de la communauté internationale pour une action mondiale de « tous pour l'équité » et en faveur de la « santé pour tous » ²⁵⁰ ». Il exprime la volonté politique de ses signataires « de faire de l'équité en santé un but national, régional et mondial » et de « renforcer la coopération internationale en vue de promouvoir l'équité en santé dans tous les pays²⁵¹ ». Par ailleurs, on peut constater là aussi le lien entre l'équité en santé et la notion de durabilité : « la promotion de l'équité en santé est essentielle au développement durable, à une meilleure qualité de vie et au bien-être de tous, facteurs qui contribuent à la paix et à la sécurité²⁵² ». Au travers de ces textes, l'équité en santé apparaît comme un objectif tangible qui s'inscrit en

²⁴⁵ Troisième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Sundsvall sur les environnements favorables à la santé, *op. cit.*

²⁴⁶ Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} siècle, *op. cit.*

²⁴⁷ Cinquième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé, Des idées aux actes, Promotion de la santé : faire place à l'équité, *op. cit.*

²⁴⁸ Septième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Appel à l'action de Nairobi : Promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre, *op. cit.*

²⁴⁹ Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, OMS, Déclaration de Moscou, *op. cit.*

²⁵⁰ Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, OMS, Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, Brésil, 2011.

²⁵¹ *ibid.*

²⁵² *ibid.*

cohérence avec la lutte contre les inégalités de santé et la prise en compte des déterminants de la santé, ainsi qu'avec le développement durable.

208. À la lecture des déclarations et des chartes étudiées, on constate cependant une confusion entre l'équité en santé et l'équité au sens plus général du terme. Les deux concepts sont utilisés alternativement d'un texte à l'autre, comme si les signataires successifs oscillaient entre ces deux objectifs. En 1986, au moment de la signature de la Charte d'Ottawa, l'équité visée est avant tout une équité globale qui dépasse le secteur de la santé : les signataires s'engagent à « *promouvoir des politiques pour la santé et [à] plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs*²⁵³ ». De la même façon, les Recommandations d'Adélaïde, en 1988, adoptent un objectif d'équité au sens large : « *les politiques pour la santé se caractérisent par le souci explicite de garantir la santé et l'équité dans tous les domaines politiques*²⁵⁴ ». La Déclaration de Mexico, en 2000 conçoit, elle aussi, l'équité de façon générale dans la mesure où « *les Ministres de la Santé signataires de la présente Déclaration reconnaissent que la possession du meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre est un bien précieux pour profiter pleinement de la vie et qu'elle est nécessaire pour le développement économique et social et l'équité* ». La Charte de Bangkok en 2005, l'Appel à l'action de Nairobi en 2009 et la Déclaration d'Adélaïde en 2010 s'inscrivent dans la même optique. L'objectif d'équité transcende bel et bien les frontières du secteur de la santé. La Déclaration de Moscou, en 2011, vise même spécifiquement un tout autre domaine, à savoir l'équité entre les sexes.
209. Le passage de l'équité en santé à l'équité en général s'inscrit dans l'esprit conquérant de la promotion de la santé et de la « santé dans toutes les politiques » que nous avons pu constater : on y retrouve l'ambition d'exhaustivité et la volonté d'embrasser un large périmètre de secteurs et d'enjeux. Nous clôturerons ce développement sur l'équité en concluant que les objectifs de la promotion de la santé et de la « santé dans toutes les politiques » se rejoignent : dans la définition donnée en 2013 pour la santé dans toutes les politiques, l'équité en santé est bien un but central. De même, comme le rappellent la Charte

²⁵³ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, *op. cit.*

²⁵⁴ Deuxième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Les recommandations d'Adélaïde : politiques pour la santé, *op. cit.*

d'Ottawa et la Déclaration de Jakarta, la promotion de la santé a pour but de créer l'équité en matière de santé²⁵⁵.

210. Depuis 1978, les conférences qui se sont succédé et les déclarations et les chartes qui ont été adoptées se sont inscrites dans une cohérence, à la manière d'une suite l'une de l'autre et en se citant mutuellement. Construite sur les fondements de la promotion de la santé, l'idée d'intégration de la santé dans toutes les politiques acquiert peu à peu une existence à part entière. La Déclaration d'Helsinki, adoptée en 2013 lors de la huitième conférence mondiale sur la promotion de la santé, apparaît comme un aboutissement pour la « santé dans toutes les politiques », notion enfin officiellement définie et concrétisée.

§ 2) La définition de la « santé dans toutes les politiques » donnée par la Déclaration d'Helsinki : une définition à la faible portée

211. Tout comme les textes de nature déclaratoire qui l'ont précédée (A), la Déclaration d'Helsinki sur la « santé dans toutes les politiques » semble avoir une portée juridique et normative très restreinte, et en pratique, des effets limités (B).

A) Une volonté politique matérialisée par des textes à la portée normative ambiguë

212. Le droit international déclaratoire de la santé fourmille de sources en faveur de la concrétisation de l'approche « santé dans toutes les politiques » (1°), mais ces sources ont une force toute relative dans la mesure où elles se trouvent à la lisière du champ juridique (2°).

²⁵⁵ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, *op. cit.* : « L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé » ; Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} siècle, *op. cit.* : « La promotion de la santé est une approche concrète pour instaurer plus d'équité en matière de santé ».

1°) Une nébuleuse de textes émanant du droit international déclaratoire

213. Il existe en effet un ensemble de sources dépourvues de valeur juridique formelle (a) qui constituent une partie émergente du droit international et qui à ce titre reçoivent néanmoins l'attention des juristes (b).

a) Des sources de droit international considérées comme non formelles

214. Avant d'analyser la valeur des textes qui nous intéressent ici, il convient au préalable de rappeler quelles sont les sources formelles du droit international. Elles sont énumérées à l'article 38 du statut de la Cour internationale de justice : il s'agit des conventions internationales, de la coutume internationale, des principes généraux de droit reconnus par les nations civilisées – ces trois sources forment une première catégorie : les sources principales, à caractère obligatoire²⁵⁶ - ainsi que les décisions judiciaires et la doctrine des publicistes les plus qualifiés des différentes nations – qui forment une seconde catégorie : les sources auxiliaires²⁵⁷. De façon générale, le droit international public comporte très peu de sanctions²⁵⁸. Comme le rappellent les Professeurs Dupuy et Kerbrat, cet article 38 offre un guide utile et une typologie opératoire mais reste un instrument imparfait qu'il ne faut pas ériger en modèle absolu et suprême²⁵⁹. De toute façon, nous verrons que les textes étudiés ici s'éloignent de ce modèle classique de classification des sources du droit international public.
215. S'il s'agit avec certitude de textes écrits exprimant une volonté commune d'États souverains, on peut d'ores et déjà écarter de notre étude la notion de traité, défini comme « *l'expression de volontés concordantes, émanant de sujets de droit dotés de la capacité requise, en vue de produire des effets juridiques régis par le droit international*²⁶⁰ ». En effet, il s'agit plus précisément ici, pour la plupart, de déclarations et de chartes adoptées par un grand nombre d'États membres de l'OMS. Ces textes successifs appelés alternativement « déclaration », « charte » et parfois même « recommandations » ou « appel à l'action » ont à première vue une valeur égale les uns aux autres, ce qui suggère un manque de rigueur juridique de la part des

²⁵⁶ C. ECONOMIDÈS, « Les actes institutionnels internationaux et les sources du droit international », *Annuaire français de droit international* 1988, Vol. 34, p. 131-145.

²⁵⁷ *ibid.*

²⁵⁸ J. CARBONNIER, *Sociologie juridique*, 3^{ème} édition, Presses Universitaires de France, Quadrige, 2016, 416 p.

²⁵⁹ P. M. DUPUY, Y. KERBRAT, *Droit international public*, *op. cit.*

²⁶⁰ *ibid.*

signataires dans le choix de la terminologie puisqu'aucun élément de précision n'est donné. À défaut de définition donnée lors de ces conférences mondiales, il ressort des dictionnaires juridiques consultés que ces notions sont polysémiques.

216. Très simplement, en droit international public une charte peut être un « *acte constitutif d'une organisation internationale*²⁶¹ ». C'est toutefois la signification suivante que nous retiendrons plutôt : une charte est un « *instrument diplomatique proclamant de manière solennelle des principes que les parties entendent préserver et défendre*²⁶² » : selon les cas il peut donc s'agir concrètement d'un traité, de résolutions adoptées par une organisation internationale ou bien d'un accord politique²⁶³, ce dernier cas correspondant bien aux chartes étudiées ici. On peut faire un emprunt au droit constitutionnel pour conclure à une utilisation presque dévoyée du terme de charte : il peut en effet être employé « *pour désigner des documents de nature très diverse, allant des plus sérieux (comme la Charte des Nations unies du 25 juin 1945, dans un sens identique à celui de constitution) à de plus discutables - le mot de charte est alors galvaudé - auxquels on veut donner une certaine importance politique (par exemple la Charte du contribuable en 2005) ou finalement, juridique (Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne en 2000)*²⁶⁴ ».
217. Quant à la déclaration, d'un point de vue matériel, le Professeur Salmon définit cette catégorie comme « *tous les actes d'un État ou d'un groupe d'États qui notamment font connaître aux autres États leur position officielle sur tel fait ou telle situation (existante ou souhaitée), qui manifestent leur intention pour l'avenir et qui, parfois, peuvent constituer un engagement de leur part*²⁶⁵ ». Selon ce spécialiste de droit international, une déclaration exprime une volonté de solennité de la part de ses auteurs mais n'a pas automatiquement de valeur juridique ou politique. Sur le plan formel, la déclaration peut désigner une palette très large d'actes écrits ou verbaux, unilatéraux, conjoints ou multilatéraux, et pouvant exprimer « *la volonté unilatérale d'un ou de plusieurs États*²⁶⁶ ».

²⁶¹ S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques*, 27^{ème} édition, Dalloz, 2019, 1126 p.

²⁶² J. SALMON, *Dictionnaire de droit international public*, op. cit.

²⁶³ *ibid.*

²⁶⁴ M. DE VILLIERS, A. LE DIVELLEC, *Dictionnaire du droit constitutionnel*, 9^{ème} édition, Dalloz-Sirey, 2013, 408 p.

²⁶⁵ J. SALMON, *Dictionnaire de droit international public*, op. cit.

²⁶⁶ *ibid.*

218. Enfin, nous retiendrons aussi une définition proposée par le Professeur Salmon au sujet de la recommandation, qui peut être un « *acte unilatéral non contraignant émanant d'un organe international et adressé à un ou plusieurs destinataires (en principe les États) les invitant à adopter un comportement déterminé, qu'il s'agisse d'une action ou d'une abstention ; elle exprime un simple vœu à l'égard de ceux auxquels elle s'adresse ; elle ne les lie pas en droit*²⁶⁷ ». Aucune définition juridique de la notion « d'appel à l'action » n'a été trouvée dans les ouvrages précités.
219. Au regard de ces définitions, les textes étudiés dans ce chapitre semblent avoir pour point commun d'exprimer une volonté d'États, une manifestation d'intention sans caractère juridiquement contraignant.

b) Des sources de droit international néanmoins prises en compte

220. *A priori* situés en dehors du droit, ces textes ne semblent pas pour autant totalement dépourvus de poids. Les Professeurs Dupuy et Kerbrat admettent qu'« *il existe sans doute, à côté de l'ordre normatif structuré et plus ou moins formalisé par le droit, un autre ordre, de caractère non plus juridique mais politique, qui offre beaucoup plus de souplesse, mais n'est pas nécessairement moins contraignant*²⁶⁸ ». C'est sans doute ici que se rangent nos déclarations et chartes hétéroclites. Elles semblent en effet s'inscrire dans une tendance actuelle qu'a le droit international à se manifester sous de multiples formes nouvelles mais ayant pour dénominateur commun une nature « *déclaratoire*²⁶⁹ » et non obligatoire. Ainsi, certaines « déclarations » pourtant issues de négociations longues et difficiles et dotées d'une grande importance politique ont ce caractère déclaratoire, tout comme « *certaines textes concertés au sein d'une conférence internationale et destinés à officialiser les résultats d'une négociation*²⁷⁰ ». Ce « droit déclaratoire » peut désigner, selon le Professeur Salmon, « *certaines normes issues d'instruments formellement non obligatoires dont l'objet est néanmoins de déclarer l'existence, en tant que droit international, des principes qu'ils énoncent*²⁷¹ ». Le Professeur Bélanger considère au contraire que le droit international déclaratoire de la santé relève du droit souple²⁷².

²⁶⁷ *ibid.*

²⁶⁸ P. M. DUPUY, Y. KERBRAT, *Droit international public, op. cit.*

²⁶⁹ E. DECAUX, « Déclarations et conventions en droit international », Site internet du Conseil constitutionnel, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/nouveaux-cahiers-du-conseil-constitutionnel/declarations-et-conventions-en-droit-international>, [consulté le 15/11/2019].

²⁷⁰ P. M. DUPUY, Y. KERBRAT, *Droit international public, op. cit.*

²⁷¹ J. SALMON, *Dictionnaire de droit international public, op. cit.*

²⁷² M. BÉLANGER, *Introduction à un droit mondial de la santé, op. cit.*

221. En ce qui concerne les textes déclaratoires émanant des Nations Unies par exemple, le Professeur Decaux les définit comme des textes consensuels comportant des affirmations et des engagements de nature politique sur les buts et principes des Nations Unies. Ces textes déclaratoires ont la valeur d'une « *interprétation autorisée de la Charte [des Nations unies], qui impose aux États une obligation de cohérence, un principe de non-contradiction, dans leur comportement*²⁷³ ». Selon le Professeur Decaux, « *alors que les normes conventionnelles ne concernent que les États parties et que les normes coutumières peuvent être récusées par un « objecteur persistant », le droit déclaratoire marque un consensus politique qui engage moralement tous les États, à défaut de les lier juridiquement*²⁷⁴ ». Ces propos peuvent s'appliquer à la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles adoptée en 2011 qui figure dans l'analyse précédente.

2°) Un ensemble dépourvu des attributs caractéristiques des normes juridiques

222. À titre introductif, notons que le Professeur Aledo avance que la normativité internationale est douée, de façon générale, d'une puissance juridique limitée, c'est-à-dire que « *l'effet obligatoire d'une norme internationale est limité*²⁷⁵ ». Sans surprise, les textes étudiés jusqu'à présent sont privés de juridicité et de normativité (a) et ne sont pas susceptibles de recours devant une juridiction (b).

a) Un ensemble dépourvu de juridicité et de normativité

223. Si l'on retient pour la notion de juridicité la définition suivante : « *caractère de ce qui est placé sous l'empire du droit, par opposition aux normes de la vie sociale : mœurs, convenance, morale, religion. La possibilité d'une sanction juridictionnelle en constitue un critère*²⁷⁶ », il semble clair que les différents textes analysés précédemment sont dépourvus de juridicité, bien qu'un seul d'entre eux aille jusqu'à mentionner explicitement que « *le présent document ne confère pas de droits juridiques* » (la

²⁷³ E. DECAUX, « Déclarations et conventions en droit international », *op. cit.*

²⁷⁴ *ibid.*

²⁷⁵ L-A. ALEDO, *Le droit international public*, *op. cit.*

²⁷⁶ S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques*, *op. cit.* Quant au Professeur TIMSIT, il définissait la juridicité comme « *la propriété d'une norme qui fait que cette norme a la qualité de norme juridique* » (G. TIMSIT, *L'archipel de la norme*, Presses universitaires de France, Les voies du droit, 1998, 264 p.).

Charte de Ljubljana, 1996²⁷⁷) ce qui n'empêche pas ses auteurs d'employer maintes fois le verbe « devoir » à l'égard des gouvernements concernés. C'est dans ce même texte que l'on trouve l'une des rares mentions du rôle du droit dans notre problématique : « Les gouvernements doivent susciter un débat général sur les valeurs à respecter, et assurer une répartition équitable des ressources ainsi que l'accès de tous aux services de santé. Ils doivent aussi prendre des mesures législatives et réglementaires allant dans ce sens ».

224. Par ailleurs, le Professeur de Béchillon considère que « la juridicité d'une norme suppose l'existence d'une habilitation de son auteur à exercer un pouvoir normatif²⁷⁸ » ; or, comme nous l'avons vu, nous ne sommes pas ici dans le cadre du pouvoir conventionnel de l'OMS. Par conséquent, cette organisation a, dans les cas qui nous intéressent ici, un pouvoir normatif plus limité.
225. Un autre raisonnement nous permet de confirmer l'absence de juridicité de ces textes. Nous proposons de nous placer dans la perspective proposée par Monsieur Dellaux, Maître de conférences en droit public, qui suggère, pour définir la juridicité, de retenir - du moins pour son objet d'étude, le droit international de l'environnement - non plus la justiciabilité²⁷⁹, mais la normativité. La normativité est une notion encore floue car peu définie par la doctrine²⁸⁰. Tantôt associée ou non à la contrainte, tantôt considérée ou non comme

²⁷⁷ Organisation mondiale de la santé Europe, Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, Ljubljana, Slovénie, 1996.

²⁷⁸ D. DE BÉCHILLON, *Qu'est-ce qu'une règle de droit ?* Odile Jacob, 1997, 291 p.

²⁷⁹ Qui peut être définie comme le « fait de relever du pouvoir de juger d'une juridiction », et par extension, la « possibilité, le cas échéant douteuse, qu'une disposition puisse être invoquée utilement devant le juge » (S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques*, op. cit.)

Dans son article, Monsieur DELLAUX expose les points de vue suivants, pour s'en détacher : « La contrainte stricto sensu est le caractère distinctif de l'ordre juridique. [...] Si un comportement est simplement identifié comme devant être accompli, sans que l'ordre juridique ne prévoie l'imputation d'une sanction au comportement contraire, il n'est pas juridiquement ordonné. Les normes à « proprement parler » sont donc celles ayant pour destinataires les juges et imputant une sanction à un acte illicite. De ce fait, toute norme juridique est donc justiciable, et toute norme justiciable est juridique » ; « Cette conception positiviste traditionnelle se retrouve dans le célèbre article de Prosper Weil, où l'éminent juriste s'oppose aux développements doctrinaux tendant à faire de la normativité « une question de degré ». Contre cela il défend l'existence du seuil de normativité constituant la frontière entre le pré-juridique (ou le non-juridique), et le juridique ; entre l'absence et l'existence d'une norme. Il n'y aurait donc de norme que juridique, et de Droit que normatif. Nous avons donc une identité conceptuelle entre la juridicité et la normativité. L'auteur précise en outre que le seuil de normativité est déterminé par la possibilité de saisir un juge de la violation de l'obligation ».

²⁸⁰ Monsieur DELLAUX souligne que la normativité n'est pas définie dans les dictionnaires juridiques : A.-J. ARNAUD, *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, 2^{ème} édition, LGDJ, 2018, 804 p. ; G. CORNU, *Vocabulaire juridique*, 10^{ème} édition, Presses universitaires de France, Dictionnaires Quadriga, 2014, 1100 p. ; R. CABRILLAC, *Dictionnaire du vocabulaire juridique*, 6^{ème} édition, Lexis Nexis, 2014, 536 p. ; S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques*, 23^{ème} édition, Dalloz, 2015, 1070 p. Il cite une exception : Jean SALMON définit la normativité comme un « néologisme juridique désignant le caractère de ce qui peut répondre à la définition d'une norme ». (J. DELLAUX, « Contribution pour une (re)définition du concept de normativité

proprement juridique, la normativité est une notion discutée²⁸¹. Le même auteur apporte des éclaircissements tout d'abord en se fondant sur les postulats suivants, issus de la théorie de Hans Kelsen²⁸² : toute norme est nécessairement juridique, et le système juridique est un système de normes, composé exclusivement de ces éléments. Il est proposé de dissocier la normativité et la juridicité de la justiciabilité. Se référant au Professeur Amselek, Monsieur Dellaux affirme qu'il n'y a pas de gradation dans la normativité : « *un contenu de pensée est normatif ou ne l'est pas*²⁸³ ». Selon lui, la normativité est la caractéristique d'une régularité volitive. Il la définit plus précisément comme « *la qualité d'un contenu de pensée auquel un groupe social reconnaît intersubjectivement, pour son propre compte, une fonction de direction des conduites et qui constitue de ce fait une norme*²⁸⁴ ». Cela diffère de la conception de la normativité proposée par le Professeur Thibierge en droit français, qui sera évoquée en seconde partie de la thèse.

226. Cela étant précisé, si l'on prend à présent pour modèle l'analyse de la valeur normative contenue dans les décisions des conférences des parties dans le cadre d'accords environnementaux multilatéraux que propose Monsieur Dellaux, nous pouvons tenter de chercher des « *indices de normativité*²⁸⁵ » dans les chartes et déclarations étudiées ici. Nous prendrons des exemples pour appliquer et éclairer la classification empruntée à cet auteur, qui s'est largement appuyé sur les travaux de John Langshaw Austin²⁸⁶. Les accords

en droit international, questionnements autour d'instruments de soft law : les décisions des conférences des parties », Revue Québécoise de droit international 2016, p. 135-157).

²⁸¹ J. DELLAUX, « Contribution pour une (re)définition du concept de normativité en droit international, questionnements autour d'instruments de soft law : les décisions des conférences des parties », *op. cit.*

²⁸² Hans Kelsen, *Théorie pure du droit*, LGDJ, La pensée juridique, 1999, 376 p.

²⁸³ J. DELLAUX, « Contribution pour une (re)définition du concept de normativité en droit international, questionnements autour d'instruments de soft law : les décisions des conférences des parties », *op. cit.*

²⁸⁴ Pour étayer cette définition : « *Nous pouvons donc nous fonder sur l'idée que la normativité sera la qualité reconnue au contenu d'un acte révélant « la volonté de ses auteurs de créer une norme », ayant « reçu la vocation instrumentale à servir d'indicateur du possible » ; « La normativité d'un énoncé réside donc dans une intention, conventionnellement reconnue, conférée par son auteur à l'acte. Les indices de cette fonction doivent être recherchés dans le langage utilisé, mais aussi dans le métalangage articulé par l'acte, et le contexte d'énonciation ».* (J. DELLAUX, « Contribution pour une (re)définition du concept de normativité en droit international, questionnements autour d'instruments de soft law : les décisions des conférences des parties », *op. cit.*).

²⁸⁵ J. DELLAUX, « Contribution pour une (re)définition du concept de normativité en droit international, questionnements autour d'instruments de soft law : les décisions des conférences des parties », *op. cit.*

²⁸⁶ J.L. Austin, *Quand dire, c'est faire*, Points, 1991, 202 p. : le terme « performatif » a été inventé par J.L. Austin et présenté lors de conférences données en 1955 à Harvard. Les énonciations performatives visent à faire quelque chose, elles ne sont pas des affirmations vraies ou fausses. J.L. Austin parlait aussi de « phrase performative » ou plus simplement de « performatif » (dérivé du verbe anglais « *to perform* » qui signifie réaliser, accomplir). Par opposition, il employait le mot « constatif » car « *toutes les affirmations, vraies ou fausses, ne sont pas pour autant des descriptions ; voilà pourquoi je préfère employer le mot « constatif »* ».

internationaux de l'exemple étudié²⁸⁷ sont tous composés de paragraphes commençant par un verbe conjugué. Ce verbe peut donner à ces textes une valeur non simplement informative mais performative lorsqu'ils « *constituent l'accomplissement d'un acte*²⁸⁸ ». On ajoutera au passage l'habile définition donnée par le Professeur Ost pour ce qui relève du performatif, qui « *fait du dire un acte efficace* » ; le performatif étant « *une prétention qui réussit : elle est crue, exécutée, suivie de l'effet auquel prétendait son auteur*²⁸⁹ ». Selon cet auteur, « *le style propre du juridique est le performatif, bien plus que l'impératif ou l'indicatif*²⁹⁰ ».

227. Pour revenir à nos accords internationaux, parmi les verbes situés en début de paragraphes, seuls certains manifestent une volonté normative. Il s'agit des propositions performatives promotionnelles et décisionnelles dans la mesure où elles « *visent à fournir un référent auquel comparer le comportement* » contrairement aux propositions simplement constatives qui ont pour seul but de décrire²⁹¹. Une proposition performative promotionnelle correspond à une « *norme de comportement* » tandis qu'une proposition performative décisionnelle est, selon l'auteur²⁹², une « *méta-norme structurelle* » dans le sens où elle encadre des normes de comportement préalablement établies. Les déclarations et chartes de notre étude n'ont pas toutes une telle structure : tous leurs paragraphes ne commencent pas par un verbe conjugué. En réalité, seuls les textes adoptés à Mexico en 2000²⁹³ et à Moscou en 2011²⁹⁴ sont présentés de cette façon. S'agissant de la Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé, si ses paragraphes commencent tous par un verbe conjugué, il s'agit chaque fois de propositions performatives constatives (« *reconnaissent* », « *considèrent* », « *constatent* », etc.). Les propositions performatives promotionnelles ont été ici délaissées au profit d'un simple titre intitulé « Engagements » en seconde partie du texte. La Déclaration de Moscou se présente elle aussi sous forme de paragraphes commençant par un verbe conjugué, mais tout comme pour le texte de Mexico, il s'agit ici seulement de

²⁸⁷ J. DELLAUX, « Contribution pour une (re)définition du concept de normativité en droit international, questionnements autour d'instruments de soft law : les décisions des conférences des parties », *op. cit.*

²⁸⁸ *ibid.*

²⁸⁹ F. OST, *A quoi sert le droit ?* Bruylant, Penser le droit, 2016, 578 p.

²⁹⁰ *ibid.*

²⁹¹ J. DELLAUX, « Contribution pour une (re)définition du concept de normativité en droit international, questionnements autour d'instruments de soft law : les décisions des conférences des parties », *op. cit.*

²⁹² *ibid.*

²⁹³ Cinquième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé, Des idées aux actes, Promotion de la santé : faire place à l'équité, *op. cit.*

²⁹⁴ Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, OMS, Déclaration de Moscou, *op. cit.*

propositions constatives (« reconnaissons », « notons », « soulignons »). Il n'y a pas de proposition performative promotionnelle, mais un titre intitulé « Engagement à l'action » à la portée normative incertaine.

228. Toutes les autres déclarations et chartes analysées sont rédigées selon un autre modèle : les paragraphes les composant ne débutent pas par un verbe conjugué et sont rédigés sous une forme déclarative et descriptive. Voilà donc un indice qui permet de reconnaître leur faible portée juridique et normative.
229. La distinction entre propositions constatives et propositions performatives promotionnelles ou décisionnelles semble tout de même intéressante pour notre cas, comme le montrent les exemples suivants. La Déclaration d'Alma-Ata adoptée en 1978 combine des propositions simplement constatives (« *La conférence réaffirme* ») et performatives promotionnelles (« *La conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment* », « *Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE²⁹⁵ et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale* », « *La conférence les exhorte* »). Ces propositions de nature performative promotionnelle identifient pour un sujet un comportement à suivre. Elles ont « *une fonction directive en identifiant un comportement associé au destinataire, et devant être accompli²⁹⁶* ». La Charte d'Ottawa adoptée en 1986 combine des propositions performatives promotionnelles (« *Les participants à la conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé* ») et décisionnelles (« *Les participants à la conférence s'engagent à* »). Ce sont pour ces dernières que l'on atteint la limite de l'application de la classification de cet auteur à notre étude, dans la mesure où les propositions de nature décisionnelle présentes dans les déclarations et chartes étudiées n'ont ici pas nécessairement pour fonction de fixer « *des normes de comportement préalablement établies* », « *des modalités procédurales* », ou de créer des organes et d'encadrer leur fonctionnement²⁹⁷.

²⁹⁵ Fonds des Nations unies pour l'enfance (*United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)*).

²⁹⁶ J. DELLAUX, « Contribution pour une (re)définition du concept de normativité en droit international, questionnements autour d'instruments de soft law : les décisions des conférences des parties », *op. cit.*

²⁹⁷ *ibid.*

230. Entre 1988 et 2009, toutes les déclarations et chartes adoptées et entrant dans le cadre de notre étude comportent des propositions performatives promotionnelles²⁹⁸ sauf deux²⁹⁹. À partir de 2010, on constate un recul dans l'utilisation de formulations performatives promotionnelles dans les textes adoptés : jusqu'en 2016, seule la Déclaration d'Helsinki, en 2013, comporte une mention de ce type³⁰⁰. Une nouvelle tendance se dégage à cette période dans la mesure où les textes sont majoritairement descriptifs, constatifs³⁰¹, avec pour certains une nouvelle expression : « *nous nous engageons à*³⁰² ».
231. D'un autre point de vue, nous pouvons supposer que le corpus de textes présentés dans ce chapitre relève d'une catégorie de normes de droit international que le Professeur Aledo appelle les « *engagements de « bonne volonté*³⁰³ », qui se caractérisent par le fait qu'ils contiennent une obligation juridique déterminée avec une faible précision. Selon cet auteur,

²⁹⁸ Deuxième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Les recommandations d'Adélaïde : politiques pour la santé, *op. cit.* : « *La Conférence demande* », « *La Conférence recommande* », « *Les participants à la Conférence d'Adélaïde invitent instamment toutes les parties concernées* » ;

Troisième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Sundsvall sur les environnements favorables à la santé, *op. cit.* : « *The Third International Conference on Health Promotion: Supportive Environments for Health calls upon people in all parts of the world to actively engage in making environments more supportive to health* » ;

Organisation mondiale de la santé Europe, Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, *op. cit.* : « *Nous prions en outre le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de prendre les mesures nécessaires pour aider les États membres à donner effet à ces principes* » ;

Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} Siècle, *op. cit.* : « *Les participants demandent à l'OMS de prendre l'initiative de créer cette alliance mondiale de promotion de la santé et de permettre à ses États Membres de mettre en œuvre les conclusions de la Conférence* » ;

Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, *op. cit.* : « *This Bangkok Charter urges all stakeholders to join in a worldwide partnership to promote health, with both global and local engagement and action* » ;

Septième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Appel à l'action de Nairobi : Promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre, *op. cit.* : « *We request Member States to mandate WHO to* ».

²⁹⁹ Organisation mondiale de la santé, Riga : La réaffirmation d'Alma-Ata, *op. cit.* ; Organisation mondiale de la santé Europe, Charte européenne de l'environnement et de la santé, *op. cit.*

³⁰⁰ « *We call on governments* » (Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, *op. cit.*)

³⁰¹ Réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, OMS, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, *op. cit.* ; Nations unies, Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, *op. cit.*

³⁰² Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, OMS, Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, *op. cit.* ; Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, *op. cit.*

³⁰³ L-A. ALEDO, *Le droit international public*, *op. cit.*

« la rédaction, les formules employées, le recours fréquent au conditionnel amollissent l'obligation. Les États s'engagent à « examiner », à « étudier », à « analyser », à « se concerter », à « coopérer », à « s'informer », à « agir de façon appropriée », sans qu'il soit possible d'identifier précisément et concrètement le contenu réel de leur obligation³⁰⁴ ».

232. Enfin, si l'on prend pour exemple la Charte d'Ottawa, à en juger par son absence de la Table analytique du Journal officiel de l'année 1986 et de celle de l'année 1987³⁰⁵, elle semble n'avoir été publiée dans aucun décret interne. Or, dans la mesure où le Conseil d'État considère que « la seule publication faite au Journal Officiel du 9 février 1949 du texte de la déclaration universelle des droits de l'homme ne permet pas de ranger cette dernière au nombre des traités ou accords internationaux qui, ayant été ratifiés et publiés, ont, aux termes de l'article 55 de la Constitution du 4 octobre 1958, « une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve, pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie »³⁰⁶ », la Charte d'Ottawa, n'a bénéficié, *a fortiori*, d'aucune reconnaissance juridique en France.

b) Un ensemble dépourvu de justiciabilité et d'effectivité

233. Si certains de ces textes avancent l'idée d'une responsabilité individuelle ou étatique dans le domaine de la santé, la plupart n'évoquent pas de portée juridique à ces responsabilités qui relèvent plus de l'ordre moral. La Charte de Ljubljana de 1996 énonce par exemple succinctement que « les citoyens doivent aussi partager la responsabilité de leur propre santé³⁰⁷ ». La Charte européenne de l'environnement et de la santé, adoptée en 1989 peut faire office d'exception de ce point de vue. Ce texte a été adopté par les États de la région OMS Europe ainsi que par la Commission des Communautés européennes, spécialement invitée à participer à la conférence organisée à Francfort-sur-le-Main. La Commission des Communautés européennes a adopté la charte au nom de la Communauté européenne « en guise de principe directeur des activités à venir de la Communauté dans les domaines relevant de la compétence communautaire³⁰⁸ ». Dans cette charte européenne, les États reconnaissent des droits aux individus, en particulier celui « de bénéficier d'un environnement permettant la réalisation du niveau le plus élevé possible de santé et de bien-être », mais affirment aussi l'existence de certaines

³⁰⁴ *ibid.*

³⁰⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/> [consulté le 27/09/2021].

³⁰⁶ CE, ass., 21 déc. 1990, *Confédération nationale des associations familiales catholiques*, n°105743, 105810, 105811, 105812, Lebon (concl. STIRN ; AJDA 1991. 91, chron. C. M., F. D. et Y. A).

³⁰⁷ Organisation mondiale de la santé Europe, Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, *op. cit.*

³⁰⁸ Organisation mondiale de la santé Europe, Charte européenne de l'environnement et de la santé, 1989.

obligations : en effet, « *chaque individu a l'obligation de contribuer à la protection de l'environnement, dans l'intérêt de sa propre santé et de la santé des autres* », et « *toutes les composantes de la société sont responsables de la protection de l'environnement et de la santé*³⁰⁹ ». Ce texte n'aspire pas à une valeur normative mais appelle à une précision ultérieure des « *obligations respectives* » de chacun et souligne l'importance de normes pour concrétiser les directives données³¹⁰.

234. Face à ce nouveau droit qui n'en présente pas toutes les caractéristiques, une prudence sera donc de mise dans notre analyse. On peut penser qu'il impliquerait qu'un justiciable soulève la question de la santé devant un tribunal international pour que les déclarations et chartes étudiées prennent éventuellement une réelle valeur juridique, dans la mesure où « *le juge a un rôle essentiel d'élucidation des normes. C'est déjà le cas de la Cour européenne des droits de l'homme qui se réfère de plus en plus au droit déclaratoire régional ou onusien, qu'il s'agisse de bonne administration de la justice, de lutte contre l'impunité, de disparitions forcées, ou de prohibition de la torture, pour interpréter et développer la Convention européenne des droits de l'homme*³¹¹ ». Actuellement, la portée des textes en question trouve en effet une limite au niveau de la justiciabilité qui semble pour l'instant nulle mais envisageable au regard du droit à la santé. Les propos du Professeur Decaux vont dans ce sens : « *La Cour internationale de justice qui se servait déjà elle aussi du droit déclaratoire pour interpréter le droit applicable, sera sans doute de plus en plus amenée à se référer aux engagements politiques et aux déclarations solennelles des États pour déterminer l'existence de normes de jus cogens (norme impérative)*³¹² ».

235. Il s'agira donc ici d'un dernier indice et non des moindres : « *pour apprécier cependant la force d'imprégnation de ces textes, il demeure à constater si les bonnes résolutions ainsi prises par les États sont ou non suivies d'effets*³¹³ », ce qui sera l'objet de la Partie 2 de cette thèse. Une absence de transposition en droit interne ou du moins le défaut d'adaptation des idées promues dans ces textes signifiera clairement une autre limite concernant leur portée.

³⁰⁹ *ibid.*

³¹⁰ *ibid.*

³¹¹ E. DECAUX, « Déclarations et conventions en droit international », *op. cit.*

³¹² *ibid.*

³¹³ P. M. DUPUY, Y. KERBRAT, *Droit international public*, *op. cit.* Les auteurs précisent également que « *Le test de la pratique demeure ainsi incontournable. La « soft law » ne prend consistance dans l'ordre juridique que si à la déclaration succède, même partiellement et progressivement, l'application* ».

236. On peut en revanche déjà s'intéresser au traitement que l'OMS elle-même a réservé à ces textes. Leur a-t-elle donné une force particulière ? Il semblerait que non, car parmi les déclarations, chartes et autres textes étudiés ici, très peu ont été approuvés officiellement ensuite par l'Assemblée mondiale de la santé lors de sa réunion annuelle, ce qui limite encore davantage leur portée. Parmi ceux qui ont été approuvés, on trouve la Déclaration d'Alma-Ata, issue de la conférence de septembre 1978 placée sous la supervision de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, approuvée non seulement par la trente-deuxième Assemblée mondiale de la santé en 1979, mais aussi par l'Assemblée générale des Nations unies lors de sa trente-quatrième session en 1979³¹⁴. La Déclaration de Riga adoptée en 1988 a, elle aussi, reçu l'approbation officielle de l'Assemblée mondiale de la santé, tout comme la Déclaration de Jakarta - qui fut « confirmée » par l'Assemblée mondiale de la santé - et la Déclaration de Moscou de 2011³¹⁵.
237. La plupart des textes ont simplement été cités dans les échanges de l'Assemblée mondiale de la santé qui ont suivi ou bien ont figuré, pour certains cas, dans des résolutions ultérieures - c'est le cas de la Charte de Bangkok³¹⁶ et de la Déclaration de Mexico³¹⁷ - mais sans être officiellement approuvés : la Charte d'Ottawa, les Recommandations d'Adélaïde, la

³¹⁴ Nations unies, Assemblée générale, 34^{ème} session, 82^{ème} séance plénière, « *La santé en tant que partie intégrante du développement* », 29 novembre 1979.

³¹⁵ World Health Organization, Forty-First World Health Assembly, Verbatim records of plenary meetings, Reports of committees, Geneva, 2-13 May 1988 : le Président de l'Assemblée mondiale de la santé mentionne la réunion de Riga dans son discours, et la résolution 41.34, adoptée lors de cette Assemblée mondiale de la santé, et intitulée en anglais *Strengthening primary health care* approuve la déclaration de Riga (« *endorses* »).

World Health Organization, Fifty-First World Health Assembly, Resolutions and decisions, Annexes, Geneva, 11-16 May 1998 : les membres de l'Assemblée mondiale de la santé confirment les priorités identifiées par la Déclaration de Jakarta et demandent au Directeur général de l'OMS de s'investir pour créer l'alliance pour la promotion de la santé et pour permettre aux États membres de mettre en œuvre la Déclaration de Jakarta.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, Genève, 16-24 mai 2011 : l'Assemblée mondiale de la santé accueille « *avec satisfaction les résultats de la Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, organisée par la Fédération de Russie et l'OMS les 28 et 29 avril 2011 à Moscou* » et « *approuve la Déclaration de Moscou* ».

³¹⁶ Suite à son adoption, la Charte de Bangkok a fait l'objet d'un rapport préalable du Secrétariat de l'OMS, intitulé « *La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation* » en vue de l'Assemblée mondiale de la santé de 2006 ; ce rapport A 59/21 invitait à « *promouvoir le suivi de la Charte de Bangkok* », « *faciliter l'application de la Charte de Bangkok* », et encourageait la « *mise en œuvre des quatre engagements énoncés dans la Charte de Bangkok* », mais surtout invitait l'Assemblée mondiale de la Santé à examiner « *le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R9* ». L'Assemblée mondiale de la santé a décidé de reporter cet examen : « *La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de soumettre le texte du projet de résolution intitulé « La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation », incorporant les amendements proposés par des États Membres, au Conseil exécutif, à sa cent vingtième session, pour un examen plus approfondi.* ». C'est la soixantième Assemblée mondiale de la santé, en 2007, qui adopte finalement cette résolution intitulée WHA 60.24 « *La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation* ».

³¹⁷ Elle est mentionnée dans la résolution WHA 60.24 six ans après son adoption.

Déclaration de Sundsvall, la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, la Déclaration d'Helsinki³¹⁸. Enfin, certains textes ne seront tout bonnement pas mentionnés par les Assemblées mondiales de la santé qui les ont suivis : c'est le cas de la Déclaration européenne sur l'environnement et la santé, la Charte de Ljubljana, l'Appel à l'action de Nairobi (qui apparaît néanmoins dans un rapport³¹⁹), et la Déclaration d'Adélaïde.

238. Enfin, il nous semble opportun de replacer notre réflexion dans le contexte plus large du droit international de la santé. Le Professeur Bélanger s'interrogeait à juste titre sur l'unité de ce droit en soulignant la distinction entre un « *droit technique* », composé de normes juridiques et techniques, et un « *droit idéologique* », fondé sur des principes à portée politique³²⁰. Force est de constater que plus de trente ans après qu'ils ont été écrits, les propos suivants du Professeur Bélanger sont toujours d'actualité : « *Les sources du droit international de la santé apparaissent comme inégalement importantes. Principes généraux du droit, jurisprudence internationale, coutume et même traités ont, en réalité, une place assez réduite. [...] Les principes généraux du droit ont, dans le domaine de la santé, une portée assez limitée dans la mesure où ils doivent faire l'objet d'une analyse réaliste. La jurisprudence internationale en matière sanitaire est, quant à elle, pratiquement inexistante*³²¹ ».

³¹⁸ La Charte d'Ottawa est notamment citée (et non réaffirmée ou approuvée) au cours de la quarantième Assemblée mondiale de la santé (AMS) (1987), de la quarante-et-unième AMS (1988) et de la quarante-deuxième AMS (1989). Les Recommandations d'Adélaïde sont citées lors de la quarante-et-unième AMS (1988) et de la quarante-deuxième AMS (1989). La Déclaration de Sundsvall est citée et prise en compte par le Directeur général lors de la quarante-cinquième AMS (1992). Elle n'apparaît pas dans les comptes rendus de la quarante-sixième AMS (1993). Elle est citée dans une résolution WHA60.24 lors de la soixantième AMS, en 2007. La Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles est prise en compte dans le rapport WHA64 de 2010 intitulé « Lutte contre les maladies non transmissibles : Rôle de l'OMS dans la préparation, la mise en œuvre et le suivi de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (septembre 2011) : Rapport du Secrétariat (doc A64/21) » ainsi que dans les rapports du Secrétariat A65/6, A65/7, A65/8 (notamment sur l'action multisectorielle) de la soixante-cinquième AMS (2011) et dans la résolution WHA 65(8) intitulée « Prevention and control of noncommunicable diseases: follow-up to the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases » adoptée lors de la soixante-sixième AMS (2012) (exemple : « se rappelle »).

³¹⁹ World Health Organization, Report by the Secretariat, EB126/12 26, Prevention and control of non-communicable diseases: implementation of the global strategy, November 2009.

³²⁰ M. BÉLANGER, « Réflexions sur la réalité du droit international de la santé », *Revue Québécoise de droit international* 1985, Vol. 2, p. 19-62.

³²¹ *ibid.*

239. Cependant, un parallèle pourrait ici être fait avec les propos de Monsieur Nicolas³²² : il donne l'exemple de certaines institutions de la gouvernance mondiale, particulièrement les sommets G8 et G20, qui ont pour but « *d'impulser un continuum de flux de réformes au niveau des États et de soutenir l'action des institutions de coopérations internationales existantes. Ces sommets participent activement à la définition des grands principes et standards de la gouvernance mondiale*³²³ ». Les principes produits par les sommets sont considérés comme du droit souple, mais à force d'être répétés, à mesure que les États s'engagent à les respecter, ils peuvent aboutir à l'émergence de normes coutumières³²⁴. Ce n'est pas sans nous rappeler l'effet de répétition constaté pour le message d'intégration des questions de santé dans tous les secteurs, adopté maintes fois sous différentes formulations par les États présents aux réunions mondiales sur la promotion de la santé et des sujets annexes.

B) Une avancée théorique apportée par la conférence d'Helsinki mais limitée dans la pratique

240. Si la déclaration adoptée en 2013 à Helsinki par les États membres de l'OMS marque une avancée significative dans la construction théorique de l'approche que nous étudions (1°) il nous faut toutefois replacer cela dans une perspective plus large et reconnaître que la conférence et la déclaration qui en a découlé ont finalement eu un bilan nuancé (2°).

1°) Le contexte et l'apport d'une conférence constructive

241. Ce n'est sans doute pas un hasard si la conférence d'Helsinki de 2013 s'est tenue dans le pays auteur d'un document fondateur de la « santé dans toutes les politiques » intitulé « Santé dans toutes les politiques : perspectives et potentiels » (en anglais « *HIAP : Prospects and Potentials* ») et publié en 2006 lors de la présidence de la Finlande pour l'Union européenne³²⁵. Les années précédant le sommet d'Helsinki ont vu un climat favorable s'installer : la Déclaration d'Adélaïde en avril 2010 sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques marque la première utilisation de l'expression « santé dans toutes les politiques » dans une déclaration mondiale, et l'on voit se multiplier les initiatives

³²² E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs, Essai sur le droit fluide*, Mare & Martin, Libre droit, 2018, 364 p.

³²³ *ibid.*

³²⁴ *ibid.*

³²⁵ T. STAHL *et al.*, *Health in All Policies : Prospects and potentials*, *op. cit.*

pendant l'année 2011 avec la Déclaration politique des Nations unies mais aussi la première conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles (qui donne lieu à la Déclaration de Moscou) et la conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (qui donne lieu à la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé). En vue de la conférence de 2013, l'OMS avait réalisé un travail préparatoire de grande ampleur comprenant des guides pratiques et des exemples de cas menés dans différents continents et pays³²⁶.

242. Même avant cela, en 2000, une nouvelle forme d'expression de la volonté politique s'est concrétisée sous la forme d'un mouvement qui tentera de donner en 2013 une portée plus significative à la Déclaration d'Helsinki. Il s'agit d'une initiative citoyenne nommée Mouvement populaire pour la santé qui réunit des « *activistes de base de la santé, des organisations de la société civile et des institutions universitaires du monde entier, en particulier dans les pays à faibles et moyens revenus*³²⁷ ». Ils se sont réunis pour la première fois en 2000 au Bangladesh sous la forme de la première Assemblée populaire pour la santé, réunissant près de 1500 personnes provenant de quatre-vingt-douze pays différents, et ont érigé une « charte populaire pour la santé » qui « *approuve la déclaration d'Alma-Ata et proclame que la santé est une question sociale, économique et politique, mais par-dessus tout, un droit humain fondamental*³²⁸ ». Il s'agit d'un réel plaidoyer pour la « santé dans toutes les politiques », appliqué de façon concrète à un projet de justice sociale et demandant à utiliser comme principal outil la loi. Cette charte citoyenne pose aussi de façon centrale la question de la mise en place de la « santé dans toutes les politiques » du point de vue de la démocratie : ce sont ici les peuples qui demandent directement à leurs gouvernements d'agir en ce sens, ce qui donne une nouvelle dimension à l'idée de « santé dans toutes les politiques », dans la mesure où elle n'est plus un apanage institutionnel ou gouvernemental. Cette tendance se poursuit en 2013 au moment de la

³²⁶ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Rapport du Secrétariat, Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé, *op. cit.*

³²⁷ People's Health movement, <https://phmovement.org/about-3/> [consulté le 18/11/2019].

³²⁸ Mouvement populaire pour la santé, Charte populaire pour la santé, 2000 : cette charte « populaire » fait le constat de l'échec de l'objectif de « santé pour tous » proclamé dans la déclaration d'Alma Ata vingt ans plus tôt et propose de substituer à l'action des gouvernements et des organismes internationaux un nouvel élan pour atteindre cet objectif. Le Mouvement populaire pour la santé plaide pour une approche équitable, participative et intersectorielle pour la santé et les soins de santé et pour le développement d'actions populaires incitant les gouvernements à incorporer les droits fondamentaux et le droit à la santé dans les constitutions et législations nationales et à soumettre les politiques économiques à des évaluations d'impacts en termes de santé, d'équité, d'égalité de genre et d'environnement.

conférence d'Helsinki sur la « santé dans toutes les politiques », puisqu'en parallèle de l'adoption de la Déclaration d'Helsinki par les experts nationaux, le Mouvement populaire pour la santé adopte une déclaration alternative intitulée « Promouvoir la santé pour tous et la justice sociale à l'ère du capitalisme mondial³²⁹ » qui se veut un appel à l'action éclairant les points de vue de la société civile qui étaient absents de la Déclaration d'Helsinki officielle.

243. La conférence d'Helsinki s'est tenue entre le 9 et le 14 juin 2013, réunissant six cent cinquante-neuf représentants de gouvernements et experts de cent vingt-deux États membres différents³³⁰ avec une vingtaine d'organisations non gouvernementales ainsi que dix organisations du système des Nations Unies et organisations intergouvernementales³³¹. Chaque État avait été prié de désigner comme représentant à la conférence un spécialiste du secteur de la santé et un d'un autre secteur que la santé³³². La conférence a abouti à l'adoption de deux documents : la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques et le « Cadre d'action pour les pays sur la santé dans toutes les politiques » (*Health in All Policies Framework for Country Action*), un guide de mise en œuvre de la santé dans les autres politiques, à destination des gouvernements. L'objectif de cette conférence était d'identifier et de promouvoir une méthode pouvant être utilisée et adaptée par chaque État membre dans son système national et notamment pour aider à ce que les secteurs autres que celui de la santé puissent atteindre leurs propres objectifs ainsi que les objectifs sanitaires, en vue d'aboutir à une situation « gagnant-gagnant »³³³. Cette dimension pratique concrétisée par le cadre d'action, un « mode d'emploi » à destination des États, a pu jouer un rôle dans l'accélération de la reconnaissance de la « santé dans toutes les politiques » à travers le monde à la suite de la conférence. En parallèle des sessions de la conférence - qui ont couvert des thématiques telles que les structures et les

³²⁹ People's Health Movement, Promoting Health for All and Social Justice in the Era of Global Capitalism, A call to action by the People's Health Movement at the 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 14 June 2013.

³³⁰ K.C TANG *et al.*, « The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies: From Rhetoric to Action », *op. cit.*

³³¹ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Rapport du Secrétariat, Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé, Point 14.6 de l'ordre du jour provisoire, 2014.

³³² *ibid.*

³³³ K.C TANG *et al.*, « The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies: From Rhetoric to Action », *op. cit.*

mécanismes nécessaires pour la prise en compte de la santé dans toutes les politiques, l'utilisation des études d'impact, et des analyses plus ciblées notamment sur « la santé et le commerce » - des visites de terrain ont été organisées par le Ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé, pour illustrer concrètement la « santé dans toutes les politiques »³³⁴.

244. L'apport principal de la Déclaration d'Helsinki est de donner une définition de ce qu'est l'intégration de la santé dans toutes les politiques. On ne parle donc pas d'innovation majeure ici, mais plutôt de consolidation³³⁵, dans la mesure où la conférence d'Helsinki a eu pour utilité de synthétiser la réflexion menée jusque-là. À partir de cette conférence et de cette définition adoptée collectivement, la « santé dans toutes les politiques » apparaît comme un objectif sociétal majeur pour les gouvernements et comme la pierre angulaire du développement durable³³⁶. Les États reconnaissent en effet cette approche comme faisant partie intégrante de la poursuite des objectifs du Millénaire pour le développement adoptés par les Nations unies³³⁷. Dans le rapport du Secrétariat de l'OMS de 2014 intitulé « Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé » il est aussi rappelé que l'action intersectorielle pour la santé est un élément central de la « *réalisation de la santé en tant que droit de l'homme*³³⁸ ».
245. La Déclaration d'Helsinki s'inscrit en cohérence avec les textes adoptés auparavant, faisant référence à la Déclaration d'Alma-Ata (1978), la Charte d'Ottawa (1986), la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (2011) ainsi qu'aux conférences précédemment tenues à Adélaïde (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico (2000), Bangkok (2005) et Nairobi (2009). Le texte cite aussi la stratégie de santé pour tous de l'OMS.

³³⁴ *ibid.*

³³⁵ S. VAN DEN BROUCKE, « Implementing health in all policies post Helsinki 2013: why, what, who and how », Health Promotion International 2013, Vol. 28, n° 3.

³³⁶ H. HOFSTAD, « The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change », *op. cit.*

³³⁷ Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, *op. cit.*

³³⁸ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Rapport du Secrétariat, Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé, *op. cit.*

246. Après la phrase-clé de définition analysée précédemment³³⁹, le texte énonce que la « santé dans toutes les politiques » « *renforce la responsabilité des décideurs politiques concernant les impacts sanitaires à tous les niveaux de l'action publique. Cette approche fait une place importante aux conséquences des politiques publiques sur les systèmes de santé, et sur les déterminants de la santé et du bien-être*³⁴⁰ ». La question de la responsabilité n'est pas développée davantage, ce qui confirme le manque de volonté des États signataires à s'aventurer sur un terrain juridiquement contraignant. Le texte adopté à Helsinki laisse en effet très peu de place à la dimension juridique. On peut toutefois constater que la réflexion qui y a conduit en a tenu compte, dans la mesure où les conséquences légales de la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques » ont bien été traitées pendant la conférence³⁴¹, qui incluait d'ailleurs dans son programme plusieurs sessions abordant des questions juridiques.
247. Dans le passage susvisé ainsi que dans le reste de la déclaration, la notion de conséquence est centrale : les termes « impacts » et « conséquences » apparaissent plusieurs fois et de façon très rapprochée. La redondance constatée peut être interprétée comme un effet de renforcement du propos. Il y a à la fois la prise en compte des conséquences sur la santé de façon large (« *conséquences sanitaires* ») et de façon plus précise (« *conséquences néfastes pour la santé* »). Puis, la distinction se manifeste dans les verbes « tenir compte » et « éviter ». D'une part, il convient de prendre en considération les conséquences sanitaires que chaque décision prise pourrait avoir, ce qui revient à inclure ce paramètre dans la réflexion menée par chaque responsable politique ; d'autre part il convient de rechercher activement à éviter tout effet négatif sur la santé. Ces deux actions partagent la même racine : elles impliqueront toutes deux une certaine anticipation. Cela signifie que les décisions et les actions doivent être accompagnées d'une réflexion sur l'après, c'est-à-dire sur les résultats de la démarche engagée et même ceux qui ne sont pas directement souhaités. La mention « *évite les conséquences néfastes pour la santé* » suggère une prise en compte des risques pour la santé. Or,

³³⁹ « *La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé* » (Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, *op. cit.*)

³⁴⁰ *ibid.*

³⁴¹ K.C TANG *et al.*, « The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies: From Rhetoric to Action », *op. cit.*

la notion de risque renvoie à la définition de la prévention donnée par l'OMS³⁴². La prévention peut être primaire, secondaire ou tertiaire, selon qu'elle met des moyens en œuvre pour empêcher l'apparition des pathologies, qu'elle œuvre pour leur thérapie, ou éventuellement pour la réinsertion sociale des malades. La prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie et englobe les actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. La prévention primaire prend donc en compte les conduites individuelles à risque, tout comme les risques environnementaux ou sociétaux³⁴³. La « santé dans toutes les politiques » s'inscrit ainsi dans une démarche de prévention des risques.

2°) Les conséquences juridiques de la conférence d'Helsinki, un bilan mitigé

248. Nous verrons ici la façon dont la Déclaration d'Helsinki a été accueillie par l'OMS elle-même. En ce qui concerne la façon dont les États ont traité la chose, nous nous référerons à la seconde partie de cette thèse, tout en pouvant déjà souligner que la Déclaration d'Helsinki n'ayant pas été traduite officiellement en français, les répercussions en France en ont très probablement été limitées. Tandis que l'on trouve de la doctrine française sur la Charte d'Ottawa, qui fut rédigée en français, il est difficile de trouver des analyses francophones sur la Déclaration d'Helsinki et plus généralement sur les autres déclarations et chartes du même mouvement. La barrière de la langue explique sans doute en partie cette cécité des chercheurs et professionnels français vis-à-vis des textes mondiaux adoptés avant et après celui d'Ottawa. La limite ne réside pourtant pas seulement au niveau linguistique, puisque par ailleurs, aucune des réunions mondiales étudiées ici n'a eu lieu en France.
249. La Déclaration d'Helsinki a été prise en note « avec satisfaction » par l'Assemblée mondiale de la santé de 2014 dans la résolution intitulée « WHA67.12 Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé »³⁴⁴. Mais celle-ci a à nouveau fait preuve d'une grande légèreté face aux enjeux juridiques associés. Dans ses demandes formulées aux États membres en lien avec la Déclaration d'Helsinki, l'Assemblée mondiale de la santé les invite notamment à « prendre

³⁴² Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, 1998.

³⁴³ A. FLAJOLET, Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, 2008, 91 p.

³⁴⁴ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, Genève, 19-24 mai 2014.

des dispositions, y compris, le cas échéant, à mettre en place une législation efficace, des structures transversales, des processus, des méthodes et des ressources, par exemple l'outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain, permettant d'adopter des politiques sociétales qui prennent en compte et tentent d'atténuer leur propre impact sur les déterminants de la santé, la protection de la santé, l'équité en santé et le fonctionnement des systèmes de santé, qui mesurent les déterminants sociaux et les disparités dans le domaine de la santé et qui en suivent l'évolution³⁴⁵ ». Dans ces propos, la mise en place d'une législation apparaît accessoire et facultative. L'idée de systématique présente dans la définition officielle de la « santé dans toutes les politiques » s'avère donc plutôt chimérique.

250. Au cours de sa réunion en 2014, l'Assemblée mondiale de la santé prie le Directeur général de l'OMS d'établir un « *cadre d'action dans les pays adaptable à différents contextes, en tenant compte de la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, destiné à soutenir les pays dans les efforts qu'ils font pour améliorer la santé et assurer la protection de la santé, l'équité en santé et le fonctionnement des systèmes de santé, y compris en agissant dans tous les secteurs sur les déterminants de la santé et sur les facteurs de risque de maladies non transmissibles, sur la base des connaissances et des données les plus fiables dont on dispose en vue qu'elle soit examinée par la Soixante-huitième AMS, en 2015*³⁴⁶ ». Il n'y a aucune trace de ce cadre d'action dans les résolutions, décisions et annexes de l'Assemblée mondiale de la santé de 2015, où l'intégration de la santé dans toutes les politiques n'est mentionnée que deux fois. Les Assemblées mondiales de la santé des années suivantes n'en feront pas davantage³⁴⁷.

251. L'Assemblée mondiale de la santé demande également au Directeur général « *de faire rapport à la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution*³⁴⁸ ». Aucun rapport ni déclaration n'est dédié à ce sujet lors de la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé, mais deux résolutions prennent en compte l'idée de santé dans toutes les politiques, à savoir la WHA69.4 sur le « Rôle du secteur de la santé

³⁴⁵ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, WHA67.12, Point 14.6 de l'ordre du jour, 24 mai 2014.

³⁴⁶ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, Genève, 19-24 mai 2014.

³⁴⁷ Pour 2016, l'idée d'intégrer la santé dans toutes les politiques apparaît dix fois dans le compte-rendu des résolutions et décisions de la soixante-neuvième AMS ; en 2017 cette idée apparaît quatre fois dans le compte-rendu de la soixante-dixième AMS ; en 2018, deux fois ; en 2019 : neuf fois ; pour les années suivantes les documents ne sont pas encore rendus publics.

³⁴⁸ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, *op. cit.*

dans l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà » et la WHA69.11 sur « La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ».

252. Après avoir soutenu pendant près de quarante ans l'adoption de plus de quinze textes convergeant tous vers un même faisceau d'idées - la promotion de la santé et l'intégration de la santé dans les autres politiques - l'Assemblée mondiale de la santé refuse obstinément de les reconnaître sous une autre forme qu'une simple résolution. Néanmoins, la tendance continue inlassablement encore aujourd'hui.
253. En effet, conformément au souhait exprimé par le Secrétariat de l'OMS dans son rapport intitulé « Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé » rendu le 14 mars 2014 en vue de la soixante-septième Assemblée mondiale de la santé³⁴⁹, la conférence organisée à Shanghai en novembre 2016 a abouti à la Déclaration sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030³⁵⁰. Ce texte s'inscrit dans le cheminement de pensée initié avec la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et insiste sur le lien entre santé et développement durable. Il affirme qu'« *il est indispensable de promouvoir la santé dans tous les objectifs de développement durable* » et de « *mobiliser l'ensemble de la société dans le processus de développement sanitaire* », et notamment le niveau local avec l'action au niveau des villes³⁵¹. On constate surtout d'une part un abandon de l'idée de « santé dans toutes les politiques » au profit de « la santé dans tous les objectifs de développement durable », d'autre part le retour de la promotion de la santé pour véhiculer pourtant le même message : « *Nous exhortons les responsables politiques de différents secteurs et à différents niveaux de gouvernance, issus du secteur privé comme de la société civile, à nous rejoindre en vue de promouvoir de façon déterminée la santé et le bien-être dans l'ensemble des objectifs de développement durable. La promotion de la santé appelle une action coordonnée de toutes les personnes concernées et constitue une responsabilité partagée*³⁵² ».

³⁴⁹ Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Rapport du Secrétariat, Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé, *op. cit.* : « *Les progrès accomplis en matière de promotion de la santé dans toutes les politiques seront examinés à la neuvième conférence mondiale, qui devrait avoir lieu vers la fin de 2016* ».

³⁵⁰ Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, Shanghai, Chine, 2016.

³⁵¹ *ibid.*

³⁵² *ibid.*

254. On ne peut pas faire le constat d'un même recul de la notion de « santé dans toutes les politiques » dans la déclaration suivante. En 2018, à l'occasion des quarante ans de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, tous les États membres de l'OMS se sont réunis au Kazakhstan pour la « Conférence internationale sur les soins de santé primaires : d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable » et ont adopté à l'unanimité la Déclaration d'Astana³⁵³, réaffirmant ainsi les engagements pris dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 et dans le Programme des Nations Unies de développement durable à l'horizon 2030, avec pour but de « *parvenir à la santé pour tous* ». Dans cette nouvelle déclaration les gouvernements clament leur engagement en faveur « *du droit fondamental de tout être humain d'accéder au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, sans distinction d'aucune sorte* » et s'engagent notamment à « *faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs*³⁵⁴ ». Le modèle de soins de santé primaires défendu ici marque la réconciliation entre l'approche curative et préventive de la santé : « *Nous améliorerons les capacités et l'infrastructure pour les soins primaires – le premier contact avec les services de santé – en privilégiant les fonctions de santé publique essentielles. La prévention des maladies et la promotion de la santé seront considérées comme prioritaires [...]*³⁵⁵ ». Lors de sa soixante-douzième réunion, en 2019, l'Assemblée mondiale de la santé adopte une résolution sur les soins de santé primaires (WHA72.2) dans laquelle elle prend acte de la Déclaration d'Astana et encourage les États à en concrétiser la vision et les engagements.
255. Au regard de cette nébuleuse de déclarations, chartes et autres textes déclaratoires adoptés par les États membres de l'OMS réunis en conférences dédiées à la santé, de discrets résultats ont été soulignés. Rappelons par exemple la création, à la suite de la Déclaration

³⁵³ Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Déclaration d'Astana, d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, Astana, Kazakhstan, 2018.

³⁵⁴ Ils ajoutent qu'ils s'attaqueront « *aux déterminants économiques, sociaux et environnementaux de la santé et [s']efforceront[] de réduire les facteurs de risque en intégrant l'approche pour la santé dans toutes les politiques* ».

³⁵⁵ Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Déclaration d'Astana, d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, *op. cit.* Ils ajoutent « *et nous aurons pour objectif de satisfaire les besoins en santé de toutes les populations tout au long de la vie moyennant des services complets de promotion de la santé et de prévention, de traitement et de réadaptation ainsi que des soins palliatifs. Les soins de santé primaires fourniront un ensemble complet de services et de soins, notamment, mais non seulement, des services de vaccination ; de dépistage ; de prévention, de maîtrise et de prise en charge des maladies non transmissibles et des maladies transmissibles ; des soins et des services qui promeuvent, protègent et améliorent la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que la santé mentale, sexuelle et reproductive* ».

de Jakarta en 1997, d'une alliance mondiale pour la promotion de la santé destinée à faire accélérer les progrès en faveur de la promotion de la santé dans le monde.

256. Malgré la faible portée de ce corpus de textes, qui se constate notamment par le manque de suivi accordé à leur égard par l'OMS, force est de souligner le renouvellement constant de l'engagement des États : c'est là que s'exprime la résistance de l'idée et donc la puissance de l'approche « santé dans toutes les politiques ». Dans l'ensemble de textes qui ont été étudiés, certains, tels que la Déclaration ministérielle de Mexico sur la promotion de la santé en 2000, se démarquent des autres par une nature ministérielle, qui leur confère un poids politique plus fort. Cependant, la répétition dans la démarche de déclaration au niveau mondial peut être interprétée comme un aveu des États membres concernant leur capacité limitée à transposer ces souhaits dans leurs législations nationales.

Conclusion du Chapitre 1

257. Il est frappant de constater un décalage entre la détermination politique des États membres de l’OMS, qui manifestent de façon claire et répétée leur volonté en faveur de l’intégration de la santé dans toutes les politiques, et l’absence de mesures prises au niveau de l’OMS – supposée être l’autorité coordinatrice de l’action internationale en matière de santé - pour donner à ces engagements un caractère juridiquement contraignant. S’il est incontestable que ce vivier de déclarations, chartes, appels à l’action et recommandations fait partie intégrante du « *nouveau paysage du droit international avec sa gradation de normes, du foisonnement déclaratoire à l’impératif catégorique*³⁵⁶ » il est encore difficile d’affirmer si d’un point de vue juridique le caractère répété en fait une force ou une limite. D’une part, certains estimeront que « *la répétition des déclarations ne renforce pas leur valeur, par une sorte d’incantation qui ferait rimer déclaratoire et déclamatoire. Bien au contraire, elle risque de banaliser des affirmations de principe, vite démenties dans les faits*³⁵⁷ » tandis que d’autres avanceront, à propos de la « *redondance résolutionnaire* » mais aussi sans doute plus généralement du droit souple international que « *cette accumulation concordante peut être significative de l’émergence progressive d’une règle nouvelle. La renégociation et l’adoption répétées et rapprochées des mêmes règles martèlent et façonnent les mentalités, hâtant ainsi la genèse normative*³⁵⁸ ».
258. On peut aussi s’étonner du manque de prise en compte par les juristes, notamment ceux spécialisés en droit de la santé, de ces textes adoptés dans le cadre de l’OMS. En effet, dans d’autres domaines, des sources de droit informelles sont incluses dans les analyses : par exemple, le Professeur Auby, pour illustrer le processus d’harmonisation du droit suscité par la globalisation juridique, évoque des sources « informelles » et en particulier les « doctrines » produites par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international en matière de gouvernance³⁵⁹. Non contraignantes, ces sources sont néanmoins considérées comme ayant une certaine influence sur le droit des différents États.
259. En effet, sans nécessairement souhaiter que la « santé dans toutes les politiques » devienne une règle contraignante en droit international, on peut tout de même s’attendre à une

³⁵⁶ E. DECAUX, « Déclarations et conventions en droit international », *op. cit.*

³⁵⁷ *ibid.*

³⁵⁸ P. M. DUPUY, Y. KERBRAT, *Droit international public*, *op. cit.*

³⁵⁹ J.B. AUBY, *La globalisation, le droit et l’État*, 3^{ème} édition, LGDJ, 2020, 242 p.

meilleure considération à son égard. Du reste, le Professeur de Béchillon note qu'« il est à peu près certain que de grandes notions du Droit international actuel, comme le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes ou la proclamation de la souveraineté de l'État sur les ressources naturelles, ne seraient pas advenues et n'auraient jamais accédé à la dignité de règles obligatoires et reconnues comme telles si elles n'avaient d'abord commencé leur carrière dans le registre le plus soft et le moins obligatoire. En Droit international (notamment), le mou préfigure souvent le dur³⁶⁰ ».

260. Par ailleurs, dans le contexte actuel de globalisation, le Professeur Frydman considère qu'il n'est pas forcément pertinent « de déterminer la valeur d'une norme exclusivement en fonction de son origine ou de son auteur. Pour le chercheur pragmatique, l'intérêt d'un objet, d'une norme, d'un dispositif se mesure souvent moins à la qualité de son « pedigree » qu'à l'importance des effets de régulation qu'il produit. Plusieurs exemples, tirés des standards techniques, codes de conduite, classements et autres labels, montrent que leur force normative n'a que peu ou parfois pas de lien avec la puissance, la qualité officielle ou la légitimité de ceux qui les ont d'abord conçus et diffusés³⁶¹ ».

261. Il semble donc nécessaire, dans notre analyse, de tenir compte pleinement des textes qui ont été étudiés ici, et de leur influence, tout en gardant à l'esprit les limites du droit mondial de la santé, rappelées par le Professeur Bélanger, selon lequel ce droit garde un rôle limité de « droit d'accompagnement » d'autres constructions juridiques, par exemple le droit de l'Union européenne³⁶² - ce que nous allons voir en Chapitre 2.

³⁶⁰ D. DE BÉCHILLON, *Qu'est-ce qu'une règle de droit ? op. cit.*

³⁶¹ J.-Y. CHÉROT, B. FRYDMAN (dir.), *La science du droit dans la globalisation*, Bruylant, Penser le droit, 2012, 302 p.

³⁶² M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit de la santé*, Les études hospitalières, 2011, 174 p.

Chapitre 2. Une entrée progressive en droit de l'Union européenne

262. La protection de la santé fait partie des préoccupations présentes dans les traités fondateurs dès le début de la construction communautaire. Cependant, cette prise en compte de la santé a évolué et s'est renforcée au fil du temps, pour finalement se manifester sous la forme du principe d'intégration de la santé dans toutes les politiques et actions de l'Union européenne, à partir de 1992. Nous étudierons donc en premier lieu quelle place ont occupé, dans les traités fondateurs, les considérations sanitaires tout au long de la construction communautaire (Section 1), puis nous verrons comment le principe d'intégration de la santé a fait son entrée en droit de l'Union européenne avec l'adoption du Traité de Maastricht (Section 2).

Section 1. La place de la santé dans la construction communautaire

263. L'intégration de la santé dans les autres politiques communautaires acquiert pour la première fois une base écrite avec l'adoption du Traité de Maastricht en 1992, dans son article 129. La prise en compte de la santé dans le développement de la Communauté européenne avant cette date sera d'abord présentée (§ 1) pour ensuite conduire à une analyse de la réflexion politique qui mènera les États membres à l'adoption du Traité de Maastricht (§ 2).

§ 1) La santé prise en compte par différents prismes dans les premiers traités communautaires

264. L'échec de la construction d'une Communauté européenne spécifiquement dédiée à la santé (A) n'a pas empêché la prise en compte de certaines questions de santé dans le traité instituant la Communauté européenne du charbon et de l'acier (CECA), le traité sur la Communauté économique européenne (CEE) et le traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique (CEEa) (B).

A) Une proposition française inaboutie : la Communauté européenne de la Santé

265. Le projet de Communauté européenne de la santé a émergé à un moment où l'opinion politique et médicale y était disposée (1°) mais le changement de contexte politique lui a été fatal (2°).

1°) Une proposition formulée dans un contexte favorable

266. Le projet de Communauté européenne de la santé (CES), au nom officieux de « pool blanc », fut porté en 1952 par Paul Ribeyre, alors ministre français de la Santé publique et de la Population. L'idée principale était centrée sur un marché commun des professions de santé et des produits de santé, une coopération renforcée en matière de formation, de recherche et d'action sanitaire, et une progressive unification des régimes de sécurité sociale¹.

267. Cette proposition a émergé en France à un moment où la classe politique et le secteur médical ont pu s'y montrer ouverts. Robert Schuman, ministre des Affaires étrangères, le président de la République Vincent Auriol et le président du Conseil Antoine Pinay ont

¹ M. BLANQUET, « Compétence et ambivalence de l'Union européenne en matière de santé publique », Revue de l'Union européenne 2019, n° 624, p. 12.

apporté leur appui pour l'inscription de ce projet sur l'agenda gouvernemental². Paul Ribeyre a surtout bénéficié du « *soutien de membres éminents du corps médical et d'acteurs administratifs qui ont contribué à diffuser les idées communautaires dans le secteur de la santé et au-delà*³ ». Par ailleurs, après les destructions de la guerre il était alors supposé qu'un projet sanitaire d'ampleur européenne mettant en commun des ressources puisse être une solution prometteuse pour reconstruire là où le ministère de la Santé français savait les ressources insuffisantes au niveau national, notamment en matière d'épidémiologie, de régulation des médicaments et de remise en état des hôpitaux⁴. Le projet proposé au niveau européen a pu aussi être un moyen de gagner en légitimité pour un ministère de la Santé qui était à l'époque en quête de visibilité politique⁵.

268. Au même moment, les projets de « pool noir » sur le charbon et l'acier, de « pool vert » agricole et de « pool des transports »⁶ font aussi parler d'eux sur la scène politique européenne, et la CES apparaît comme une manière de légitimer la construction européenne au sens global grâce au sujet de la santé, considéré comme plus susceptible d'attirer l'adhésion populaire⁷. L'idée de la CES est présentée le 24 septembre 1952 par Monsieur Ribeyre au Conseil des ministres français, qui l'approuve⁸. Afin de la développer, le gouvernement français invite alors les États membres de l'Organisation Européenne de Coopération Économique (OECE) à une conférence. Les six pays membres de la CECA, la Grande-Bretagne, la Suisse ainsi que la Turquie répondent présents⁹.

² A. DAVESNE, S. GUIGNER, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954), Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc » », *Politique européenne* 2013, L'Harmattan, p. 40-63.

³ *ibid.*

⁴ *ibid.*

⁵ *ibid.*

⁶ *ibid.*

⁷ *ibid.*

⁸ Conseil des ministres, Communiqué de presse, 24 septembre 1952, disponible sur le site des archives nationales, cote F/60/2772, https://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/siv/rechercheconsultation/consultation/ir/consultationIR.action?irId=FRAN_IR_054109&udId=c-bo3hnpvey-16z9c2qyp8sfc&details=true&gotoArchivesNums=false&auSeinIR=true [consulté le 28/06/2021]

⁹ E. DESCHAMPS, « Le Pool blanc », Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe, 2016, http://www.cvce.eu/obj/le_pool_blanc-fr-bcd043b4-8a39-4362-9836-83f002704d22.html [consulté le 28/06/2021]

269. La conférence s'est déroulée les 12 et 13 décembre 1952 à Paris. Elle a eu pour objectif de présenter l'avant-projet français aux États membres de l'OECE en vue d'adopter un traité sur la CES. Introduite par Robert Schuman, ministre des Affaires étrangères puis présidée par le ministre Paul Ribeyre, cette réunion a permis de préciser la nature juridique, les missions, la raison d'être, le fonctionnement de l'hypothétique Communauté, les difficultés identifiées et enfin une marche à suivre pour concrétiser ce projet.
270. Premièrement, le gouvernement français estime que la Communauté devrait être une véritable « *personne morale supranationale qui, dans son secteur sera dotée d'une autorité indépendante*¹⁰ ». Cela impliquerait une « *délégation d'une fraction de souveraineté de la part des États participants*¹¹ ». Le ministre Paul Ribeyre propose que le traité prévoie des dispositions impératives, pour lesquelles la Communauté exercerait un contrôle afin d'en garantir le respect. D'autres dispositions du traité seraient plutôt de l'ordre de consignes permettant une meilleure coopération, une planification et l'étude partagée de problèmes qui resteraient dans le champ de compétence des États¹². La Communauté aurait le rôle d'une « *autorité spécialisée* », titulaire de pouvoirs propres et capable de prendre des décisions¹³. Cette capacité est jugée nécessaire pour que la CES puisse remplir les missions imaginées.
271. Le rôle principal de la Communauté serait de « *coordonner et de perfectionner la protection sanitaire et sociale dans les États participants*¹⁴ ». La protection et l'amélioration de la santé font partie des préoccupations majeures des auteurs de l'avant-projet¹⁵. Sur ce point, le gouvernement français tient un double discours. D'une part, les missions envisagées pour la CES suivent un schéma qui semble essentiellement curatif. D'autre part, il est en même temps prévu que la CES aurait pour rôle de « *contribuer au bien-être moral et physique des populations*¹⁶ » - notion très large - mais ce par un moyen purement médical : « *la mise en commun des ressources destinées à*

¹⁰ Communauté européenne de la santé, Compte rendu de la conférence sur la Communauté européenne de la santé, Paris, 12-13 décembre 1952.

¹¹ *ibid.*

¹² Conseil des ministres, Exposé de Paul RIBEYRE sur la création d'une Communauté européenne de la Santé, 24 septembre 1952, Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe.

¹³ Communauté européenne de la santé, Compte rendu de la conférence sur la Communauté européenne de la santé, *op. cit.*

¹⁴ *ibid.*

¹⁵ Conférence préparatoire sur la Communauté européenne de la santé, Résolution, Paris, 13 décembre 1952, Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe.

¹⁶ Conseil des ministres, Exposé de Paul RIBEYRE sur la création d'une Communauté européenne de la Santé, *op. cit.*

soulager malades et infirmes¹⁷ ». S'agissant de ce rôle, il y a un décalage entre la largeur de l'objectif et l'étroitesse des moyens envisagés. Tout au long de son discours, le ministre Paul Ribeyre semble osciller entre une vision large et une vision plus étroite de la santé pour la création de la nouvelle Communauté, laissant parfois penser qu'il ignore comment articuler concrètement ces deux dimensions. Pour lui, « *la Communauté européenne aurait un rôle nouveau, celui de centraliser l'étude de toutes les questions concernant la santé publique, dans le cadre de ses États membres et de leur apporter la solution la meilleure, qu'elles aient un caractère médical, social ou même économique*¹⁸ ».

272. Les missions de la Communauté comprendraient aussi la mise en commun de ressources et une véritable coopération voire une interdépendance entre les États membres en matière de lutte contre les épidémies¹⁹. Une grande attention est donnée à la façon dont la Communauté régirait la situation des professionnels de santé (s'agissant de l'exercice de leur profession) dans l'espace commun et les produits pharmaceutiques (composition, circulation)²⁰.
273. C'est en démontrant l'intérêt d'une telle Communauté que la France expose une vision de la santé très proche de ce que l'on connaîtra plus tard comme « l'intégration de la santé dans toutes les politiques ». Les discours des deux ministres français lors de la conférence de décembre 1952 mettent en lumière l'intérêt de construire une CES. À titre introductif, Robert Schuman rappelle que « *Les pays libres de l'Europe ne doivent pas seulement avoir pour souci le maintien de la paix, de la sécurité, la bonne organisation de leur économie ; il y a un autre souci que nous n'avons pas le droit de négliger, c'est celui de l'humain. S'il est un domaine où des efforts généreux doivent être tentés, c'est bien celui de la santé. S'il est un domaine qui semble devoir se prêter à l'unification, c'est bien celui de la lutte contre la maladie*²¹ ». Le ministre de la Santé publique et de la Population abonde dans ce sens. Pour lui, tout repose sur la santé publique, et elle doit être selon lui « *le premier devoir de l'homme d'État* ». Plus spécifiquement, le ministre Paul Ribeyre déclare devant les représentants des États membres que « *Vous tous, présents autour de cette table, n'ignorez plus que les problèmes sanitaires, sociaux, économiques, sont liés indissolublement, que toutes modifications dans les conditions matérielles de vie des individus entraînant des répercussions sur le plan politique et que cet*

¹⁷ *ibid.*

¹⁸ Conférence sur la Communauté européenne de la santé, Compte-rendu, Paris, 12-13 décembre 1952, *op. cit.*

¹⁹ Conseil des ministres, Exposé de Paul RIBEYRE sur la création d'une Communauté européenne de la Santé, *op. cit.*

²⁰ *ibid.*

²¹ Conférence sur la Communauté européenne de la santé, Compte-rendu, Paris, 12-13 décembre 1952, *op. cit.*

*aspect, secondaire, pendant la révolution industrielle du XIX^{ème} siècle, tend à devenir désormais primordial par rapport à celui de la politique pure !²² ». Il considère que la lutte contre les épidémies ne prévaut plus sur l'ensemble des questions de santé publique. Les problèmes strictement médicaux ne représentent qu'un des aspects – certes essentiels – des problèmes de santé. Selon lui, la notion de santé publique a évolué et se rapproche désormais des notions anglo-saxonnes de *public health and welfare* qui concernent « l'homme considéré comme une personne biologique et spirituelle de sa conception à sa mort²³ ». À tel point que les médecins ne sont plus les seuls à devoir intervenir dans le secteur de la santé : « La législation, l'administration, la technique, la pédagogie, la prévoyance sociale et l'économie, la médecine vétérinaire voient chaque jour davantage leurs activités s'orienter vers la santé ». Le ministre fait même un rapprochement, voire une confusion entre les notions de santé, de bien-être et de bonheur de la population²⁴. Étonnamment, le ministre Paul Ribeyre ne s'appuie pas, dans son discours, sur la définition de la santé donnée par l'OMS six ans auparavant.*

274. En ce qui concerne son fonctionnement, le potentiel traité devait prévoir pour la CES des ressources financières indépendantes et des institutions propres. Le mode de fonctionnement était calqué sur celui de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier. Les institutions spécifiques prévues pour la CES étaient au nombre de deux : en premier lieu, une Haute Autorité, organe délibérant et exécutif chargé d'assurer l'exécution du traité et assisté d'un Comité Consultatif composé de membres spécialisés dans le domaine des sciences ou des industries de santé. En second lieu, un Conseil des ministres, organisme de liaison entre les États membres de la Communauté, chargé d'harmoniser l'action de la Haute Autorité avec la politique sanitaire des différents gouvernements²⁵.
275. La conférence de décembre 1952 est aussi l'occasion pour les États d'échanger sur les difficultés que soulève le projet de CES. Ces difficultés sont de deux ordres. D'une part, elles touchent à la crainte d'une atteinte trop forte à la souveraineté des États membres s'agissant d'un domaine traditionnellement géré par l'État. Une harmonisation progressive des législations serait nécessaire pour ce qui touche aux ressources thérapeutiques -

²² Conférence sur la Communauté européenne de la santé, Compte-rendu, Paris, 12-13 décembre 1952, *op. cit.*

²³ *ibid.*

²⁴ *ibid.*

²⁵ Conseil des ministres, Exposé de Paul RIBEYRE sur la création d'une Communauté européenne de la Santé, *op. cit.*

notamment les médicaments et le matériel médico-chirurgical - mais aussi en ce qui concerne le régime des études médicales et paramédicales. D'autre part, créer une nouvelle entité supranationale en charge des questions de santé signifie pour certains une forme de concurrence injustifiée pour les organisations internationales existantes travaillant déjà sur ce sujet. Concernant les craintes de redondance avec les autres organismes supranationaux travaillant sur la santé, la Turquie résume bien l'idée de la CES : *« Mon Gouvernement a été soucieux de savoir s'il n'y aurait pas double emploi entre la CES et l'OMS. Or, les explications que vous avez bien voulu nous donner, Monsieur le Ministre, dans votre exposé, nous ont montré que l'organisation à laquelle nous pensons actuellement constituera une sorte d'exécutif, une forme d'application des mesures préconisées par l'OMS. Si bien qu'au lieu d'avoir plusieurs États comme membres, l'OMS aurait la CES à leur place et cette Communauté européenne serait évidemment beaucoup plus efficace que les membres présents de l'OMS parce qu'elle pourrait mettre en œuvre des possibilités beaucoup plus importantes que chacun des États pris séparément²⁶ »*. En outre, le ministre Paul Ribeyre insiste sur l'intérêt d'« un groupe de nations plus restreint et homogène » qui « pourra étudier et tenter de résoudre les problèmes sanitaires sous un angle plus concret que l'Organisation Mondiale de la Santé ou l'Organisation des Nations Unies dont l'action est trop universelle pour pouvoir s'adapter au particularisme des divers pays du monde ». Contrairement à l'OMS, la Communauté imaginée par Paul Ribeyre aurait une action plus directe pour tenir compte du fait qu'« il est de plus en plus prouvé que l'on ne peut efficacement protéger la santé sans envisager en même temps de nombreux autres facteurs : conditions sociales et économiques, alimentation, travail, sécurité, éducation générale de la population. Pour être efficient, il faut se pencher non seulement sur la santé, mais sur la vie de la collectivité²⁷ ». Cette supposée distinction entre les deux organismes n'est pas davantage détaillée. On peut se demander en quoi la CES, aussi déterminé que son auteur ait pu être, aurait réellement appréhendé la santé dans ses rapports avec ces « autres facteurs ».

276. Le projet français reçoit un accord de principe : à la suite de la présentation lors de la conférence, la Belgique, l'Italie, les Pays-Bas, l'Allemagne, le Luxembourg et la Turquie se déclarent prêts à adhérer au projet de CES sous réserve de mettre d'abord en place un comité d'experts - un « groupe d'étude » - pour approfondir le projet²⁸. Quant au Royaume-Uni, il se déclare intéressé sauf si le projet aboutit à organisme fédéral supranational, et la Suisse émet plusieurs réserves.

²⁶ Conférence sur la Communauté européenne de la santé, Compte-rendu, Paris, 12-13 décembre 1952, *op. cit.*

²⁷ *ibid.*

²⁸ *ibid.*

277. La conférence préparatoire à la CES aboutit à l'adoption d'une résolution²⁹. Par ce texte, les États soulignent l'importance d'une coordination des mesures préventives contre « *les maladies transmissibles et les maladies sociales* » dans un but de sécurité des États. Ils déclarent que la garantie de la santé et du bien-être social participe à une paix durable. Ils prévoient que les experts se réunissent « *à la fin du mois de février, de telle sorte que leur rapport puisse être déposé à la fin du mois de mars 1953*³⁰ ». L'avant-projet de traité composé de plus de deux-cent articles voit le jour en début d'année 1953³¹, mais la réunion du mois de février n'aura jamais lieu.

2°) Un changement de contexte politique fatal au projet de Communauté européenne de la santé

278. Du fait d'un changement de conjoncture politique, des obstacles insurmontables auront finalement raison du projet. Dans un contexte de profond désaccord dans la classe politique française sur la ratification du traité instituant la Communauté Européenne de Défense (CED), le président du Conseil, Antoine Pinay, remet la démission de son gouvernement au Président de la République le 22 décembre 1952, soit dix jours après la conférence sur la CES³². Un nouveau gouvernement se met en place, mené par René Mayer, du parti radical, aux idées moins favorables aux délégations de souveraineté. Le débat sur la CED continue de perturber la vie politique française, créant blocages et instabilité gouvernementale, et il n'y a plus personne au gouvernement pour incarner et défendre durablement l'idée d'une CES³³.

279. Les causes de l'échec de la CES ne font pas consensus parmi les rares auteurs qui se sont penchés sur la question. Nous retenons ici l'interprétation contextuelle des Professeurs de sciences politiques Davesne et Guigner, selon lesquels la situation politique en France a radicalement changé en un court laps de temps : « *Ce délai [...] a suffi pour que l'environnement*

²⁹ Conférence préparatoire sur la Communauté européenne de la santé, Résolution, Paris, 13 décembre 1952, *op. cit.*

³⁰ *ibid.*

³¹ A. DAVESNE, S. GUIGNER, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954), Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc » », *op. cit.*

³² *ibid.*

³³ *ibid.*

politique français se dégrade et compromette définitivement le projet du ministère de la Santé, confirmant ainsi que la préservation de la souveraineté nationale est une explication simpliste de l'échec du pool blanc car décontextualisée et ne prenant pas en compte la temporalité³⁴ ». Un argument fondé sur la défense de la souveraineté nationale est en effet avancé par Maître Cassan dans sa thèse³⁵. D'autres facteurs ont pu toutefois jouer en défaveur du projet Ribeyre, en particulier la réticence des laboratoires pharmaceutiques et des industries cotonnières qui fournissaient les hôpitaux et se sont montrés « hostiles à toute solution supranationale³⁶ », de même que la crainte des professionnels de santé vis-à-vis d'une possible concurrence déloyale venue des autres États membres³⁷.

280. À défaut de voir le jour sous sa forme initialement imaginée, le projet de CES est finalement réorienté et scindé en deux parties – le volet sanitaire, humanitaire et social et le volet économique. Le premier volet a abouti à une coopération intergouvernementale restreinte censée être chapeautée par le Conseil de l'Europe, tandis que le second volet a été refondu dans les travaux d'intégration économique générale menés dans le cadre du projet de Communauté tarifaire³⁸. De son côté Paul Ribeyre n'abandonnera jamais totalement son idée d'Europe de la santé, fondant en avril 1970 une association de promotion de la coopération sanitaire nommée « Club européen de la santé », et présidant entre 1972 et 1974 les travaux du « Comité d'étude pour un programme européen de la santé³⁹ ».
281. Pour conclure ce paragraphe sur une note plus positive, on pourra retenir que la CES était un projet embrassant une vision exhaustive de la santé et fut à ce titre d'une certaine façon précurseur de la « santé dans toutes les politiques ». L'idée d'intégrer la santé dans d'autres politiques est justement peut-être née de cet échec à créer une CES : face à l'impossibilité

³⁴ A. DAVESNE, S. GUIGNER, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954), Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc » », *op. cit.*

³⁵ « *Faute de sources, ceux qui se sont penchés sur cette communauté européenne avortée ont cru simplement y déceler la confirmation de l'hostilité des États à toute perte de souveraineté en matière de santé. C'est ainsi que Maryse Cassan a estimé que « l'échec d'une Europe de la santé dans le cadre d'un traité paraît relever [...] d'un attachement des États à leur souveraineté sur les ressources sanitaires » (Cassan, 1989) » (A. DAVESNE, S. GUIGNER, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954), Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc » », *op. cit.*) ; voir aussi M. CASSAN, L'Europe communautaire de la santé, Economica, 1989, 292 p.*

³⁶ E. DESCHAMPS, « Le Pool blanc », *op. cit.*

³⁷ A. DAVESNE, S. GUIGNER, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954), Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc » », *op. cit.*

³⁸ *ibid.*

³⁹ *ibid.*

de lui reconnaître une compétence sanitaire dédiée, on peut supposer que la Communauté européenne ait dû développer des mécanismes pour aborder certaines problématiques de façon indirecte. La santé a donc pu être abordée de façon moins frontale au cours de la construction européenne, et de façon plus intégrée. C'est ce que les prochains développements contribueront à illustrer.

B) La prise en compte de la santé dans les traités CECA, CEE et CEEA

282. Avec l'étude du Traité instituant la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier (CECA) (1°), du traité sur la Communauté Économique Européenne (CEE) (2°) et du traité instituant la Communauté Européenne de l'Energie Atomique (CEEA) (3°), nous verrons en quoi la santé reçoit une place à travers la prise en compte des conditions de vie et de travail, l'exception de santé publique et la protection sanitaire contre les dangers résultant des radiations ionisantes. La santé est par définition un domaine qui appartient aux États membres, mais cela n'a pas empêché qu'elle soit présente sous différentes formes dans les traités dès le début de la construction européenne.

1°) La place des questions sanitaires dans le traité CECA

283. Le Traité instituant la Communauté européenne du charbon et de l'acier a été signé à Paris le 18 avril 1951, pour une durée de validité de cinquante ans à compter de son entrée en vigueur⁴⁰. Les pays signataires étaient la République fédérale d'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas. Entré en vigueur le 23 juillet 1952, il a expiré le 23 juillet 2002.

284. Les États contractants établissent par ce traité une CECA « *fondée sur un marché commun, des objectifs communs et des institutions communes*⁴¹ ». La raison d'être principale de la CECA est d'ordre économique, elle vise à établir un marché commun et à en assurer l'expansion économique ainsi que le développement de l'emploi⁴². Partant, la santé publique n'y a bien

⁴⁰ Article 97 du Traité instituant la Communauté européenne du charbon et de l'acier.

⁴¹ Article 1^{er} du Traité instituant la Communauté européenne du charbon et de l'acier.

⁴² Article 2 du Traité instituant la Communauté européenne du charbon et de l'acier : « *La Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier a pour mission de contribuer, en harmonie avec l'économie générale des États membres et grâce à*

sûr pas une place manifeste. Cependant, on peut penser que la référence au relèvement du niveau de vie au cinquième paragraphe du préambule du Traité⁴³ et en son article 2⁴⁴ inclut de façon implicite l'état de santé dans cette notion de niveau de vie⁴⁵. Parmi les sept devoirs attribués à la CECA, dont le premier est de « *veiller à l'approvisionnement régulier du marché commun* », on trouve en cinquième position le fait de « *promouvoir l'amélioration des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre, permettant leur égalisation dans le progrès, dans chacune des industries dont elle a la charge*⁴⁶ ».

285. Une autre référence aux conditions de vie apparaît dans le Titre troisième du traité, qui porte sur les dispositions économiques et sociales : « *Pour orienter, en fonction des missions imparties à la Communauté, l'action de tous les intéressés, et pour déterminer son action propre, dans les conditions prévues au présent Traité, la Haute Autorité doit, en recourant aux consultations ci-dessus : [...] 5°) Rassembler les informations nécessaires à l'appréciation des possibilités de relèvement des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre des industries dont elle a la charge et des risques qui menacent ces conditions de vie*⁴⁷ ». Ainsi, dans un texte dédié officiellement à la création d'une communauté marchande, les conditions de vie - et de travail - constituent un élément certes secondaire mais récurrent et soigneusement pris en compte. Par ailleurs, en vertu de l'article 55 du traité, la Haute Autorité de la CECA doit encourager la recherche concernant « *la production et le développement de la consommation du charbon et de l'acier* » mais aussi celle intéressant « *la sécurité du travail dans ces industries*⁴⁸ ». Ces deux propositions sont liées parce que la sécurité

l'établissement d'un marché commun dans les conditions réunies à l'article i, à l'expansion économique, au développement de l'emploi et au relèvement du niveau de vie dans les États membres.

La Communauté doit réaliser l'établissement progressif de conditions assurant par elles-mêmes la répartition la plus rationnelle de la production au niveau de productivité le plus élevé, tout en sauvegardant la continuité de l'emploi et en évitant de provoquer, dans les économies des États membres, des troubles fondamentaux et persistants ».

⁴³ Préambule du Traité instituant la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier, 5^{ème} paragraphe : « *Soucieux de concourir par l'expansion de leurs productions fondamentales au relèvement du niveau de vie et au progrès des œuvres de paix* ».

⁴⁴ « *La Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier a pour mission de contribuer, en harmonie avec l'économie générale des États membres et grâce à l'établissement d'un marché commun dans les conditions définies à l'article 4, à l'expansion économique, au développement de l'emploi et au relèvement du niveau de vie dans les États membres [...]* ».

⁴⁵ Sur ce point, on peut s'appuyer sur les propos du Professeur KARAGIANNIS dans son article « *Droit à la santé - Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme ?* », Journal du droit international (Clunet) 2012, n° 4, qui souligne le lien entre les notions de santé et de vie, notamment en rappelant que « *le Comité des Nations Unies des droits économiques, sociaux et culturels note [...] que « la santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain »* ».

⁴⁶ Article 3 du Traité instituant la Communauté européenne du charbon et de l'acier, notamment le point e.

⁴⁷ Article 46 du Traité instituant la Communauté européenne du charbon et de l'acier.

⁴⁸ « *1. La Haute Autorité doit encourager la recherche technique et économique intéressant la production et le développement de la consommation du charbon et de l'acier, ainsi que la sécurité du travail dans ces industries. Elle organise, à cet effet, tous contacts appropriés entre les organismes de recherche existants* ».

des conditions de travail est nécessaire au bon déroulement de la production. L'attention donnée aux conditions de vie⁴⁹ et de travail tout au long du traité CECA est donc justifiée par l'impératif économique qui constitue le socle de la CECA.

2°) La place des questions sanitaires dans le Traité CEE

286. Le Traité instituant la CEE a été adopté le 25 mars 1957 à Rome par la Belgique, la République fédérale d'Allemagne, la France, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas. Ces pays signataires ont ainsi institué une CEE⁵⁰ dotée de la personnalité juridique⁵¹. Dès le début du préambule il est précisé que le but essentiel des États participant à cette initiative est « *l'amélioration constante des conditions de vie et d'emploi de leurs peuples* ». L'article 2 du traité poursuit dans cet esprit en consacrant parmi les missions de la Communauté le « *relèvement accéléré du niveau de vie*⁵² ». On remarquera l'ajout du terme « accéléré » par rapport à la formule reprise à l'identique du traité sur la CECA adopté six ans plus tôt, ce qui peut être interprété comme une volonté d'efficacité et une ambition renforcée. Le relèvement du niveau de vie intervient aussi dans la liste des actions de la Communauté, parmi lesquelles on trouve au point i de l'article 3 « *la création d'un Fonds social européen, en vue d'améliorer les possibilités d'emploi des travailleurs et de contribuer au relèvement de leur niveau de vie* ». Il s'agit toutefois ici du niveau de vie des travailleurs et non de la population générale.

287. L'amélioration des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre apparaît aussi au cœur de la politique sociale de la CEE⁵³. La dimension sociale des activités des États membres

⁴⁹ On y trouve une autre référence à l'article 68 du traité : « 3. Lorsque la Haute Autorité reconnaît qu'une baisse des salaires, tout à la fois, entraîne une baisse du niveau de vie de la main-d'œuvre et est employée comme moyen d'ajustement économique permanent des entreprises ou de concurrence entre les entreprises, elle adresse à l'entreprise ou au gouvernement intéressé, après avis du Comité Consultatif, une recommandation en vue d'assurer, à la charge des entreprises, des avantages à la main-d'œuvre compensant cette baisse ».

⁵⁰ Article 1^{er} du Traité instituant la Communauté économique européenne.

⁵¹ Article 210 du Traité instituant la Communauté économique européenne.

⁵² Article 2 du Traité instituant la Communauté économique européenne : « La Communauté a pour mission, par l'établissement d'un marché commun et par le rapprochement progressif des politiques économiques des États membres, de promouvoir un développement harmonieux des activités économiques dans l'ensemble de la Communauté, une expansion continue et équilibrée, une stabilité accrue, un relèvement accéléré du niveau de vie, et des relations plus étroites entre les États qu'elle réunit ».

⁵³ Traité instituant la Communauté économique européenne, Titre III « La politique sociale », Chapitre 1 « Dispositions sociales », Article 117 : « Les États membres conviennent de la nécessité de promouvoir l'amélioration des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre permettant leur égalisation dans le progrès. Ils estiment qu'une telle évolution résultera tant du fonctionnement du marché commun, qui favorisera l'harmonisation des systèmes sociaux, que des procédures prévues par le présent Traité et du rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives ».

de la CEE inclut la santé. En effet, « *la Commission a pour mission de promouvoir une collaboration étroite entre les États membres dans le domaine social, notamment dans les matières relatives* » à « *la sécurité sociale, à la protection contre les accidents et les maladies professionnels, à l'hygiène du travail*⁵⁴ ». Ainsi, certains en ont conclu que le traité de Rome évoque la santé de façon indirecte, c'est-à-dire qu'il l'appréhende comme un prolongement de la notion de travail⁵⁵. Effectivement, seules quelques-unes des composantes de la notion de santé sont prises en compte et nommées explicitement.

288. On remarque un point intéressant dans les dispositions relatives à l'élimination des restrictions quantitatives à l'importation entre les États membres, dans le chapitre 2 de la première partie du traité. Bien qu'ayant un caractère essentiel, ces mesures favorisant les échanges peuvent être empêchées si des « *raisons de moralité publique, d'ordre public, de sécurité publique, de protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou de préservation des végétaux [...]* » le justifient⁵⁶. La santé des personnes et des animaux fait donc partie des exceptions possibles au système de libre-échange qui vient d'être créé, au même titre que quatre autres motifs. Sur le fondement de cet article, le motif de santé publique a été maintes fois invoqué par les États membres au fil du temps afin de justifier certaines restrictions apportées aux libertés économiques, ce qui a contribué à renforcer progressivement la place de la santé en droit de l'Union européenne⁵⁷. La santé est indéniablement un domaine que les États membres souhaitent conserver à leur niveau.

289. Dans le même esprit, la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté, consacrée à l'article 48 du traité, - et qui inclut le droit « *de répondre à des emplois effectivement offerts* », « *de se déplacer à cet effet librement sur le territoire des États membres* », « *de séjourner dans un des États membres afin d'y exercer un emploi conformément aux dispositions législatives, réglementaires et*

⁵⁴ Article 118 du Traité instituant la Communauté économique européenne.

⁵⁵ A. SENN, « La politique de santé de l'Union européenne », Fondation Robert Schuman, Question d'Europe 2006, n° 25.

⁵⁶ Ex-article 30 du Traité instituant la Communauté économique européenne, désormais article 36 du TFUE. Voir notamment CJCE, 10/07/1980, *Commission c/ France [Publicité des boissons alcooliques]*, n° 152/78, ECLI:EU:C:1980:187, Recueil p. 2299 et CJCE, 25/07/1991, *Aragonesa de Publicidad Exterior et Publivia*, aff. jointes C-1/90 et C-176/90, ECLI:EU:C:1991:327, Rec. p. I-4151 ; ainsi que M. LUBY, « Publicité commerciale - Publicité commerciale et libre accès au marché », Répertoire de droit européen 2005 : « *La Cour a souligné qu'il n'est pas utile d'examiner sous l'angle de l'article 28 CE une raison qui figure à la fois parmi les exigences impératives et dans l'article 30 du Traité, ce dernier prévoyant une telle justification que la mesure soit ou non discriminatoire* », il n'est donc pas utile d'appliquer la jurisprudence *Cassis de Dijon* et l'article 28 du Traité en matière d'exception de santé publique.

⁵⁷ N. DE GROVE-VALDEYRON, *Droit européen de la santé*, 2^{ème} édition, LGDJ, Systèmes Cours, 2018, 192 p.

administratives régissant l'emploi des travailleurs nationaux », et de « demeurer, dans des conditions qui feront l'objet de règlements d'application établis par la Commission, sur le territoire d'un État membre, après y avoir occupé un emploi » - peut être limitée pour des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique. Cette disposition est complétée par l'article 135 du traité, où la santé publique apparaît au même titre que la sécurité publique et l'ordre public, comme un cadre de protection, une limitation possible et un obstacle légitime à « la liberté de circulation des travailleurs des pays et territoires dans les États membres et des travailleurs des États membres dans les pays et territoires ».

290. Par ailleurs, le droit d'établissement est créé avec la suppression progressive des restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un État membre dans le territoire d'un autre État membre⁵⁸. De façon similaire à la libre circulation des travailleurs, cette liberté d'établissement au sein de la Communauté peut être limitée, lorsqu'un régime spécial est prévu pour les ressortissants étrangers, et qu'il est justifié *« par des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique »*⁵⁹.

291. Les institutions ont utilisé à plusieurs reprises la « réserve de compétence » prévue à l'article 235 du traité CEE⁶⁰ qui énonce que *« Si une action de la Communauté apparaît nécessaire pour réaliser, dans le fonctionnement du marché commun, l'un des objets de la Communauté, sans que le présent Traité ait prévu les pouvoirs d'action requis à cet effet, le Conseil, statuant à l'unanimité sur proposition de la Commission et après consultation de l'Assemblée, prend les dispositions appropriées »*. Les « objets » de la Communauté renvoient au Préambule du traité, où l'amélioration constante des conditions de vie et d'emploi des peuples est présentée comme un but essentiel. À travers cette justification, l'article 235 a pu être utilisé de manière détournée au profit de la santé⁶¹.

292. Comme le souligne le Professeur Blanquet, dans ce traité, *« Les libertés de circulation économique constituant le marché commun comportent donc des réserves de manière à permettre aux États membres de déroger à ces libertés pour des raisons de sécurité publique ou de santé publique. En bref, ces missions pures et d'intérêt général non seulement restent l'apanage des États mais, en plus, la construction prosaïquement*

⁵⁸ Article 52 du Traité instituant la Communauté économique européenne.

⁵⁹ Article 56 du Traité instituant la Communauté économique européenne.

⁶⁰ Devenu article 308 TCE puis article 352 TFUE.

⁶¹ N. DE GROVE-VALDEYRON, *Droit européen de la santé*, op. cit.

économique et commerciale du marché commun ne doit pas les perturber dans ces nobles tâches... On peut donc presque dire que le domaine de la santé est doublement interdit à l'action européenne : impossibilité pour la Communauté de prendre des actes en matière de santé publique et possibilité pour les États membres de ne pas respecter le marché commun pour des raisons de santé publique⁶² ».

293. À la fin des années 1950, la santé apparaît déjà, dans les traités adoptés, par le biais de trois prismes : l'un est très précis, il s'agit de la question du travail et de la santé des travailleurs ; l'autre est un prisme beaucoup plus large, il concerne les conditions de vie. Ces dernières ne sont pas précisément définies. Enfin, la notion de santé publique en tant qu'exception pouvant être invoquée dans les articles 36, 48 et 56 précités est présente dans le traité, mais n'est pas davantage développée.

3°) La place des questions sanitaires dans le Traité CEEA

294. La santé est également prise en compte à travers une autre dimension dans le cadre du rapprochement des États européens sur le sujet de l'énergie atomique. Le traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique a été signé à Rome le 25 mars 1957 par les mêmes pays signataires que le traité instituant la CEE signé le même jour. La CEEA est dotée elle aussi de la personnalité juridique⁶³. Dans le préambule du traité, après avoir exposé les raisons pour créer une industrie nucléaire unie, les États signataires se déclarent *« soucieux d'établir les conditions de sécurité qui écarteront les périls pour la vie et la santé des populations »*. Ils confient à cette Communauté la mission d'élever le niveau de vie dans les États membres et de développer des échanges avec les autres pays, en mettant en place les *« conditions nécessaires à la formation et à la croissance rapides des industries nucléaires⁶⁴ »*. Pour ce faire, la Communauté a plusieurs devoirs énumérés à l'article 2 du traité et parmi lesquels on trouve l'établissement de *« normes de sécurité uniformes pour la protection sanitaire de la population et des travailleurs »*.
295. La santé a réellement une place attitrée dans ce traité, comme en témoigne le chapitre III intitulé « La protection sanitaire » et composé de dix articles, une quantité suffisante pour que l'on mesure l'importance accordée à ce sujet dans le cadre de cette nouvelle

⁶² M. BLANQUET, « Compétence et ambivalence de l'Union européenne en matière de santé publique », *op. cit.*

⁶³ Article 184 du Traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique.

⁶⁴ Article 1^{er} du Traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique.

Communauté. L'article 30 énonce que « *Des normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des radiations ionisantes sont instituées dans la Communauté [...]* ». Par ailleurs, on notera que l'article 38 tient compte, déjà à l'époque, du lien entre les considérations de santé et la dimension environnementale⁶⁵. La protection sanitaire est également prévue par le traité dans le cadre de la recherche nucléaire qui sera menée au sein de la Communauté⁶⁶.

296. Au regard des trois traités analysés (CECA, CEE et CEEA) il apparaît qu'à l'origine, depuis le premier traité constitutif des Communautés européennes, c'est-à-dire le traité instituant la CECA du 18 avril 1951, l'Union européenne a adopté une approche défensive de la santé⁶⁷, à travers des mesures sur la sécurité et la santé au travail⁶⁸. Puis, l'approche positive de la santé a peu à peu pris une place pour coexister avec la première. On peut déjà le constater dans le traité instituant la CEE et le traité instituant la CEEA (Euratom) du 25 mars 1957.
297. Comme le rappelle le Professeur Blanquet, « *dès les années 60, la CEE a pris des mesures ayant pour objectif la protection de la santé, en utilisant des bases indirectes, c'est-à-dire d'autres bases juridiques qu'elle « torturait » éventuellement un peu pour arriver à ce résultat, ou des bases partielles, voire accessoires (donc des bases ayant un objectif principal autre que celui de la santé)*⁶⁹ ». Plus tard, l'absence de compétence expresse dans ses traités constitutifs n'empêchera pas la Communauté d'adopter des normes communautaires sanitaires en ayant recours aux articles 94 (ex-article 100 mentionné prochainement) et 308 (ex-article 235 mentionné précédemment) du Traité CE⁷⁰.

⁶⁵ Article 38 du Traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique : « *La Commission adresse aux États membres toutes recommandations en ce qui concerne le taux de radioactivité de l'atmosphère, des eaux et du sol. [...]* ».

⁶⁶ Article 39 du Traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique : « *La Commission établit dans le cadre du Centre commun de recherches nucléaires, et dès la création de celui-ci, une section de documentation et d'études des questions de protection sanitaire [...]* ».

⁶⁷ M. BÉLANGER, *Droit européen général de la santé, Bilan d'un droit moderne*, Les études hospitalières, Les cahiers du CERDES, 2013, 308 p.

⁶⁸ T. STAHL *et al.*, *Health in All Policies : Prospects and potentials*, Ministère finlandais des affaires sociales et de la santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2006.

⁶⁹ M. BLANQUET, « Compétence et ambivalence de l'Union européenne en matière de santé publique », *op. cit.*

⁷⁰ N. DE GROVE-VALDEYRON, « Reconnaissance progressive d'une compétence communautaire », Répertoire de droit européen 2008.

§ 2) La relance des politiques communautaires par l'adoption de l'Acte unique et les premiers signes d'émergence du principe d'intégration de la santé

298. Les États membres se sont inspirés de la question environnementale (A), pour entamer une réflexion sur l'intégration de la santé dans les autres politiques et actions de la Communauté (B).

A) La prise en compte progressive de la question environnementale dans les questions européennes, une porte d'entrée pour la future « santé dans toutes les politiques »

299. L'avancée de la question environnementale dans la construction communautaire se manifeste dans les programmes instaurant une politique commune de l'environnement (1°) puis dans l'adoption de l'Acte unique en 1986 (2°) et du principe d'intégration de l'environnement dans les autres politiques de la Communauté (3°).

1°) Les programmes instaurant une politique communautaire de l'environnement

300. En 1972, l'une des premières conférences au sommet est organisée à Paris pour réunir les chefs d'États et de gouvernements des Communautés européennes⁷¹. Lors de cette conférence, les États membres se remémorent l'article 2 du traité de Rome et sa référence au « *relèvement accéléré du niveau de vie* » ; et s'affirment en faveur de la mise en place de politiques de « *la qualité de vie* », en matière d'environnement, de protection des consommateurs et de protection des travailleurs⁷². L'importance d'une politique de

⁷¹ À ce sujet, voir : F. JONGEN, « Le Conseil européen », Courrier hebdomadaire du CRISP 1985, Vol. 7, n° 1072. Les sept réunions au sommet organisées entre 1961 et 1974 constituent les antécédents du Conseil européen proprement dit qui verra véritablement le jour à partir de mars 1975.

⁷² S. CHAPPELLON *et al.*, « Europe communautaire et santé publique » (Dossier), Actualité et dossier en santé publique 1993, n° 3.

l'environnement dans la Communauté est particulièrement soulignée. À cette occasion, les États membres se fixent l'objectif de créer une union européenne avant la fin de l'actuelle décennie et commandent aux institutions communautaires un rapport sur ce sujet qui devra paraître d'ici la fin 1975 en vue d'être soumis à une prochaine conférence au sommet⁷³.

301. À la suite du sommet de Paris, trois programmes d'action successifs en matière d'environnement sont adoptés en 1973, 1977 et 1983⁷⁴. Ils marquent la mise en place d'une politique communautaire de l'environnement⁷⁵. Dans le premier programme, adopté en 1973, le Conseil des Communautés européennes et les représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil considèrent que l'amélioration de la qualité de vie et la protection du milieu naturel font partie des tâches essentielles de la Communauté et qu'il est nécessaire de mettre en œuvre une politique communautaire de l'environnement⁷⁶. Ce programme d'action des Communautés européennes en matière d'environnement fixe les objectifs et les principes de la politique de l'environnement dans la Communauté et décrit les actions à entreprendre dans ce cadre ; cela inclut la réduction des pollutions et nuisances - en premier lieu, l'évaluation des risques de cette pollution sur la santé humaine et l'environnement -, l'amélioration de l'environnement, ainsi qu'une combinaison d'actions de la Communauté et d'actions communes des États membres au sein des organismes internationaux. Le Conseil des Communautés européennes et les représentants des

⁷³ Déclaration du sommet de Paris, 19-21 octobre 1972, Office des publications officielles des Communautés européennes, Bulletin des Communautés européennes, Octobre 1972, n° 10.

⁷⁴ Ces programmes ont été adoptés par les textes suivants :

Conseil des Communautés européennes et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Déclaration du 22 novembre 1973 concernant un programme d'action des Communautés européennes en matière d'environnement, Journal officiel des Communautés européennes n° C 112/1, 20 décembre 1973 ; Conseil des Communautés européennes et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 17 mai 1977 concernant la poursuite et la réalisation d'une politique et d'un programme d'action des Communautés européennes en matière d'environnement, Journal officiel des Communautés européennes n° C 139/1, 13 juin 1977 ; Conseil des Communautés européennes et des Représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 7 février 1983 concernant la poursuite et la réalisation d'une politique et d'un programme d'action des Communautés européennes en matière d'environnement (1982-1986).

À ce sujet voir G. CABANEL, Rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'Acte unique européen, Sénat, Première session ordinaire de 1986-1987.

⁷⁵ Conseil des Communautés européennes et des Représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 7 février 1983 concernant la poursuite et la réalisation d'une politique et d'un programme d'action des Communautés européennes en matière d'environnement (1982-1986).

⁷⁶ Conseil des Communautés européennes et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Déclaration du 22 novembre 1973 concernant un programme d'action des Communautés européennes en matière d'environnement, *op. cit.*

gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil soulignent qu'il impliquera d'intégrer l'amélioration des conditions de vie et les facteurs écologiques dans la conception et la mise en œuvre des politiques communes, c'est-à-dire non seulement dans celle de l'environnement mais aussi dans les autres politiques sectorielles, telles que les politiques énergétique, sociale, agricole, etc. L'amélioration de la qualité, du cadre et des conditions de vie et de travail apparaît comme un objectif essentiel dans ce programme et est présentée comme intrinsèquement liée à la question environnementale. En ce qui concerne les produits polluants, la protection de l'homme et celle du milieu ambiant sont présentées comme aussi importantes l'une que l'autre⁷⁷.

302. Le programme d'action en matière d'environnement prévu en 1977⁷⁸ s'inscrit en cohérence avec celui de 1973 et vise à le mettre à jour. Il indique qu'il convient notamment de renforcer la dimension préventive de la politique environnementale. Le programme d'action adopté en 1983⁷⁹ complète les deux premiers. Il insiste sur l'importance d'une approche préventive et sur l'intérêt d'intégrer les préoccupations environnementales dans les autres politiques communautaires. Il rappelle que la politique commune de l'environnement est un élément indissociable de la poursuite des objectifs fondamentaux de la Communauté. Il constate que la politique commune de l'environnement a déjà porté ses fruits et a notamment permis de créer un cadre de référence communautaire, notamment grâce à un travail législatif et réglementaire. Il réaffirme les mêmes objectifs et les mêmes principes que ceux adoptés dans les programmes précédents, et ce malgré un contexte socio-économique difficile. On notera que selon ce programme, l'un des premiers objectifs de la politique environnementale est la protection de la santé de l'homme.

303. Ces trois programmes reconnaissent le lien nécessaire entre les enjeux environnementaux et le développement économique et social au sein des Communautés, en particulier celui de 1983 qui affirme que la politique de l'environnement peut contribuer à faciliter le règlement des problèmes économiques actuels, « y compris celui du chômage⁸⁰ ».

⁷⁷ *ibid.*

⁷⁸ Conseil des Communautés européennes et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 17 mai 1977 concernant la poursuite et la réalisation d'une politique et d'un programme d'action des Communautés européennes en matière d'environnement, *op. cit.*

⁷⁹ Conseil des Communautés européennes et des Représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 7 février 1983, *op. cit.*

⁸⁰ *ibid.*

2°) L'adoption de l'Acte unique afin de poursuivre la construction européenne

304. On compte plusieurs initiatives développant l'idée de créer une union européenne. Ainsi, un rapport est remis par Leo Tindemans, premier ministre de Belgique de l'époque, à ses homologues, chefs de gouvernement des États membres de la Communauté européenne le 29 décembre 1975⁸¹. Il propose le renforcement des institutions, une politique extérieure commune, une politique économique et sociale et l'Europe des citoyens. Mais ses retombées sont relativement modestes car il ne conduit qu'à « *une nouvelle déclaration du Conseil européen de La Haye, en novembre 1976, relative à la réalisation progressive de l'Union européenne*⁸² ».
305. L'idée d'une révision des traités se précise au cours des années 1980. En novembre 1981, les gouvernements allemand et italien soumettent aux États membres, au Parlement européen et à la Commission, un projet d'« Acte européen », visant à faire progresser l'intégration européenne. Le Conseil européen des 26 et 27 novembre 1981 donne mandat aux ministres des affaires étrangères de faire un rapport au Conseil européen de Stuttgart sur les travaux menés sur ce projet d'Acte⁸³. Les États font le point sur ce rapport lors de la réunion de Stuttgart qui a lieu en 1983. À cette occasion ils reconnaissent notamment que « *pour résoudre les sérieux problèmes économiques qui se posent aux États membres, la Communauté doit renforcer sa cohésion, retrouver son dynamisme et approfondir son action dans des domaines jusqu'ici insuffisamment explorés*⁸⁴ ». Si la lutte contre le chômage, la culture et la protection des consommateurs sont évoqués, la santé ne figure pas parmi les domaines mentionnés. La priorité est surtout donnée à la « *stratégie économique globale dans la Communauté pour lutter contre le chômage et l'inflation et pour favoriser la convergence des niveaux de développement économique des pays membres*⁸⁵ ». La Déclaration solennelle de Stuttgart sur l'Union européenne est signée par les

⁸¹ P. DE SCHOUTHEETE, « Le rapport Tindemans : dix ans après », *Politique étrangère* 1986, n° 2, p. 527-538.

⁸² G. CABANEL, Rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'Acte unique européen, *op. cit.*

⁸³ Communauté européenne, Déclaration solennelle sur l'Union européenne, Stuttgart, 19 juin 1983, Bull. CE 6-1983.

⁸⁴ *ibid.*

⁸⁵ *ibid.*

dix chefs d'État et de gouvernement le 19 juin 1983⁸⁶. Selon certains, ce texte ne dépasse « guère le niveau des bonnes intentions⁸⁷ ».

306. Cependant, l'idée de faire avancer la construction européenne par un nouveau texte fait son chemin. On retiendra notamment le projet de traité instituant l'Union européenne adopté le 14 février 1984, dit aussi projet Spinelli. Bien que jamais adopté, ce projet est reconnu pour avoir donné une impulsion à la création du comité Dooge, qui sera présenté ci-après, puis à la préparation de l'Acte unique⁸⁸. Le projet Spinelli était largement consacré aux institutions communautaires, mais il contenait aussi quelques éléments sur les politiques sectorielles. Dans sa partie sur la « Politique de la société », le projet de traité prévoyait de confier à la future Union européenne une compétence en matière de politique de santé : « *L'Union a une compétence concurrente en matière de politique sociale et de politique de la santé, de politique de protection des consommateurs, de politique régionale, de politique de l'environnement, de politique de l'éducation et de la recherche, de politique culturelle et de politique de l'information*⁸⁹ ». Il prévoyait aussi, dans la politique à l'égard des consommateurs, une dimension de protection de la santé de ceux-ci⁹⁰. Il était donc, sur ces points, plus ambitieux que l'Acte unique qui sera finalement adopté.
307. À l'occasion du Conseil européen de Fontainebleau en juin 1984⁹¹, la mission est confiée à un comité *ad hoc*, le comité Dooge – dit aussi « Spaak II » - de « *faire des suggestions pour l'amélioration du fonctionnement de la coopération européenne, dans le domaine communautaire comme dans celui de la coopération politique* ». Ce comité, composé d'un représentant par État membre et d'un membre de la Commission européenne, recommande dans son rapport final la transformation des Communautés européennes en une Union européenne, la réalisation d'un espace économique intérieur et la promotion d'une identité européenne extérieure. Il préconise la création d'un espace social européen et la mise en œuvre d'un espace juridique

⁸⁶ *ibid.*

⁸⁷ G. CABANEL, Rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'Acte unique européen, *op. cit.*

⁸⁸ *ibid.*

⁸⁹ Parlement européen, Projet de traité instituant l'Union européenne, 14 février 1984.

⁹⁰ *ibid.*

⁹¹ Le Conseil de Fontainebleau a surtout permis de débloquent la situation en adoptant des mesures sur le budget (le Royaume-Uni étant en désaccord avec les propositions des autres États membres) et l'agriculture.

homogène⁹². Il propose aussi comme objectif d'améliorer l'efficacité et le caractère démocratique des institutions de la Communauté. Il suggère de promouvoir des valeurs communes de civilisation, telles que la protection de l'environnement, car la pollution est une menace « *pour l'environnement et la santé des personnes* » et souligne la nécessité d'améliorer les conditions de travail et la sécurité sur les lieux de travail⁹³. Il adopte ainsi une vision large de la question environnementale. Il demande, malgré les réticences des délégués danois, grecs et britanniques, la convocation d'une conférence intergouvernementale pour préparer la rédaction d'un nouveau traité sur l'Union européenne⁹⁴.

308. Le Conseil européen de Milan tenu en juin 1985 discute du rapport fourni par le comité Dooge et à cette occasion, décide de convoquer une conférence intergouvernementale pour réviser les traités⁹⁵. La conférence intergouvernementale reçoit le triple mandat d'accélérer l'achèvement du marché intérieur d'ici 1992, d'améliorer le fonctionnement des institutions communautaires et de mettre en œuvre une politique étrangère et de sécurité commune⁹⁶.

309. Par ailleurs, une directive du 27 juin 1985 concernant l'évaluation des incidences de certains projets publics et privés sur l'environnement⁹⁷ dans son article 3, illustre la vision humano-centrée des États membres sur la protection de l'environnement : « *L'évaluation des incidences sur l'environnement identifie, décrit et évalue de manière appropriée, en fonction de chaque cas particulier et conformément aux articles 4 à 11, les effets directs et indirects d'un projet sur les facteurs suivants : l'homme, la faune et la flore, le sol, l'eau, l'air, le climat et le paysage, l'interaction entre les facteurs visés aux premier et deuxième tirets, les biens matériels et le patrimoine culturel* ». L'homme est le premier facteur pris en compte dans les mesures d'évaluation des incidences sur l'environnement.

310. Dans ce contexte, une note de réflexion de la Conférence des Représentants des Gouvernements des États membres datée du 5 septembre 1985 suggère que d'autres

⁹² Rapport du Comité *ad hoc* pour les questions institutionnelles, Bruxelles, 29-30 mars 1985, Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe.

⁹³ *ibid.*

⁹⁴ E. DESCHAMPS, L. MAUFORT, « La préparation de l'Acte unique européen », Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe, 2016.

⁹⁵ Secrétariat général du Conseil, Le Conseil européen, Cinquante années de conférences au sommet, décembre 2011.

⁹⁶ E. DESCHAMPS, L. MAUFORT, « La préparation de l'Acte unique européen », *op. cit.*

⁹⁷ Directive du Conseil du 27 juin 1985 concernant l'évaluation des incidences de certains projets publics et privés sur l'environnement (85/337/CEE) ; Texte abrogé par l'article 14 de la Directive n° 2011/92/UE du Parlement Européen et du Conseil du 13 décembre 2011.

objectifs, comme la culture, l'éducation ou la santé, puissent être intégrés dans un traité européen, car leur lien est désormais reconnu avec la libre circulation des personnes et des marchandises dans la Communauté ainsi qu'avec le libre établissement et la libéralisation des services. Ces questions pourraient faire l'objet d'une coopération, tel que c'était déjà proposé dans la Déclaration solennelle de Stuttgart, en ce qui concerne la culture (« coopération culturelle »)⁹⁸.

311. La conférence intergouvernementale est ouverte à Luxembourg le 9 septembre 1985. Les notes de réflexion des différents États membres et de la Présidence de la conférence, échangées entre septembre et décembre 1985, portent en grande partie sur le marché intérieur. Mais certains éléments peuvent néanmoins éclairer l'analyse développée ici.
312. Dans une note du 17 octobre 1985, le Danemark aborde notamment la question de l'environnement. Il justifie une meilleure prise en compte de l'environnement dans le projet d'acte par l'effet positif que cela aurait sur l'économie : « *Il importe de sauvegarder l'environnement étant donné qu'il constitue le fondement et fixe les limites du progrès économique futur*⁹⁹ ». Dans une proposition pour un article D du futur acte, la délégation danoise précise que « *dans le but de protéger la santé humaine et l'environnement* », il est indispensable de tenir compte des objectifs de conservation, de protection et d'amélioration de l'environnement dès l'élaboration des dispositions générales sur le marché commun, « *notamment dans les domaines de l'agriculture et de la pêche, de l'industrie, du commerce, des transports et de la production d'énergie*¹⁰⁰ ».
313. Dans une note de la Présidence de la conférence en date du 4 novembre 1985 il est envisagé que les États membres puissent, dans le cadre du marché intérieur, appliquer des normes plus élevées et justifiées par des exigences concernant la santé, la sécurité, la protection de l'environnement et la protection des consommateurs. Dans ces cas de figure, la Commission examinerait la situation afin de proposer au Conseil les dérogations appropriées, en s'assurant que ces dérogations aient « *un caractère temporaire et apporte[nt] le moins de perturbations*

⁹⁸ Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion du 5 septembre 1985, Conf-RGEM 1/85.

⁹⁹ Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion du 17 octobre 1985, de Jakob ESPER LARSEN, Représentant permanent du Danemark auprès des Communautés européennes adressée à Niels ERSBOLL, Secrétaire général du Conseil des Communautés européennes, CONF-RGEM 44_85.

¹⁰⁰ *ibid.*

au fonctionnement du marché commun¹⁰¹ ». La Présidence réitère cette proposition dans sa note du 26 novembre 1985¹⁰². L'Acte unique qui sera finalement adopté ne retient pas une telle disposition, mais son article 18, qui modifie l'article 100 du TCE, prévoit en son paragraphe 4° une garantie similaire assurée par la Commission¹⁰³.

314. Dans une note de la Présidence du 15 novembre 1985, on trouve aussi une proposition quasiment identique à la disposition qui sera adoptée dans l'article 18 de l'Acte unique concernant le niveau élevé de protection sur lequel doit se baser la Commission dans ses propositions visant au rapprochement des dispositions en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs. La note propose par ailleurs que si les États membres appliquent des normes plus élevées justifiées par l'un de ces impératifs (par exemple la santé), le Conseil peut prévoir des dérogations dans sa décision. La Commission vérifie régulièrement que ces dérogations sont toujours nécessaires¹⁰⁴. Cet aspect ne sera pas retenu dans le texte définitif.
315. Le même jour, la Présidence de la conférence recommande également de mettre en place une « obligation générale pour la Commission de proposer un niveau de protection élevé dans les domaines de la santé, de la sécurité, de la protection de l'environnement et des consommateurs » et suggère que la Commission puisse prévoir des dérogations appropriées. L'idée est que la dérogation soit seulement un recours ultime en cas de conflit entre une situation nationale et la poursuite de l'établissement du marché intérieur. Le but est donc plutôt de donner à la Commission et au Conseil de larges possibilités de trouver des solutions menant à des décisions à la majorité qualifiée¹⁰⁵.

¹⁰¹ Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion du 4 novembre 1985, de la Présidence au Groupe préparatoire, CONF-RGEM 58_85 REV1.

¹⁰² Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion de la Présidence, 26 novembre 1985, CONF-RGEM 103_85.

¹⁰³ « Lorsque, après l'adoption d'une mesure d'harmonisation par le Conseil, statuant à la majorité qualifiée, un État membre estime nécessaire d'appliquer des dispositions nationales justifiées par des exigences importantes visées à l'article 36 ou relatives à la protection du milieu de travail ou de l'environnement, il les notifie à la Commission. La Commission confirme les dispositions en cause après avoir vérifié qu'elles ne sont pas un moyen de discrimination arbitraire ou une restriction déguisée dans le Commerce entre États membres. [...] ».

¹⁰⁴ Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion de la Présidence, 15 novembre 1985, CONF-RGEM 71_85.

¹⁰⁵ Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion de la Présidence, 15 novembre 1985, CONF-RGEM 72_85.

316. La conférence intergouvernementale achève ses travaux le 17 décembre 1985, après l'adoption d'un accord politique des chefs d'État et de Gouvernement à l'occasion du Conseil européen de Luxembourg des 2 et 3 décembre¹⁰⁶. L'Acte unique européen est signé les 17 et 28 février 1986 par la Belgique, le Danemark, la République fédérale d'Allemagne, la Grèce, l'Espagne, la France, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Portugal et le Royaume-Uni. Il est entré en vigueur le 1^{er} juillet 1987.
317. L'Acte unique européen s'est vu reprocher une certaine modestie¹⁰⁷ par rapport aux propositions contenues dans certains projets antérieurs tels que le rapport Dooge ou le projet de traité Spinelli¹⁰⁸. Il a néanmoins été considéré par certains comme « *un instrument efficace de relance institutionnelle et économique de l'Europe*¹⁰⁹ ». Un rapport du Sénat français de 1986 lui reconnaît une forte portée dans la mesure où il fut le premier texte révisant le Traité de Rome et rassemblant le volet économique et politique de la Communauté en un texte unique, exprimant la volonté des États membres d'aller vers une Union européenne¹¹⁰.
318. L'Acte unique apparaît comme un texte concentré sur l'essentiel, dont les auteurs ont avant tout souhaité consolider ce que faisait déjà la Communauté, et non innover en créant de nouveaux secteurs d'action. On comprend ainsi pourquoi le domaine culturel, par exemple, est absent de l'Acte unique malgré l'existence de propositions prévoyant de lui accorder une place¹¹¹. Il convient à ce titre de rappeler les conditions de l'adoption de l'Acte, à savoir des discussions exceptionnellement rapides. En effet, « *trois mois de discussions et sept réunions auront suffi entre la première session du 9 septembre 1985 et la septième à l'issue de laquelle, le 17 décembre suivant, la conférence intergouvernementale conclut ses travaux par l'adoption de l'Acte unique européen*¹¹² ».

¹⁰⁶ G. CABANEL, Rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'Acte unique européen, *op. cit.*

¹⁰⁷ *ibid.*

¹⁰⁸ E. DESCHAMPS, L. MAUFORT, « La préparation de l'Acte unique européen », *op. cit.*

¹⁰⁹ *ibid.*

¹¹⁰ G. CABANEL, Rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'Acte unique européen, *op. cit.*

¹¹¹ *ibid.*

¹¹² *ibid.*

319. L'Acte unique donne un double objectif à la Communauté : réaliser le marché intérieur européen avant le 1^{er} janvier 1993 et relancer les politiques communes¹¹³. Le texte modifie le Traité instituant la CECA, le Traité instituant la CEE et le Traité instituant la CEEA¹¹⁴.

3°) L'intégration de la protection de l'environnement dans les autres politiques communautaires

320. L'Acte unique ne représente pas à proprement parler une progression fondamentale de la prise en compte de la santé dans les politiques communautaires, mais il a une importance significative en ce qu'il met en place un mécanisme juridique d'intégration des enjeux environnementaux dans les autres politiques de la Communauté, qui servira d'exemple lors de l'adoption de l'article 129 du Traité de Maastricht quelques années plus tard¹¹⁵.

321. S'agissant du traité sur la CEE et plus précisément du marché intérieur, l'article 18 3° de l'Acte unique crée l'article 100 A du Traité sur la CEE, qui prévoit que « *La Commission, dans ses propositions prévues au paragraphe 1 en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs, prend pour base un niveau de protection élevé*¹¹⁶ ». Dans cette énumération, il est intéressant de noter que la santé occupe la première place, avant même l'environnement, alors qu'elle n'a par ailleurs pas une place significative dans l'Acte unique - contrairement à la question environnementale comme nous le verrons. On peut néanmoins adhérer aux propos de Maître Cassan formulés dans sa thèse et qui tombent à propos ici : « *La santé est une matière mouvante qui tend à s'infiltrer dans les différents aspects de la vie économique et sociale*¹¹⁷ ».

¹¹³ Commission des Communautés européennes, Le dossier de l'Europe, La mise en œuvre de l'Acte unique européen, octobre 1990.

¹¹⁴ Acte unique européen, Titre II.

¹¹⁵ D'autres clauses transversales ont été inscrites en droit de l'UE, par exemple en matière d'égalité homme-femme (article 8 TFUE), de bien-être animal (article 13 TFUE) d'industrie (article 173-3 TFUE). Voir à ce sujet notamment V. CONSTANTINESCO, V. MICHEL, « Compétences de l'Union européenne », Répertoire de droit européen 2011 (Juin).

¹¹⁶ Article 100 du Traité sur la Communauté économique européenne devenu Article 114 du Traité sur l'Union européenne. La Commission, selon le 1° du même article, fait des propositions au Conseil concernant les mesures relatives au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres qui ont pour objet l'établissement et le fonctionnement du marché intérieur.

¹¹⁷ M. CASSAN, L'Europe communautaire de la santé, *op. cit.*

322. L'article 18 4° de l'Acte unique fait référence à l'article 36 du Traité de Rome lequel énonce : « *Les dispositions des articles 30 à 34 inclus ne font pas obstacle aux interdictions ou restrictions d'importation, d'exportation ou de transit, justifiées par des raisons de moralité publique, d'ordre public, de sécurité publique, de protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou de préservation des végétaux, de protection des trésors nationaux ayant une valeur artistique, historique ou archéologique, ou de protection de la propriété industrielle et commerciale. Toutefois, ces interdictions ou restrictions ne doivent constituer ni un moyen de discrimination arbitraire, ni une restriction déguisée dans le commerce entre les États membres* ». L'article 18, 4° de l'Acte unique précise que c'est la Commission qui veille à ce que ces dispositions ne soient pas un moyen de discrimination ou une restriction déguisée dans le commerce entre les États membres.
323. En se fondant sur les articles 18, 3° et 18, 4° de l'Acte unique¹¹⁸, on peut remarquer que la santé s'insère dans une échelle de valeurs communautaires : d'une part, la « *protection de la santé* » est positionnée après la moralité publique, l'ordre public et la sécurité publique, d'autre part elle passe avant la sécurité, la protection de l'environnement et la protection des consommateurs.
324. L'article 21 de l'Acte unique ajoute quant à lui des dispositions à l'article 118 du Traité sur la CEE. Les États signataires doivent protéger la sécurité et la santé des travailleurs, notamment en promouvant l'amélioration du milieu de travail. L'harmonisation dans ce domaine se fera par l'adoption par le Conseil de directives comportant des prescriptions minimales¹¹⁹.
325. Il convient à présent de s'attarder sur le titre VII ajouté au Traité sur la CEE par l'Acte unique. Ce titre porte sur l'environnement. Il est désormais clair pour les États membres

¹¹⁸ Article 18 3° : « *La Commission, dans ses propositions prévues au paragraphe 1 en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs, prend pour base un niveau de protection élevé.* » ;

Article 18 4° : « *Lorsque, après l'adoption d'une mesure d'harmonisation par le Conseil, statuant à la majorité qualifiée, un État membre estime nécessaire d'appliquer des dispositions nationales justifiées par des exigences importantes visées à l'article 36 ou relatives à la protection du milieu de travail ou de l'environnement, il les notifie à la Commission.* » ;

Article 36 Traité de Rome : « *Les dispositions des articles 30 à 34 inclus ne font pas obstacle aux interdictions ou restrictions d'importation, d'exportation ou de transit, justifiées par des raisons de moralité publique, d'ordre public, de sécurité publique, de protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou de préservation des végétaux, de protection des trésors nationaux ayant une valeur artistique, historique ou archéologique, ou de protection de la propriété industrielle et commerciale. Toutefois, ces interdictions ou restrictions ne doivent constituer ni un moyen de discrimination arbitraire, ni une restriction déguisée dans le commerce entre les États membres* ».

¹¹⁹ Article 118 A du Traité sur la Communauté économique européenne.

que les questions environnementales pèsent dans un espace économique unique, dans la mesure où les pollutions dépassent et ignorent les frontières¹²⁰. L'article 130 R 1 nouvellement créé énonce : « *L'action de la Communauté en matière d'environnement a pour objet : de préserver, de protéger et d'améliorer la qualité de l'environnement ; de contribuer à la protection de la santé des personnes ; d'assurer une utilisation prudente et rationnelle des ressources naturelles*¹²¹ ». Jusqu'à présent cantonnée à des objectifs économiques dans le cadre communautaire, la question environnementale reçoit dans l'Acte unique des objectifs propres¹²². La mention de la protection de la santé des personnes, en deuxième position de l'article, ne peut nous échapper, d'autant plus qu'il s'agit ici de la santé à titre général et non seulement la santé au travail. À la suite de cela, le deuxième paragraphe de l'article 130 R précise notamment que « *Les exigences en matière de protection de l'environnement sont une composante des autres politiques de la Communauté* ». Cela implique que les considérations environnementales soient intégrées dans les autres politiques de la Communauté, de façon transversale. Cette formulation sera reprise pour l'intégration de la santé dans les autres politiques lors de l'adoption du Traité de Maastricht. On peut donc penser que la notion d'intégration des questions environnementales dans les autres politiques a servi de modèle à la notion d'intégration des questions sanitaires dans les autres politiques communautaires. L'adoption de cette disposition dans l'Acte unique peut être interprétée comme une étape préliminaire qui a contribué à l'adoption de l'article 129 du Traité de Maastricht en 1992. Ce principe d'intégration apparaît comme un principe méthodologique permettant de mettre en œuvre les autres principes de l'article 130 R qui constituent, eux, les principes « d'action » de la politique de l'environnement¹²³.

326. On remarquera cependant que l'article 130 R § 2 ne retient pas la formulation plus stricte qui avait été proposée par la représentation permanente de la République fédérale d'Allemagne le 30 octobre 1985 dans le cadre du groupe préparatoire à la Conférence des représentants des gouvernements des États membres : la proposition germanique retenait en

¹²⁰ Commission of the European Communities, The Single Act: A new frontier, Programme of the Commission for 1987, Statement by Jacques DELORS, President of the Commission, to the European Parliament, Strasbourg, 18 February 1987, Bulletin of the European Communities, Supplement 1/87.

¹²¹ Devenu article 174 TCE puis 191 TFUE.

¹²² G. CABANEL, Rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'Acte unique européen, *op. cit.*

¹²³ R. ZACCARIA, « Principe de subsidiarité et environnement », *Revue européenne de droit de l'environnement* 2000, n° 3, p. 255-280.

effet la formulation suivante : « *Les exigences de la politique environnementale doivent être intégrées dans les autres politiques*¹²⁴ ». Malgré le choix d'une formulation moins autoritaire, l'Acte unique confirme tout de même le principe d'intégration des enjeux environnementaux qui avait été reconnu par les trois premiers programmes d'action de la Communauté en matière environnementale à partir de 1973. D'ailleurs l'Acte unique européen a surtout « juridicisé » l'action mise en œuvre depuis 1973 mais n'en a pas modifié les principes généraux¹²⁵.

327. Le quatrième paragraphe du même article prévoit que « *La Communauté agit en matière d'environnement dans la mesure où les objectifs visés au paragraphe 1 peuvent être mieux réalisés au niveau communautaire qu'au niveau des États membres pris isolément* ». On peut déjà lire ici une première affirmation du principe de subsidiarité, bien qu'il ne soit pas nommé en tant que tel¹²⁶. Enfin, le dernier paragraphe ajouté prévoit la coopération de la Communauté et des États membres avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière d'environnement. Or, nous verrons que ce type de coopération sera maintes fois évoqué en matière de santé lors des échanges entre États membres qui précéderont l'adoption du traité de Maastricht.
328. Il semble ainsi que la vision adoptée par la Communauté européenne sur la question de l'environnement ait été le précurseur de l'intégration plus tardive des questions de santé dans les autres politiques communautaires.
329. La création par l'Acte unique d'un titre consacré à la question environnementale présente toutefois ses limites. En effet, au vu du document de travail de la Commission proposant de potentiels compléments au Traité sur la CEE en date du 16 septembre 1985¹²⁷, on constate que la politique communautaire de l'environnement est en fait peu détaillée par l'Acte unique. L'article 2 qui avait été envisagé par la Commission, précisant scrupuleusement les

¹²⁴ Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Copie de lettre de la Représentation permanente de la République fédérale d'Allemagne en date du 30 octobre 1985 à M. ERSBOLL, Secrétaire général du Conseil des Communautés européennes, CONF-RGEM 55 85 fr.

¹²⁵ V. CONSTANTINESCO, « Les clauses de « coopération renforcée » : le protocole sur l'application des principes de subsidiarité et de proportionnalité », *Revue trimestrielle de droit européen* 1997, Vol. 33, n° 4, p. 751-800.

¹²⁶ Il sera consacré par le Traité de Maastricht en 1992.

¹²⁷ Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Lettre de M. NOEL, Secrétaire général de la Commission des Communautés européennes, en date du 16 septembre 1985, à M. ERSBOLL, Secrétaire général du Conseil, CONF-RGEM 9 85.

éléments de cette politique, n'a pas été retenu¹²⁸. Cela peut s'expliquer par le fait que certaines de ces activités dépassent le cadre actuel des compétences de la Communauté, comme l'a fait remarquer à l'époque la délégation danoise¹²⁹.

330. Pour finir, on ne peut, certes, contredire ceux qui lisent dans l'Acte Unique la consécration indirecte de la compétence sanitaire de la Communauté, et ce par trois biais : en premier lieu, l'intégration de l'objectif de santé publique dans la politique de l'environnement avec les articles 130 et suivants. Deuxièmement, l'intégration de l'objectif de santé publique dans la politique du marché intérieur, avec l'ajout de l'article 100 A du traité sur la CEE et la formule retenant un « *niveau de protection élevé en matière de santé, de sécurité, etc.* » ; enfin, l'intégration de l'objectif de santé publique dans la politique sociale, à travers l'ajout au traité sur la CEE de l'article 118 A¹³⁰. Néanmoins, nous retiendrons plutôt, dans l'intérêt de notre analyse, la place consacrée par l'Acte unique à la question environnementale dans les autres politiques de la Communauté, mécanisme qui pose les rudiments de l'intégration de la santé dans les autres politiques communautaires, laquelle apparaîtra dans le traité adopté huit ans plus tard à Maastricht.

B) La volonté grandissante de prendre en compte la santé y compris dans d'autres secteurs à partir de la fin des années 1980

331. Les institutions européennes s'efforcent de contribuer à combattre certaines maladies qui touchent la population européenne (1°) et cherchent progressivement à adopter une approche transversale des questions sanitaires (2°).

¹²⁸ *ibid.* On y lit à l'article 2 : « La politique de la Communauté en matière d'environnement porte notamment sur la protection de l'atmosphère et l'amélioration de la qualité de l'air, la protection des eaux, la lutte contre le bruit, la préservation des sites, sols et paysages, la conservation de la faune et de la flore et la protection des animaux, la lutte contre le gaspillage des ressources naturelles [...] ».

¹²⁹ Conférence des gouvernements des États membres, Note du Secrétariat au groupe préparatoire, Bruxelles, 25 septembre 1985, CONF-RGEM 17/85.

¹³⁰ N. DE GROVE-VALDEYRON, *Droit européen de la santé*, *op. cit.*, page 20 : par la suite, l'Acte unique européen du 1^{er} juillet 1987 renforce cette vision positive de la santé et « *élargit directement et positivement la protection de la santé non seulement aux travailleurs mais aussi aux consommateurs et à l'environnement* » (articles 100, 118 et 130).

1°) La volonté des institutions européennes de lutter contre certaines maladies

332. L'attention des institutions européennes en matière de santé, à l'époque, est dirigée surtout vers le sida¹³¹ et le cancer. La Commission européenne, dès 1979, crée un groupe interservices interdisciplinaire ayant pour mission d'élaborer un programme de travail sur la santé, de mener des études et des séminaires afin d'épauler le Conseil à mesure qu'il se familiarise avec les questions sanitaires¹³². En ce qui concerne le Conseil des Communautés européennes, avant de commenter certaines de ses prises de position, il convient de préciser la composition et le rôle de cet organe ainsi que la valeur de ses décisions.
333. Jusqu'en 1967, les Conseils des CEE, CECA et CEEA sont trois institutions distinctes. Puis, le Traité instituant un Conseil unique et une Commission unique des Communautés européennes, adopté le 13 juillet 1967, procède, comme son nom l'indique, à la fusion des Conseils des trois Communautés. Dans le chapitre 1 de ce traité est énoncé à l'article premier qu'« *il est institué un Conseil des Communautés européennes, ci-après dénommé le Conseil. Ce Conseil se substitue au Conseil spécial de ministres de la Communauté européenne du charbon et de l'acier, au Conseil de la Communauté économique européenne et au Conseil de la Communauté européenne de l'énergie atomique. Il exerce les pouvoirs et les compétences dévolus à ces institutions dans les conditions prévues aux traités instituant respectivement la Communauté européenne du charbon et de l'acier, la Communauté économique européenne et la Communauté européenne de l'énergie atomique ainsi qu'au présent traité*¹³³ ».

¹³¹ Ainsi désigné dans les documents exploités ici.

¹³² G. CORON (dir.), *L'Europe de la santé, Enjeux et pratiques des politiques publiques*, Presses de l'EHESP, 2018, 176 p.

¹³³ Si l'on se réfère aux traités visés : Traité sur la CEE, article 145 : « *En vue d'assurer la réalisation des objets fixés par le présent Traité et dans les conditions prévues par celui-ci, le Conseil :*

- assure la coordination des politiques économiques générales des États membres,
- dispose d'un pouvoir de décision. » ;

Traité sur la CECA, article 26 : « *Le Conseil exerce ses attributions dans les cas prévus et de la manière indiquée au présent Traité, notamment en vue d'harmoniser l'action de la Haute Autorité et celle des gouvernements responsables de la politique économique générale de leurs pays.*

À cet effet, le Conseil et la Haute Autorité procèdent à des échanges d'informations et à des consultations réciproques. Le Conseil peut demander à la Haute Autorité de procéder à l'étude de toutes propositions et mesures qu'il juge opportunes ou nécessaires à la réalisation des objectifs communs. » ;

Traité sur la CEEA, article 115 : « *Le Conseil exerce ses attributions et ses pouvoirs de décision dans les conditions prévues par le présent Traité. Il prend toutes mesures relevant de sa compétence en vue de coordonner les actions des États membres et de la Communauté* ».

334. Tout comme ses trois prédécesseurs (relatifs à la CEE, à la CECA et à la CEEA), le Conseil des Communautés européennes est composé de membres des gouvernements de chaque État membre¹³⁴. On déduit naturellement que ce qui valait pour les membres des Conseils avant 1967 vaut pour le Conseil nouvellement créé, ainsi, ses membres « *encore qu'issus des Gouvernements des États membres des Communautés, sont au moins autant les représentants, les mandataires des intérêts communautaires que des intérêts nationaux*¹³⁵ ». De même, logiquement, le principe posé avant 1967 est conservé : le Conseil représente les Communautés européennes ; partant, la volonté qui émane de ses décisions « *est une volonté propre, distincte de celles de ses membres* » et celle-ci « *s'impose aux États membres sans qu'une procédure soit nécessaire pour l'introduire dans les ordres juridiques nationaux*¹³⁶ ».
335. De la même façon, l'ancienne pratique est appliquée au nouveau Conseil s'agissant du choix du représentant par chaque État membre, de sorte que l'on peut retenir que « *chaque Gouvernement est libre de désigner selon ses convenances le membre du gouvernement qui lui paraît convenir le mieux à telle ou telle session des Conseils voire à tel ou tel point de l'ordre du jour*¹³⁷ ».
336. Les directeurs généraux des administrations nationales de la santé se rencontrent déjà de façon informelle mais régulière depuis 1972¹³⁸. Le Conseil des ministres de la santé se réunit pour la première fois officiellement le 13 décembre 1977 puis le 16 novembre 1978 à Bruxelles¹³⁹. Ces réunions intergouvernementales exploratoires avaient pour but de rapprocher les États membres sur des sujets d'intérêt commun tout en contournant la réticence de certains États hostiles à la communautarisation de la santé, comme le Danemark ou le Royaume-Uni¹⁴⁰. À partir de 1986, le Conseil des ministres de la santé se réunira régulièrement en tant que formation du Conseil¹⁴¹, après sept années d'interruption de ses

¹³⁴ Traité instituant un Conseil unique et une Commission unique des Communautés européennes, 13 juillet 1967, 67/443/CEE : ce nouveau Conseil « *est formé par les représentants des États membres. Chaque gouvernement y délègue un de ses membres* » (article 2).

¹³⁵ J. MÉGRET, « Les Conseils des Communautés Européennes », *Annuaire français de droit international* 1961, Vol. 7, p. 632-667.

¹³⁶ *ibid.*

¹³⁷ *ibid.*

¹³⁸ G. CORON (dir.), *L'Europe de la santé, Enjeux et pratiques des politiques publiques*, *op. cit.*

¹³⁹ *ibid.*

¹⁴⁰ *ibid.*

¹⁴¹ S. CHAPPELLON *et al.*, « Europe communautaire et santé publique (Dossier) », *op. cit.*

travaux¹⁴². Nous verrons prochainement certaines décisions prises par le Conseil formé des ministres de la santé.

337. Si l'on se réfère à nouveau à l'article premier du chapitre premier du Traité instituant un Conseil unique et une Commission unique des Communautés européennes, ainsi qu'aux traités visés¹⁴³, il apparaît que le Conseil des Communautés européennes a un rôle de coordination et d'harmonisation de l'action des institutions de la Communauté et des États membres.
338. Avant de mentionner certaines résolutions, conclusions et décisions du Conseil des Communautés européennes, rappelons que selon les traités en vigueur à l'époque, les décisions sont obligatoires¹⁴⁴, tandis que les conclusions et résolutions, non visées par les textes officiels, n'ont pas vocation à produire des effets juridiques. Cependant, nous pensons que la cohérence et la répétition dans le temps de ces outils juridiques ont pu avoir un rôle important dans l'évolution de notre objet d'étude en droit communautaire.
339. Le 29 mai 1986, le Conseil des Communautés européennes et les représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil produisent une résolution concernant l'abus d'alcool¹⁴⁵. Cette problématique est d'ores et déjà présentée sous l'angle de ses multiples facettes : la santé publique, le bien-être social, l'économie, et la protection et l'information des consommateurs. On y trouve une référence aux « réalisations déjà entreprises à l'égard de ce problème » par l'OMS : le Conseil et les représentants des

¹⁴² G. CORON (dir.), *L'Europe de la santé, Enjeux et pratiques des politiques publiques*, op. cit.

¹⁴³ Traité sur la CEE, Traité sur la CECA, Traité sur la CEEA.

¹⁴⁴ Traité CEEA : Chapitre II - Dispositions communes à plusieurs institutions, Article 161 : « Pour l'accomplissement de leur mission et dans les conditions prévues au présent Traité, le Conseil et la Commission arrêtent des règlements et des directives, prennent des décisions et formulent des recommandations ou des avis. Le règlement a une portée générale. Il est obligatoire dans tous ses éléments et il est directement applicable dans tout État membre. La directive lie tout État membre destinataire quant au résultat à atteindre, tout en laissant aux instances nationales la compétence quant à la forme et aux moyens. La décision est obligatoire en tous ses éléments pour les destinataires qu'elle désigne. Les recommandations et les avis ne lient pas ».

Traité CEE : Chapitre 2 - Dispositions communes à plusieurs institutions, Article 189 : « Pour l'accomplissement de leur mission et dans les conditions prévues au présent Traité, le Conseil et la Commission arrêtent des règlements et des directives, prennent des décisions et formulent des recommandations ou des avis. Le règlement a une portée générale. Il est obligatoire dans tous ses éléments et il est directement applicable dans tout État membre. La directive lie tout État membre destinataire quant au résultat à atteindre, tout en laissant aux instances nationales la compétence quant à la forme et aux moyens. La décision est obligatoire dans tous ses éléments pour les destinataires qu'elle désigne. Les recommandations et les avis ne lient pas ».

¹⁴⁵ Conseil et représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 29 mai 1986 concernant l'abus d'alcool (86/C 184/02).

gouvernements des États membres expriment la volonté d'inscrire les futures activités communautaires en la matière en harmonie avec les travaux de l'OMS.

340. Peu de temps après, le Conseil européen (qui est « l'organe supérieur de l'Union¹⁴⁶ » et ne saurait être confondu avec le Conseil des Communautés européennes) à la suite de sa réunion des 5 et 6 décembre 1986 à Londres, rend des conclusions dans lesquelles il aborde notamment la lutte contre le cancer et le sida¹⁴⁷. À ce titre, il affirme son soutien aux travaux de l'OMS. Avec l'Acte unique, le Conseil européen a vu son existence consacrée et sa composition définie dans le traité¹⁴⁸. Ses décisions à partir de là en ressortent renforcées.
341. En 1987, l'objectif central des États membres est le grand marché commun¹⁴⁹. Parmi les autres priorités de la Commission, on trouve dans son programme annuel de l'année 1987 l'adoption de la directive, proposée en 1983, concernant les émissions des larges installations de combustion, la réponse aux problèmes posés par l'accident chimique de Sandoz¹⁵⁰, et la nécessité de faire de l'Europe une réalité pour les Européens au quotidien, en traitant des questions qui les touchent directement telles que la santé (lutte contre le cancer et le sida), la lutte contre la drogue, les échanges entre la jeunesse des différents États membres, les programmes de formation¹⁵¹. Avec le contexte de l'époque, marqué par la catastrophe de Tchernobyl le 26 avril 1986 et l'épisode de pollution du Rhin le 1^{er} novembre 1986, on constate une réelle mobilisation pour les questions environnementales au sein de la Communauté européenne. L'année 1987 est l'année européenne de l'environnement¹⁵². L'idée est de sensibiliser la population aux questions environnementales, à la qualité de vie, à la contribution de l'environnement à la croissance et à l'emploi, aux technologies propres, à la qualité de l'eau, etc. À la suite de l'Acte unique, les États membres passent d'une attitude réactive aux problèmes environnementaux, à une

¹⁴⁶ J.-L. CLERGERIE, A. GRUBER, P. RAMBAUD, *L'Union européenne*, 11^{ème} édition, Dalloz, 2016, 950 p.

¹⁴⁷ Conseil européen, Conclusions, 5-6 décembre 1986.

¹⁴⁸ Acte unique, Titre 1, Article 2 : « Le Conseil européen réunit les chefs d'État ou de gouvernement des États membres ainsi que le président de la Commission des Communautés européennes. Ceux-ci sont assistés par les ministres des affaires étrangères et par un membre de la Commission. Le Conseil européen se réunit au moins deux fois par an ».

¹⁴⁹ Commission of the European Communities, The Single Act: A new frontier, Programme of the Commission for 1987, Statement by Jacques DELORS, President of the Commission, to the European Parliament, Strasbourg, 18 February 1987, Bulletin of the European Communities, Supplement 1/87.

¹⁵⁰ *ibid.*

¹⁵¹ *ibid.*

¹⁵² *ibid.*

approche globale préventive, fondée sur des critères stricts et des choix économiques rationnels¹⁵³.

342. Le Conseil des communautés européennes, avec les représentants des gouvernements des États membres, réunis au sein du Conseil, rend lui aussi des conclusions sur la lutte contre le sida le 31 mai 1988¹⁵⁴, à la suite du Conseil européen. Il souligne l'importance de la prévention de cette maladie par l'information et l'éducation à la santé. Il fait référence à l'OMS et au Conseil de l'Europe.

2°) La volonté des institutions européennes d'adopter une approche transversale des questions sanitaires

343. C'est en particulier dans une résolution du Conseil et des ministres de l'éducation du 23 novembre 1988 que l'on trouve des éléments significatifs sur l'état de la réflexion des membres de la Communauté en matière de santé. Dans cette résolution sur l'éducation à la santé dans les écoles, le Conseil et les ministres de l'éducation prennent acte de l'augmentation du taux de maladies cardiovasculaires, du cancer et du sida¹⁵⁵. La Déclaration de Londres du 28 janvier 1988, adoptée lors du sommet mondial des ministres de la santé sur les programmes de prévention du sida, dans le cadre de la stratégie mondiale contre le sida mise en œuvre par l'OMS, est encore dans les esprits. Surtout, le Conseil et les ministres de l'éducation reconnaissent que de nombreux problèmes de santé sont causés par des facteurs sociaux et économiques, sur lesquels les individus n'ont pas de contrôle direct, et par les modes de vie et les comportements individuels¹⁵⁶. Ainsi, ils soulignent que les habitudes alimentaires, l'utilisation de drogues ou de tabac, la pollution de l'environnement, parmi d'autres facteurs, ont une influence sur la santé. En ce qui concerne le sujet principal de leur réunion, ils précisent que l'éducation à la santé dans les écoles s'inscrit dans le cadre familial puis à l'école et qu'elle devrait reposer sur « *toutes les disciplines enseignées* », autrement dit sur une approche globale et transversale, afin de faire acquérir

¹⁵³ *ibid.*

¹⁵⁴ Conseil et représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Conclusions concernant le sida, 31 mai 1988.

¹⁵⁵ Conseil et ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, Résolution sur l'éducation à la santé dans les écoles, 23 novembre 1988.

¹⁵⁶ *ibid.*

aux élèves des comportements et des connaissances favorables à la santé¹⁵⁷. Ils mentionnent les « *actions communes actuellement engagées par la Commission des Communautés européennes, le bureau européen de l'OMS, le Conseil de l'Europe et l'Union internationale pour l'éducation à la santé* », montrant ainsi qu'ils s'appuient sur les connaissances développées à cette époque aux niveaux européen et mondial en matière d'éducation à la santé et de santé publique plus généralement¹⁵⁸. On peut en déduire que les liens existant entre ces différentes structures internationales et européennes ont favorisé un échange de savoirs¹⁵⁹. Il n'est en effet pas anodin de relever la perspective adoptée sur la santé, ici prise en compte dans le milieu de vie qu'est l'école : déjà en 1988, les États membres de la Communauté européenne reconnaissent une santé positive et dépassant la question des soins médicaux. Si l'on regarde le contexte plus large de l'époque, on peut émettre l'hypothèse que les déclarations adoptées lors de conférences mondiales chapeautées par l'OMS - vues en Chapitre 1 - ne sont pas étrangères à cette reconnaissance : la déclaration adoptée à Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires mentionne l'éducation, la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé adoptée en 1986 évoque l'éducation et l'éducation pour la santé, et les Recommandations d'Adélaïde adoptées en 1988 abordent elles aussi la question de l'éducation, dans le cadre des « *politiques pour la santé* ».

344. Si certains considèrent l'approche communautaire en matière de santé comme principalement verticale « *par pathologies ou facteurs de risque* » jusqu'au début des années 1990¹⁶⁰, on peut tout de même distinguer une volonté de prendre en compte la santé dans d'autres secteurs, en l'occurrence ici l'éducation, dès la fin des années 1980. Cette volonté va s'affirmer au cours des années 1990.

345. Dans un rapport rendu en 1988 sur la comparaison des systèmes de santé européens, le Parlement européen déclare qu'« *un examen des traités de la Communauté européenne confirmera qu'il n'existe pas de politique européenne de la santé. Mais un certain nombre d'autres politiques contiennent des éléments de politique sanitaire : l'Euratom prévoit des mesures de protection contre les radiations, le traité de*

¹⁵⁷ *ibid.*

¹⁵⁸ *ibid.*

¹⁵⁹ Cette remarque est corroborée par les propos recueillis lors de l'entretien avec Fernand SAUER, ancien directeur de la santé publique à la Commission européenne, ancien membre du Collège du Haut Conseil de la santé publique, le 23 novembre 2018. Cela rejoint également la notion de « *perméabilisation des systèmes juridiques* » développée par J-B. AUBY dans *La globalisation, le droit et l'État*, 3^{ème} édition, LGDJ, 2020, 242 p.

¹⁶⁰ S. CHAPPELLON *et al.*, « Europe communautaire et santé publique (Dossier) », *op. cit.*

la CECA, des mesures de protection sanitaire des travailleurs du charbon et de l'acier ; de plus, la protection du consommateur, l'environnement et la recherche renferment tous des éléments se rapportant à la santé¹⁶¹ ». Ainsi, dès 1988, il y avait une conscience que la santé dépasse les systèmes de soins, et qu'elle touche à d'autres domaines. Ce rapport parle notamment de « *dispersion des questions sanitaires*¹⁶² », ce qui est révélateur pour notre étude : cette « dispersion » peut en effet être négative - elle est présentée de la sorte, en l'occurrence – mais selon nous elle peut aussi être bénéfique, productive, si elle est observée à travers le prisme de la « santé dans toutes les politiques ». En fin de compte, on peut parler de dispersion, mais aussi d'un étalement des questions de santé dans les politiques communautaires. D'ailleurs, le rapport fait état à l'époque, « *au niveau communautaire, [d']un intérêt plus vif que jamais pour les questions de santé*¹⁶³ ».

346. C'est dans ce contexte que la Commission des Communautés européennes adopte, au nom de la Communauté européenne, la Charte européenne sur l'environnement et la santé en décembre 1989, aux côtés des ministres de l'environnement et de la santé des États membres de la région européenne de l'OMS¹⁶⁴.
347. Le 17 mai 1990, le Conseil et les représentants des gouvernements des États membres adoptent une décision pour un plan d'action couvrant les années 1990 à 1994 dans le cadre du programme « L'Europe contre le cancer », dont les objectifs sont la prévention et le traitement du cancer¹⁶⁵. Dans cette décision, qui a un caractère obligatoire, le Conseil et les représentants des gouvernements des États membres précisent que des actions pour réduire le risque de cancer sont déjà développées dans plusieurs programmes de la Communauté européenne, dans les domaines de « *l'environnement, [à] la protection des travailleurs, [à] la protection des consommateurs, [à] la nutrition, [à] l'agriculture et [le] marché intérieur*¹⁶⁶ ». Avant même l'adoption, dans un traité européen, du principe d'intégration de la santé dans toutes les politiques, on constate que la question du cancer est déjà abordée de façon intersectorielle. On perçoit en

¹⁶¹ Parlement européen, Les systèmes de santé des pays membres de la Communauté européenne, Série environnement, santé publique et protection des consommateurs, n° 12, 1988.

¹⁶² *ibid.*

¹⁶³ *ibid.*

¹⁶⁴ Voir Chapitre 1.

¹⁶⁵ Conseil et représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Décision n° 90/238/EURATOM, CECA, CEE du 17 mai 1990 adoptant un plan d'action 1990-1994 dans le cadre du programme « L'Europe contre le cancer ».

¹⁶⁶ *ibid.*

effet dès cette époque une connaissance du lien entre cancer et mode de vie : parmi les actions présentées dans la décision et devant être mises en œuvre, figurent la prévention du tabagisme, l'action sur les habitudes alimentaires y compris la consommation d'alcool, et la prise en compte des agents cancérigènes dans l'environnement de vie. Le Conseil et les représentants des gouvernements des États membres mentionnent également l'éducation à la santé, nécessaire notamment dans les écoles pour changer les pratiques alimentaires, et en particulier dans l'« incitation à la consommation de fruits et de légumes pendant les récréations et les repas¹⁶⁷ ». Là encore, la décision comporte une référence à la coopération avec l'OMS (ainsi qu'avec le Centre international de recherches sur le cancer), preuve que les décisions concernant la santé publique dans la Communauté européenne sont prises, déjà dans les années 1990, en tenant compte de l'état des connaissances mondiales sur le sujet.

348. Dans une résolution du 3 décembre 1990¹⁶⁸, le Conseil et les représentants des gouvernements des États membres rendent compte de l'action communautaire sur la nutrition et la santé. Ils attestent le lien entre l'alimentation et l'état de santé et rappellent l'importance de la prévention, en s'appuyant notamment sur la notion de « *protection de la santé par une alimentation optimale* ». Allant plus loin que la seule prévention, le Conseil et les représentants des gouvernements visent aussi une action positive afin de « *promouvoir une bonne santé*¹⁶⁹ ». Ils reconnaissent le « *rôle déterminant pour la santé et le bien-être que joue une alimentation correcte à l'égard de différentes maladies et facteurs de risque* » et soulignent que « *l'accès à des quantités suffisantes d'aliments sains est un « facteur déterminant de la santé*¹⁷⁰ ». On peut probablement déceler ici l'influence de la Charte d'Ottawa, adoptée quatre ans auparavant, qui promeut la notion de « *conditions indispensables à la santé* », et notamment le fait de pouvoir « *se nourrir convenablement* ». L'influence de la déclaration d'Alma-Ata, un peu plus ancienne¹⁷¹, transparaît sans doute elle aussi dans la mesure où ce texte encourageait notamment « *la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles* » dans le cadre de l'éducation à la santé, qui fait partie intégrante des soins de santé primaires. Le Conseil et les représentants des gouvernements des États membres constatent que la Communauté

¹⁶⁷ *ibid.*

¹⁶⁸ Conseil et représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 3 décembre 1990 concernant une action communautaire sur la nutrition et la santé, 90/C 329/01.

¹⁶⁹ *ibid.*

¹⁷⁰ *ibid.*

¹⁷¹ Elle date de 1978.

européenne s'est occupée à plusieurs occasions de la question nutritionnelle dans différents contextes tels que le cancer, l'abus d'alcool, la jeunesse, l'éducation à la santé, mais qu'elle n'a jamais examiné globalement les questions de « *l'éducation alimentaire* » et de « *l'information des consommateurs afin d'encourager des habitudes et une consommation alimentaires adaptées aux besoins de chacun* ». Ils affirment l'importance d'« *encourager davantage la prise en considération des aspects nutritionnels et de la santé dans le cadre des actions des différents secteurs y afférents de la Communauté et de ses États membres* », se positionnant à l'évidence dans une perspective d'action intersectorielle dans le cadre des politiques communautaires. La résolution comprend également une recommandation tendant à la prise en compte, pour les activités communautaires menées dans ce secteur, des activités de l'OMS et de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture. Cette résolution témoigne d'une prise de conscience de la nécessité d'une vision plus globale des questions touchant à la santé dans la Communauté européenne. Lors de la session du Conseil des ministres de la santé qui s'est tenue le même jour, le 3 décembre 1990, la présidence a demandé à ce que les compétences en matière de santé dans la Communauté soient mieux définies¹⁷².

349. Les États membres poursuivent sur cette lancée : le 4 juin 1991, réunis au sein du Conseil en présence de leurs ministres de la santé respectifs, ils adoptent une décision pour un plan d'action couvrant les années 1991 à 1993 dans le cadre du programme « *l'Europe contre le sida*¹⁷³ ». L'idée dominante est d'intervenir en amont pour prévenir la transmission de cette maladie, ainsi que développer l'éducation à la santé. On trouve une nouvelle fois une référence à la nécessaire collaboration avec l'OMS et le Conseil de l'Europe.
350. Entre 1986 et 1991, dans les sept résolutions, conclusions et décisions du Conseil des Communautés européennes qui ont été analysées, toutes font référence aux travaux de l'OMS. Il y a une cohérence entre le contenu adopté par les conférences mondiales sur la promotion de la santé tenues régulièrement depuis 1978 – ainsi que les travaux de l'OMS associés – et la perspective choisie par la Communauté européenne pour traiter la question de la « santé dans ses politiques ».

¹⁷² Parlement européen, Rapport de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs sur la politique de santé publique après Maastricht, 20 octobre 1993, A3-0311/93.

¹⁷³ Conseil et ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil, Décision adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme « l'Europe contre le sida », 4 juin 1991, 91/317/CEE.

Section 2. L'entrée de la « santé dans toutes les politiques » en droit de l'Union européenne : le Traité de Maastricht

351. Les échanges préparatoires entre les États membres, et qui ont mené à l'adoption du nouveau traité, éclairent sur le cheminement progressif de l'idée d'intégrer la santé dans les autres secteurs (§ 1) et nous mèneront à l'analyse de l'article 129 du Traité sur la CEE, pierre angulaire de ce Titre 1 de la thèse (§ 2).

§ 1) Les préparatifs du Traité de Maastricht

352. La conférence intergouvernementale sur l'Union politique, qui s'est déroulée en 1991 en parallèle de la conférence intergouvernementale sur l'Union économique et monétaire, a conduit à la signature du Traité sur l'Union européenne (TUE) à Maastricht, le 7 février 1992. Le TUE énonce dans son article 129 que « *les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté* ». Il marque ainsi le renforcement de la prise en compte de la santé dans les activités communautaires, et ce de façon transversale à travers les autres domaines d'action. La volonté de s'intéresser davantage à la santé au niveau de la Communauté européenne se trouve déjà dans les échanges institutionnels préparatoires à la conférence intergouvernementale sur l'Union politique bien que de façon assez discrète (A). En comparaison, l'importance accordée à la santé dans le Traité qui sera finalement adopté à Maastricht n'en paraît que plus forte (B).

A) La place discrète de la santé dans les échanges institutionnels préparatoires à la conférence intergouvernementale sur l'Union politique

353. La conférence intergouvernementale s'est réunie quasi mensuellement à l'occasion des réunions normales des Conseils de Ministres communautaires, avec de temps en temps des

conclaves ministériels en plus¹⁷⁴. Ces échanges illustrent la volonté politique de s'atteler à la légitimité démocratique (1°) et aux différentes branches du droit de la Communauté (2°). Dans ces débats, la santé est une considération parmi bien d'autres.

1°) La volonté de renforcer la légitimité démocratique de la Communauté européenne

354. Les objectifs de cette conférence sont multiples. Le 18 avril 1990, à la veille du Conseil européen de Dublin, le président français Mitterrand et le chancelier allemand Kohl proposent quatre objectifs¹⁷⁵. Il s'agirait premièrement de renforcer la légitimité démocratique de l'Union. Bien que la légitimité démocratique soit recherchée avant tout par une réforme du fonctionnement des institutions communautaires, on peut penser aussi qu'une meilleure prise en compte des questions de santé, parmi d'autres, pourrait contribuer à cette légitimité démocratique. Le deuxième objectif proposé par le couple franco-allemand est de rendre plus efficaces les institutions en étendant le vote majoritaire au Conseil des ministres et en élargissant le rôle du Conseil européen. Troisièmement, ils estiment qu'il conviendrait d'assurer l'unité et la cohérence de l'action de l'Union dans les domaines économique, monétaire et politique et la rendre plus « lisible » pour le citoyen. Enfin, un objectif nécessaire pour la conférence serait de définir et mettre en œuvre une politique étrangère et de sécurité commune (PESC). Le message d'avril 1990 insiste sur la nécessité d'accélérer la construction de l'Europe politique. Selon le président Mitterrand et le chancelier Kohl, il est temps de « *transformer l'ensemble des relations entre les États membres en une Union européenne et de doter celle-ci des moyens d'action nécessaires* », tel que l'avait prévu l'Acte unique¹⁷⁶.

355. Peu de temps après, le Conseil européen du 28 avril 1990 confirme la nécessité pour le projet d'Union politique de « *renforcer la légitimité démocratique de l'Union* ». En vue de l'adoption

¹⁷⁴ D. VIGNES, « Note sur le contenu et la portée du Traité sur l'Union européenne, signé à Maastricht le 7 février 1992 », *Annuaire français de droit international* 1991, Vol. 37, p. 774-801.

¹⁷⁵ P. GERBET, « La Conférence intergouvernementale (CIG) sur l'Union politique », Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe, 2016, http://www.cvce.eu/obj/la_conference_intergouvernementale_cig_sur_l_union_politique-fr-183c7651-32ef-470a-85ac-8103435f4c58.html [consulté le 28/06/2021].

¹⁷⁶ F. MITTERRAND, Président de la République française, H. KOHL, chancelier de la RFA, message conjoint adressé à Charles HAUGHEY, Président du Conseil européen sur la nécessité d'accélérer la construction de l'Europe politique, 18 avril 1990, Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe.

du nouveau traité¹⁷⁷, il « lance les travaux préparatoires pour une conférence intergouvernementale sur l'Union politique¹⁷⁸ ».

2°) La volonté d'élargir le champ du droit communautaire

356. Le 6 décembre 1990, le couple franco-allemand donne une nouvelle orientation cruciale à la réflexion sur le futur traité et plus particulièrement sur l'Union politique : dans un message à leurs partenaires au sujet de la future Union politique, ils proposent notamment un élargissement des compétences de la Communauté à des matières telles que l'environnement, la santé, la politique sociale, l'énergie, la recherche et la technologie, la protection des consommateurs, ainsi que celles de l'Union pour des questions d'immigration, de politique des visas, de droit d'asile et de criminalité internationale. Ils appellent également à l'institution d'une « *citoyenneté européenne* » telle que proposée par le Premier ministre espagnol Felipe González¹⁷⁹ afin de renforcer la légitimité démocratique de la Communauté européenne. Leurs autres propositions concernent les pouvoirs du Parlement et du Conseil européen ainsi que la politique étrangère et de sécurité commune¹⁸⁰.
357. Le Conseil européen, qui regroupe les chefs d'État et de gouvernement des États membres, se réunit les 14 et 15 décembre de la même année. À cette occasion il dresse le cadre de déroulement des deux conférences intergouvernementales qui s'ouvrent le jour-même à Rome¹⁸¹, bien que certaines réserves soient émises concernant le mandat de négociation à leur donner¹⁸². Il prévoit que les travaux des deux conférences se dérouleront parallèlement tout en garantissant des échanges entre les deux, et devront être réalisés dans le respect du calendrier afin qu'ils soient soumis à ratification simultanément avant la fin de l'année 1992¹⁸³. Parmi les questions à aborder, le Conseil prévoit, conformément aux propositions formulées auparavant, l'extension et le renforcement de l'action de la Communauté dans plusieurs domaines, dans le respect du principe de subsidiarité. On remarquera en particulier

¹⁷⁷ Conseil européen, Conclusions de la Présidence, Réunion spéciale du Conseil européen, Dublin, 28 avril 1990.

¹⁷⁸ Secrétariat général du Conseil, Le Conseil européen, Cinquante années de conférences au sommet, *op. cit.*

¹⁷⁹ P. GERBET, « La Conférence intergouvernementale (CIG) sur l'Union politique », *op. cit.*

¹⁸⁰ H. KOHL, F. MITTERRAND, Lettre au président du Conseil européen sur l'Union politique, 6 décembre 1990, Institut François Mitterrand.

¹⁸¹ Conseil européen, Conclusions de la Présidence, Rome, 14 et 15 décembre 1990.

¹⁸² P. GERBET, « La Conférence intergouvernementale (CIG) sur l'Union politique », *op. cit.*

¹⁸³ Conseil européen, Conclusions de la Présidence, Rome, 14 et 15 décembre 1990.

qu'il mentionne le secteur de la santé, et « *la lutte contre les grandes maladies*¹⁸⁴ » sans donner davantage d'explication sur lesdites maladies. Parle-t-on ici plutôt des épidémies qui présentent le risque de traverser les frontières des États membres, ou bien des maladies chroniques liées aux nouveaux modes de vie qui, déjà à l'époque, commencent à sévir ? Il est proposé aussi d'étendre les compétences de la Communauté en faveur d'une meilleure protection de l'environnement afin d'assurer une croissance durable. La dimension sociale est aussi prise en compte par le Conseil, qui affirme que « *la mise en place du grand marché unique doit avoir comme résultat une amélioration effective de l'emploi et des conditions de vie et de travail de l'ensemble des citoyens de la Communauté*¹⁸⁵ ». On retrouve ici dans l'expression « conditions de vie » - déjà utilisée par le passé par les institutions communautaires¹⁸⁶ - une notion proche de la qualité de vie et du bien-être qui deviendra par la suite récurrente dans les travaux des institutions de l'Union européenne. En outre, le lien entre la question du travail et celui de la santé et de la sécurité des travailleurs est souligné¹⁸⁷.

B) La place symbolique mais décisive de la santé dans les débats de la conférence intergouvernementale de 1991 sur l'Union politique

358. Les échanges lors de la conférence intergouvernementale sur l'Union politique sont structurés par les propositions respectives des délégations des différents États membres de la Communauté. Ce développement est donc consacré aux échanges préparatoires qui portent précisément sur la place de la question sanitaire dans le futur traité : la réflexion à cet égard a progressé lentement au fil des échanges entre les États membres (1°) et a finalement abouti à l'adoption de l'article 129 du futur traité (2°). En lien avec le développement précédent (A), prenons garde cependant à tout effet grossissant et rappelons que la question sanitaire n'est qu'un détail parmi les débats de la conférence intergouvernementale de 1991 sur l'Union politique.

¹⁸⁴ *ibid.*

¹⁸⁵ *ibid.*

¹⁸⁶ Par exemple dans la résolution du Conseil et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil du 29 mai 1986 concernant l'abus d'alcool (86/C 184/02).

¹⁸⁷ Conseil européen, Conclusions de la Présidence, Rome, 14 et 15 décembre 1990.

1°) Une réflexion sur l'intégration de la santé en lente progression

359. Pour commencer, la Commission propose des premiers éléments dans un document de travail en date du 14 janvier 1991¹⁸⁸ sur l'extension et la redéfinition des compétences dans les domaines concernant la santé, la culture, la protection du patrimoine et les réseaux transeuropéens, et qui contient un passage sur la santé pour le moins bref. Les délégations étatiques avancent ensuite leurs propres idées, notamment l'Irlande et le Portugal (a), l'Italie (b), trois autres pays ainsi que le Secrétaire Général de la Commission des Communautés européennes (c), le Danemark (d) et la Commission elle-même avant quelques autres délégations d'États membres (e).

a) Les propositions de l'Irlande et du Portugal en matière de santé

360. La délégation irlandaise soumet le 22 janvier 1991 des propositions en matière de santé publique pour le projet de Traité¹⁸⁹. Dans son texte elle ne suggère pas d'intégrer la protection de la santé dans les autres politiques de la Communauté. Ses propositions restent assez modestes par rapport à ce qui sera finalement adopté dans le Traité. Le premier article présenté énonce dans son paragraphe 1 : « *L'action de la Communauté en matière de protection de la santé publique a pour objet de promouvoir la santé dans l'ensemble de la Communauté ; de préserver, de protéger et d'améliorer la qualité de la santé des citoyens de la Communauté et des personnes vivant sur son territoire* ». La délégation irlandaise donne une ligne directrice pour l'action de la Communauté en matière de santé publique : la promotion et la prévention « *visant à assurer un niveau élevé de protection de la santé dans l'ensemble de la Communauté* ». Sans plus de distinction, les termes « santé publique » et « santé » cohabitent dans ce texte. Les Irlandais avancent également une mention implicite sur le principe de subsidiarité en matière de santé : la Communauté peut agir en matière de santé publique si les objectifs proposés dans ce texte peuvent être mieux réalisés à son niveau qu'au niveau des États membres. Il est aussi prévu de coopérer avec les pays tiers et les organisations internationales concernées.

¹⁸⁸ M. WILLIAMSON, Secrétaire-Général de la Commission des Communautés européennes, Lettre à M. ERSBOLL, Secrétaire-Général du Conseil des Communautés européennes, concernant la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique, 14 janvier 1991, CONF-UP-1702_91_EN.

¹⁸⁹ Note de la délégation irlandaise du 22 janvier 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant les projets d'articles du traité relatifs à la santé publique, CONF-UP 01711.fr91.

361. Dans un document très succinct, la délégation portugaise formule le 29 janvier 1991 un projet de rédaction alternative¹⁹⁰ du premier paragraphe du texte présenté par la Commission le 14 janvier de la même année. Comme son homologue irlandais, la délégation portugaise retient l'idée d'un « *niveau élevé de protection de la santé des citoyens européens* » et retient également le principe de subsidiarité - sans le nommer de la sorte. Elle tient compte des notions de prévention des maladies et des facteurs de risque et de la lutte contre les grands fléaux en matière de santé, tels que le cancer et le sida.

b) Les propositions innovantes de l'Italie en matière de santé

362. L'Italie soumet une proposition le 19 février 1991¹⁹¹. Dans son projet d'article A § 1, elle écrit que l'action de la Communauté en matière sanitaire vise à réaliser plusieurs objectifs : tout d'abord « *sauvegarder, protéger et améliorer les aspects de la santé publique ayant pour but d'assurer le bien-être physique, psychique et social des personnes de manière à leur permettre de mener une vie socialement et économiquement productive* » - on reconnaît ici le même objectif que celui retenu par l'OMS dans sa stratégie « Santé pour tous » - , deuxièmement « *lutter contre les grands fléaux en matière de santé* », mais aussi assurer l'efficacité des médicaments et des instruments médico-chirurgicaux, « *assurer la salubrité des produits alimentaires, des boissons et des eaux destinées à la consommation humaine* », prévenir les risques liés à l'exposition de l'homme aux agents biologiques, chimiques ou physiques, « *garantir une utilisation rationnelle des ressources humaines et financières* » et enfin contribuer à la diffusion des connaissances nécessaires en santé permettant aux citoyens d'être actifs en la matière¹⁹². Cette dernière disposition fait écho à la Charte d'Ottawa de 1986, dont l'un des buts est de « *donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé*¹⁹³ ». Ce faisant, l'Italie reprend les propositions irlandaises et portugaises, tout en adoptant une vision plus extensive et même multidimensionnelle de la santé.

¹⁹⁰ Note de la délégation portugaise du 29 janvier 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la base juridique dans le domaine de la santé - Projet de rédaction alternative du 1^{er} paragraphe du texte présenté par la Commission, CONF-UP 01713.fr91.

¹⁹¹ Note de la délégation italienne du 19 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la proposition italienne en matière de santé, CONF-UP 01727.fr91. Pour information, l'Italie a assuré la présidence du Conseil des Communautés européennes entre juillet et décembre 1990.

¹⁹² *ibid.*

¹⁹³ Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Ottawa, Canada, 1986.

363. La véritable innovation réside dans le paragraphe 2 du texte italien : ce passage significatif comprend non seulement les notions d'« *action préventive* », de « *santé publique* », de « *promotion des styles de vie sains et positifs* », mais énonce surtout que « *les exigences liées à la protection de la santé publique constituent un élément des autres politiques de la Communauté*¹⁹⁴ ». Cette proposition d'article sera déterminante dans le débat et influencera la version définitive de l'article 129 du Traité de Maastricht. Par ailleurs, l'Italie suggère un rappel implicite du principe de subsidiarité comme dans les propositions irlandaises et portugaises, ainsi qu'une disposition sur la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé. On peut s'étonner de l'ampleur de cette proposition italienne au regard du contexte de l'époque dans ce pays, où le système de santé était « *bien en-deçà du niveau du reste de l'Europe* » et critiqué pour sa bureaucratie¹⁹⁵.

c) Une succession de propositions de différents pays et du Secrétaire Général de la Commission des Communautés européennes

364. Le 26 février 1991, la délégation luxembourgeoise recommande d'intégrer la lutte contre les accidents de la circulation routière au traité, dans le cadre de la politique communautaire des transports¹⁹⁶. Mais elle ne fait pas le lien avec la politique de santé publique, et sa proposition ne sera finalement pas retenue. Le même jour, la délégation espagnole soumet ses suggestions concernant « *une politique commune de défense des consommateurs*¹⁹⁷ » : l'article premier de son projet prévoit que « *la Communauté se donne pour objectif la défense des consommateurs, en protégeant, à l'aide de procédures efficaces, leur sécurité, leur santé et leurs intérêts économiques légitimes...* ». La question de la santé est ici incorporée à la problématique de la protection des consommateurs, aux côtés de la sécurité et des intérêts économiques. Ces enjeux sont réellement pris en compte dans le secteur de la consommation. Nous verrons que le Traité qui sera adopté en 1992 retiendra bien ces trois éléments - avec la santé placée en première position - dans son article 129 A 1 b) dédié à la protection des consommateurs.

¹⁹⁴ Note de la délégation italienne du 19 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la proposition italienne en matière de santé, *op. cit.*

¹⁹⁵ The European Parliament, Directorate general for research, The health systems of European Community Member States, A comparative analysis, May 1993 ; À ce sujet, nos tentatives de contacter Monsieur Francesco DE LORENZO, Ministre italien de la Santé entre 1989 et 1993, pour savoir comment est venue l'idée de l'affirmation selon laquelle « *les exigences liées à la protection de la santé publique constituent un élément des autres politiques de la Communauté* », n'ont pas abouti.

¹⁹⁶ Note de la délégation luxembourgeoise du 26 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la compétence communautaire en matière de sécurité routière, CONF-UP 01741.fr91.

¹⁹⁷ Note de la délégation espagnole du 26 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la protection des consommateurs, CONF-UP 01744.fr91.

365. En cette même date du 26 février 1991, la délégation espagnole formule aussi des propositions sur la santé publique¹⁹⁸. En la matière, l'objectif de la Communauté doit être de « *compléter et appuyer l'action des États membres en vue de la réalisation d'une politique de promotion de la santé et de prévention des principales causes de mortalité évitable*¹⁹⁹ ». En mettant l'accent sur la promotion de la santé et la prévention - qui sont citées à plusieurs reprises -, et en évoquant les questions des médicaments et des produits alimentaires, l'Espagne adopte une vision large de la santé et une démarche d'action en amont sur la santé, telle qu'elle se développe à l'époque dans les différentes instances internationales spécialisées en santé. Alors que les sujets des médicaments et des produits alimentaires ont été traités jusqu'à présent par le prisme du marché intérieur, la délégation espagnole propose qu'ils soient désormais traités avec une vision avant tout sanitaire. Elle relève l'absence de politique communautaire de la santé et l'absence de base juridique dédiée. La santé a ainsi un rôle secondaire dans le cadre de la Communauté, ce qui limite cette dernière à un rôle de « *coordination des actions nationales dans des domaines bien déterminés* » lorsque l'action communautaire paraît plus efficace que des actions nationales isolées. Cela la contraint à chercher la base de son action en santé « *tantôt dans les éléments généraux [des] traités, tantôt dans des éléments particuliers ou afférents à des politiques communes dans des domaines autres que la santé*²⁰⁰ ». L'Espagne souligne la nécessité « *d'ordonner, de planifier et de rationaliser les priorités de ces actions* » et propose que la Commission puisse prendre toute initiative utile pour assurer la coordination dans ce domaine²⁰¹. On peut en déduire qu'il conviendrait de combiner une politique de santé propre, et une politique de santé transversale dans les autres politiques, les deux étant distinctes et nécessaires. L'Espagne semble voir la présence des enjeux de santé dans d'autres politiques communautaires comme une faiblesse, or, il s'agit en fait ici d'une première forme de « *santé dans toutes les politiques* » ce qui peut aussi présenter un atout pour atteindre le but de santé publique recherché. Enfin, accessoirement, dans ses propositions sur la libre circulation des travailleurs et la politique sociale du 28 février 1991²⁰², la délégation espagnole évoque la santé des travailleurs.

¹⁹⁸ Note de la délégation espagnole du 26 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la santé publique, CONF-UP 1745_91.

¹⁹⁹ *ibid.*

²⁰⁰ *ibid.*

²⁰¹ *ibid.*

²⁰² Note de la délégation espagnole du 28 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la libre circulation des travailleurs et la politique sociale, CONF-UP 01752.fr91.

366. La délégation néerlandaise partage ses propositions sur la santé le 28 février 1991²⁰³. Selon elle, la Communauté doit compter parmi ses objectifs le fait de contribuer à un haut niveau de protection de la santé humaine et doit apporter son soutien aux États membres en la matière. Le texte accorde une importance à la politique préventive. Les Pays-Bas rappellent de façon implicite le principe de subsidiarité. Ils ne font pas mention de l'intégration de la santé dans les politiques communautaires. Cette proposition est ensuite remplacée par celle du 8 mars 1991²⁰⁴, qui y apporte des modifications mineures.
367. Dans une lettre du 20 mars 1991, le Secrétaire Général de la Commission des Communautés européennes adresse un message au Secrétaire Général du Conseil au sujet de la citoyenneté de l'Union et la nature des droits qui pourraient être reconnus aux citoyens de l'Union une fois le Traité adopté²⁰⁵. Le Secrétaire Général de la Commission aborde notamment le droit à un environnement sain. Selon lui, ce droit n'a pas d'effet direct. Affirmé pour la première fois dans la Déclaration de Stockholm adoptée lors de la Conférence des Nations unies sur l'environnement en 1972, et reconnu dans des Constitutions de certains États membres²⁰⁶, ce droit figure aussi dans la Charte européenne sur l'environnement et la santé adoptée le 8 décembre 1989 par la Communauté et a aussi été affirmé par le Conseil européen dans sa déclaration sur « Les impératifs de l'environnement » du 25 juin 1990 à Dublin²⁰⁷. Il ne crée pas directement des droits spécifiques pour les particuliers ; sa mise en œuvre « sera assurée par l'adoption de dispositions de droit dérivé²⁰⁸ ».

²⁰³ Note de la délégation néerlandaise du 28 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la santé, CONF-UP-1754-91-EN.

²⁰⁴ Note de la délégation néerlandaise du 8 mars 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la santé, CONF-UP-1764-91-EN.

²⁰⁵ M. WILLIAMSON, Secrétaire Général de la Commission des Communautés européennes, Lettre à M. ERSBOELL, Secrétaire Général du Conseil des Communautés européennes, concernant la citoyenneté de l'Union et la nature des droits reconnus aux citoyens de l'Union, 18 mars 1991, CONF-UP 01773.fr91.

²⁰⁶ *ibid.*

²⁰⁷ Déclaration contenue dans les Conclusions du Conseil européen, Dublin, 25-26 juin 1990.

²⁰⁸ M. WILLIAMSON, Secrétaire Général de la Commission des Communautés européennes, Lettre à M. ERSBOELL, Secrétaire Général du Conseil des Communautés européennes, concernant la citoyenneté de l'Union et la nature des droits reconnus aux citoyens de l'Union, 18 mars 1991, *op. cit.*

d) Les propositions de la délégation danoise

368. C'est aussi au tour de la délégation danoise de soumettre ses propositions à la conférence intergouvernementale sur l'Union politique le 20 mars 1991 afin de modifier le traité²⁰⁹. Dans ce document à vocation générale, la délégation danoise rappelle l'importance du principe de subsidiarité, suivant le même type de formule qu'ont utilisée ses homologues : *« la Communauté agit en vue d'exécuter des tâches qu'elle est mieux à même d'accomplir que chacun des États membres séparément »*. Le Danemark propose l'instauration de politiques communes dans des domaines tels que la recherche et le développement, l'environnement, les consommateurs. Il propose de favoriser les échanges, la coopération et des programmes communs dans certains domaines, notamment la santé. On retrouvera dans le Traité définitif cette distinction entre certains domaines qui relèvent d'une réelle politique commune et les domaines qui relèvent seulement de la coopération – comme celui de la santé. La délégation danoise propose de modifier le paragraphe 3 de l'article 100 A du Traité sur la CEE comme suit : *« La Commission, dans ses propositions prévues au paragraphe 1 en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs, prend pour base le niveau de protection le plus élevé existant dans la Communauté »* en remplacement de la formule *« un niveau de protection élevé »*²¹⁰.
369. En matière d'environnement, le Danemark propose de donner pour objet à l'action de la Communauté *« de préserver, de protéger et d'améliorer la qualité de l'environnement »*, de *« contribuer à la protection de la santé des personnes, de garantir le droit des citoyens à un environnement propre et sain [...] »*²¹¹. Outre la forte présence de la santé dans ce passage, on remarquera la similitude de cette formulation avec celles proposées par d'autres délégations en ce qui concerne la santé, notamment avec les actions de *« préserver, protéger et améliorer »*. La proximité entre l'approche des questions environnementales et sanitaires se constate aussi dans la proposition selon laquelle *« Les exigences en matière de développement durable et de niveau élevé de protection de l'environnement figurent au nombre des principes directeurs des autres politiques de la Communauté »*²¹², proposition qui s'inscrit dans la continuité de l'Acte unique.

²⁰⁹ M. l'ambassadeur Gunnar RIBERHOLDT, délégation danoise à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique, Lettre à M. ERSBOLL, Secrétaire général du Conseil des Communautés européennes, 20 mars 1991, CONF-UP 01777.fr91 (Version anglaise numérotée CONF-UP-1777-91-EN dans les archives). Voir notamment page 9 du document.

²¹⁰ *ibid.*

²¹¹ *ibid.*

²¹² *ibid.*

370. S'agissant de la politique des consommateurs, notons que la délégation danoise propose pour l'article A le point suivant : « *les consommateurs ont notamment le droit à la protection de leur santé, de leur sécurité et de leurs intérêts économiques [...]*²¹³ ». Il est intéressant de constater que la santé est placée en premier, avant les intérêts économiques. Cet ordre sera retenu pour la version définitive de la partie du Traité dédiée à cette question. Par ailleurs, le Danemark soumet la disposition suivante, qui nous semblera familière : « *Les exigences en matière de protection des consommateurs constituent une composante importante de toutes les autres politiques de la Communauté*²¹⁴ ». Ce principe ne sera pas retenu dans la version définitive du Traité, mais une telle proposition nous permet au moins de conclure que l'intégration d'un impératif, si divers soit-il, dans les autres politiques de la Communauté, est une idée récurrente dans la construction communautaire et ne se limite certainement pas au domaine de la santé.
371. En ce qui concerne la santé, le gouvernement danois formule de courtes propositions pour le nouveau titre du Traité qui sera dédié à cette question²¹⁵. Il suggère que la Communauté ait un rôle de complément et d'appui pour les mesures mises en œuvre par les États membres en matière de prévention des maladies et d'amélioration des conditions de santé. On retrouve aussi dans son projet les notions de coopération avec les organisations internationales compétentes, et d'échanges entre États membres avec l'aide de la Commission.

e) Les propositions de la Commission des Communautés européennes

372. Les premières contributions de la Commission à la conférence intergouvernementale sur l'Union politique sont produites en janvier, février et mars 1991. Un document du 15 avril 1991 les compile²¹⁶. En matière d'environnement, la Commission retient comme les délégations, le lien entre la préservation, la protection et l'amélioration de l'environnement, et la protection de la santé²¹⁷. Son texte comprend des similitudes avec la proposition danoise du 20 mars 1991. En effet, le projet de la Commission retient que « *Les*

²¹³ *ibid.*

²¹⁴ *ibid.*

²¹⁵ *ibid.*

²¹⁶ M. WILLIAMSON, Secrétaire Général de la Commission des Communautés européennes, lettre à M. ERSBOELL, Secrétaire Général du Conseil des Communautés européennes, concernant la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique, 30 mars 1991, CONF-UP 01788.fr91 (Version anglaise numérotée CONF-UP-1788_91_EN dans les archives).

²¹⁷ *ibid.*

exigences en matière de protection de l'environnement doivent être intégrées dans la définition et la mise en œuvre des autres politiques ». La Commission propose cette nouvelle formulation parce qu'elle lui paraît plus exigeante : dans sa note explicative elle estime que le texte présent dans le Traité actuel²¹⁸ relève plus de la remarque que de l'obligation (« *sont une composante* »), et n'est pas assez contraignant pour réellement intégrer les considérations environnementales dans les autres politiques communautaires. La volonté d'« *assurer une meilleure prise en considération de l'environnement dans les autres politiques* » est une idée qui revient à plusieurs reprises²¹⁹. En outre, la Commission propose que la protection de l'environnement apparaisse dans l'un des premiers articles du traité sur la CEE comme « *l'un des objets de l'Union*²²⁰ ».

373. En matière de santé, la Commission propose de prévoir dans le Traité un article dédié²²¹. Elle précise que l'Union a un rôle de complément et de soutien à l'action des États membres et propose une « *mise en œuvre dynamique du principe de subsidiarité* » en ce qui concerne la contribution de l'Union en matière de santé. À ce stade on peut constater que l'idée de l'intégration de la santé dans les politiques de la Communauté n'a pas encore fait son chemin au sein de la Commission puisque celle-ci précise seulement que « *peuvent être envisagées des mesures liées à la protection de la santé destinées à accompagner des mesures prises au titre d'autres politiques communautaires, y compris celles en vue de la réalisation du marché intérieur*²²² ». Cette formule plus limitée que certaines propositions des délégations précédemment évoquées illustre le degré d'ambition plus modeste de la Commission en ce qui concerne la santé, d'autant plus si on le compare avec ses suggestions sur l'environnement.

²¹⁸ L'Acte unique européen a ajouté dans la troisième partie du traité CEE un titre VII sur l'environnement dont l'article 130 R dispose dans son paragraphe 2 : [...] « *Les exigences en matière de protection de l'environnement sont une composante des autres politiques de la Communauté* ». En revanche, dans la version anglaise, cette disposition de l'Acte unique contient déjà la formule « *shall be* » : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:11986U/TXT&from=FR>.

²¹⁹ Lettre de M. WILLIAMSON, Secrétaire Général de la Commission des Communautés européennes à M. ERSBOELL, Secrétaire Général du Conseil des Communautés européennes, 30 mars 1991, concernant la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique, *op. cit.*

²²⁰ *ibid.*

²²¹ *ibid.*

²²² *ibid.*

374. Le gouvernement allemand formule ses propositions sur la santé dans un document en date du 5 avril 1991²²³. On y trouve des éléments proches des propositions des autres États membres, tels que le principe de subsidiarité, la coopération avec les organisations internationales compétentes en matière de santé, ainsi que la formule suivante : « *les exigences en matière de promotion et de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté. Leurs intérêts doivent être pris en compte de manière appropriée lors de l'adoption de mesures* ».
375. La délégation portugaise partage ses propositions sur la politique sociale le 10 avril 1991²²⁴. Elle y aborde aussi d'autres thèmes qui y sont liés. Elle fait quelques suggestions sur la santé²²⁵, mais tout comme dans son texte du 29 janvier 1991, elle reste modeste. Elle ne parle pas de l'intégration de la santé dans les politiques communautaires.

2°) Une réflexion aboutie sur l'intégration de la santé

376. Au contraire de la proposition portugaise, la conférence des représentants des gouvernements des États membres sur l'Union politique, réunie à Bruxelles le 17 avril 1991 retient, dans son projet d'articles de traité²²⁶, au paragraphe 3 de l'article unique et assez long consacré à la santé publique²²⁷ : « *les exigences en matière de santé sont une composante des autres politiques de la Communauté* ».
377. Plus généralement, ce projet retenu est celui d'un traité complet, qui ressemble beaucoup au texte qui sera signé à la fin de l'année 1991 à Maastricht²²⁸. Il inclut les positions adoptées par une majorité de délégations. Il prévoit l'élargissement des compétences de la

²²³ Note de la délégation allemande du 5 avril 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la santé, CONF-UP 01795.fr91.

²²⁴ Note de la délégation portugaise du 10 avril 1991 à la Conférence des représentants des gouvernements des États membres - Union politique, concernant la politique sociale, CONF-UP 01796.fr91.

²²⁵ *ibid.*

²²⁶ Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Union politique, « Non-paper », Projet d'articles de traité en vue de la mise en place d'une Union politique, Bruxelles, 17 avril 1991, CONF-UP 01800.fr91.

²²⁷ En page 46 du document.

²²⁸ M. HEINTZ, M. HIRSCH, « L'Union européenne et la présidence luxembourgeoise (juillet-décembre 1997) », Courrier hebdomadaire du CRISP 1998, Vol. 3, n° 1588-1589, p. 1-57.

CEE, le renforcement des pouvoirs du Parlement, l'introduction des affaires intérieures et de justice dans le cadre de l'Union, et une politique étrangère et de sécurité commune²²⁹.

378. Le 31 mai 1991 la Présidence des représentants des gouvernements des États membres partage ses projets de texte en vue de la réunion des représentants personnels du 6 juin 1991²³⁰. Plusieurs thèmes y sont abordés, comme la recherche et l'énergie. En ce qui concerne l'environnement, le texte précise que la politique environnementale de la Communauté a pour objectif de protéger l'environnement et la santé des personnes²³¹. Ainsi on peut en conclure que le lien entre environnement et santé est bien établi, les deux secteurs de politiques sont entremêlés. La santé est donc déjà dans une autre politique. Par ailleurs, en cohérence avec la proposition de la Commission du 15 avril, le texte prévoit que « *les exigences en matière de protection de l'environnement doivent être intégrées dans la définition et la mise en œuvre des autres politiques de la Communauté* » et sera adopté tel quel dans le traité définitif. En matière de santé publique, la prévention est présentée comme une priorité pour la Communauté²³². Le texte reprend la formule déjà retenue un mois plus tôt à Bruxelles : « *Les exigences en matière de santé sont une composante des autres politiques de la Communauté* ». En ce qui concerne la protection des consommateurs, on trouve la référence à leur santé, leur sécurité et leurs intérêts économiques²³³.

379. La délégation espagnole propose le 10 juin 1991 un amendement pour le projet d'article sur la santé publique²³⁴. La mention sur la prise en compte de la santé dans les politiques communautaires est bien présente. L'Espagne propose un ajout dans le paragraphe 1 afin d'inclure la « *promotion de la santé humaine* » à côté de la prévention des maladies. Cette suggestion d'ajout ne sera pas retenue dans le Traité définitif.

²²⁹ P. GERBET, « La Conférence intergouvernementale (CIG) sur l'Union politique », *op. cit.*

²³⁰ Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Union politique, « Non-paper », Bruxelles, 31 mai 1991, CONF-UP 01820.fr91.

²³¹ *ibid.*

²³² *ibid.*

²³³ *ibid.*

²³⁴ Délégation espagnole, Union politique : coopération au développement, Titre XVIII, La coopération au développement, Amendements proposés par la délégation espagnole le 10 juin 1991 au document Conf-UP 1820/91, Rep ES 10-06-1991.

380. Le Conseil européen de Luxembourg se réunit ensuite les 28 et 29 juin 1991 pour faire le point sur le projet global de Traité sur l'Union présenté en avril²³⁵. Dans ses conclusions sur l'Union politique, les sujets abordés sont en phase avec les axes retenus, à savoir l'importance du principe de subsidiarité, la nécessité de créer une citoyenneté européenne, la question de la politique étrangère et de sécurité commune, la légitimité démocratique et la nécessité d'un renforcement de la dimension sociale²³⁶. En réponse à ces conclusions, le Parlement européen émet le 10 juillet 1991 une résolution pour le moins critique²³⁷. Il déplore notamment que le Conseil européen de juin 1991 n'ait pas donné l'impulsion politique nécessaire aux travaux des conférences intergouvernementales mais qu'il se soit borné à renvoyer toutes les décisions cruciales au Conseil européen de Maastricht prévu en décembre 1991. Il déplore aussi qu'en matière de politique sociale le Conseil n'ait fait que des déclarations d'intention vagues et ait montré *« son incapacité de donner les impulsions nécessaires pour progresser dans ce domaine »*. Il regrette *« l'absence de décision explicite sur les aspects essentiels à insérer dans le traité en matière de politique de l'environnement, notamment le principe de développement écologiquement soutenable et la compétence d'une « politique commune » en matière d'environnement²³⁸ »*. À ce moment, en matière de santé tout comme sur les questions sociales et environnementales, la réflexion amorcée depuis 1990 en vue de la négociation du nouveau traité n'apparaît pas encore consolidée.
381. Le 8 novembre, les Pays-Bas partagent un document de travail²³⁹ en vue du Conclave des Ministres des Affaires étrangères des 12 et 13 novembre 1991 qui aura lieu chez eux à Noordwijsk. S'agissant de la santé publique, ils reprennent la formule suivante : *« les exigences en matière de santé sont une composante des autres politiques de la Communauté »*. Un véritable consensus sur ce point semble ainsi se dégager à présent. Ce projet d'article très détaillé comprend aussi le *« haut niveau de protection de la santé »*, la coopération entre les États membres, le rôle de soutien de la Communauté et la prévention des maladies²⁴⁰.

²³⁵ D. VIGNES, « Note sur le contenu et la portée du Traité sur l'Union européenne, signé à Maastricht le 7 février 1992 », *op. cit.*

²³⁶ Conseil européen de Luxembourg, Conclusions : extrait sur les Conférences intergouvernementales, 28 et 29 juin 1991, Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe.

²³⁷ Parlement européen, Résolution sur le Conseil européen de Luxembourg, 10 juillet 1991.

²³⁸ *ibid.*

²³⁹ Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Union politique, Document de travail de la Présidence néerlandaise, Traité sur l'Union, Bruxelles, 8 novembre 1991, CONF-UP 01845.fr91. Voir notamment page 68 du document pour la protection des consommateurs et page 69 pour la santé.

²⁴⁰ *ibid.*

382. En parallèle des négociations, le Conseil et les ministres de la santé adoptent le 11 novembre 1991 une résolution concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé. Par ce texte, ils rappellent l'importance des choix et des priorités en matière de santé, ce qui implique que ces sujets doivent « *figurer régulièrement à l'ordre du jour du Conseil des ministres de la santé*²⁴¹ ». Cela étant dit, ce texte s'avère essentiellement axé sur les services et les soins médicaux. On y trouve néanmoins quelques allusions à une vision plus large de la santé telle que développée dans certaines précédentes déclarations du Conseil. Ainsi, la référence à la nécessaire prise en compte par les États membres de « *l'impact du marché intérieur sur leurs systèmes de santé* » témoigne de la conscience d'une santé en interaction avec d'autres secteurs. On peut même déceler les bases du futur article 129 du Traité de Maastricht - qui intègre les exigences en matière de protection de la santé dans les autres politiques de la Communauté -, en ce que le Conseil des ministres de la santé de la Communauté doit « *pouvoir discuter les aspects à incidence sanitaire de toute décision à prendre sur le plan communautaire* ». Cette résolution s'appuie sur le contenu de la conférence sur la santé tenue à Noordwijk, Pays-Bas, les 8, 9 et 10 octobre 1991 et fait également allusion aux travaux de l'OMS, sans toutefois préciser lesquels.

383. Le même jour de novembre 1991, le Conseil et les ministres de la Santé adoptent une autre résolution, au sujet de la santé et l'environnement : reconnaissant le lien entre l'état de santé et la qualité de vie, ils notent que la santé et le bien-être sont conditionnés par de nombreux facteurs, y compris l'environnement²⁴². Ils soulignent l'importance de la prise en compte des travaux sur ce sujet, notamment nationaux, communautaires et ceux de l'OMS. En l'absence de précision sur ces travaux de l'OMS auxquels il est fait référence, on peut émettre l'hypothèse que la conférence internationale de Sundsvall, tenue en juin 1991 en Suède sur les questions d'environnements favorables à la santé et le lien entre questions sanitaires et environnementales²⁴³ a pu inspirer le Conseil et les ministres de la Santé. Les Recommandations d'Adélaïde adoptées en 1988 ont peut-être elles aussi alimenté la réflexion des représentants des États membres en ce qui concerne la notion

²⁴¹ Conseil et ministres de la santé réunis au sein du Conseil, Résolution concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé, 11 novembre 1991.

²⁴² Conseil et ministres de la santé réunis au sein du Conseil, Résolution concernant la santé et l'environnement, 11 novembre 1991.

²⁴³ Voir Chapitre 1.

d'environnements favorables à la santé. Enfin, dans le même esprit que la résolution adoptée à la même date et commentée ci-dessus, le Conseil et les ministres de la santé soulignent qu'il « *importe de faire en sorte que les objectifs de la politique en matière de santé soient pris en compte dans le cadre des politiques communautaires* ». Ce positionnement est fortement annonciateur de l'adoption de l'article 129 du futur Traité de Maastricht.

384. Le projet de traité sur l'Union européenne en date du 4 décembre 1991²⁴⁴, produit en prévision de la réunion de la conférence sur l'Union politique lors de la réunion du Conseil européen des 9 et 10 décembre 1991, prévoit dans sa partie sur la santé publique l'intégration de la santé dans les politiques de la Communauté. Cette proposition est quasiment identique à la version définitive de l'article 129 du Traité de Maastricht, mis à part le fait qu'elle ne mentionne pas la toxicomanie parmi les grands fléaux à combattre.
385. À la suite de la réunion des 9 et 10 décembre, le projet de traité en date du 13 décembre 1991²⁴⁵ ajoute la mention « *y compris la toxicomanie* » à l'article consacré à la santé publique. Celui-ci correspond exactement au texte qui constituera l'article 129 du Traité de Maastricht²⁴⁶. La version de l'article 129 ne sera plus touchée jusqu'à la signature du Traité le 7 février 1992.
386. En décembre 1991, un accord est conclu lors du Conseil européen de Maastricht sur le traité à adopter. Celui-ci est signé par les États membres le 7 février 1992 à Maastricht. Au même moment, au niveau mondial, on trouve alors tout un foisonnement de textes : les Chartes et Déclarations d'Alma-Ata, d'Ottawa, d'Adélaïde, de Sundsvall et la Charte européenne de l'environnement et de la santé convergent toutes vers un objectif : l'amélioration de la santé de tous au moyen de son intégration dans la conduite des autres politiques publiques.

²⁴⁴ Conference of the representatives of the governments of the member states, Political union, Draft: Treaty on European union, Brussels, 4 December 1991, CONF-UP-1850_91_EN.

²⁴⁵ Conference of the representatives of the governments of the member states, Political union, Draft: Treaty on European union, Brussels, 13 December 1991, CONF-UP-1862_91_EN.

²⁴⁶ Nous pouvons faire la même remarque pour un autre document d'archive identifié CONF-UP-UEM_2017_91_EN qui est un projet de traité sur l'UE en date du 18 décembre 1991 ; de même pour le document CONF-UP-UEM-2002-92-FR, où le texte du traité sur l'UE mis au point par le groupe des juristes-linguistes, le 1^{er} février 1992, est identique à la version définitive.

§ 2) Le Traité de Maastricht et son article 129

387. Le Traité de Maastricht, adopté en 1992, apporte des modifications au Traité instituant la CEE, au Traité instituant la CECA et au Traité instituant la CEEA. Ces modifications portent sur de nombreux aspects de la construction européenne, parmi lesquels nous soulignerons certains (A) ainsi qu'une avancée substantielle en matière de santé (B).

A) Constats généraux sur le Traité de Maastricht

388. Dans l'intérêt de notre étude, nous retiendrons surtout que le Traité de 1992, dans le Titre II, en son article G prévoit que les termes « Communauté économique européenne » sont remplacés dans tout le Traité sur la Communauté économique européenne par le terme « Communauté européenne ». La Communauté ne se limite officiellement plus à sa dimension économique. On peut le constater notamment avec l'article G-C qui introduit les dispositions sur la citoyenneté de l'Union européenne.

389. Selon l'article G-B du Titre II, la Communauté a pour mission *« de promouvoir un développement harmonieux et équilibré des activités économiques dans l'ensemble de la Communauté, une croissance durable et non inflationniste respectant l'environnement, un haut degré de convergence des performances économiques, un niveau d'emploi et de protection sociale élevé, le relèvement du niveau et de la qualité de vie, la cohésion économique et sociale et la solidarité entre les États membres »*. Si l'on s'appuie sur la résolution du Conseil et des ministres de la santé du 11 novembre 1991 sur la santé et l'environnement²⁴⁷, on peut éventuellement considérer que les termes de *« relèvement du niveau et de la qualité de vie »* englobent la notion d'état de santé.

390. L'article G-B enrichit l'article 3 du Traité instituant la CEE qui énumère les champs d'intervention de la Communauté. Il s'agit pour certains de véritables « politiques communes » (commerce, agriculture et pêche, transports), pour d'autres de simples

²⁴⁷ Résolution commentée précédemment. De plus, on peut aussi se rattacher au travail de l'OMS qui, peu de temps après, propose une définition de la qualité de vie dans le cadre de son groupe de travail sur la qualité de vie (WHOQOL Group) : *« La qualité de la vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement »*. (World Health Forum, WHO, Quality of Life Assessment. What Quality of Life? The WHOQOL Group, 1996).

« politiques » (domaine social, environnement, coopération au développement) ou encore seulement de « contributions ». C'est dans cette dernière catégorie que l'on trouve la santé : le point o) de l'article G mentionne la « *contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé* » mais aussi la protection des consommateurs. Les États membres reconnaissent que certaines questions liées à la santé doivent faire l'objet d'un traitement commun, mais ils ne souhaitent pas pour autant se priver de leur compétence en la matière : le terme de « *contribution* » peut être interprété comme donnant un « *caractère d'appoint* » à l'action européenne de santé publique²⁴⁸.

B) Constat spécifique : la création d'un titre dédié à la santé publique dans le traité sur la CEE

391. À l'époque, dans la perspective de compétences élargies, il n'est pas étonnant que l'Union se dote d'un titre dédié à la santé publique dans le nouveau traité. Le titre X intitulé « Santé publique » comprend un seul article. Cet article 129 prévoit, fidèlement à l'article G-B / 3 / o), la « *contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé humaine* », qui doit être réalisée par la Communauté « *en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action* ». La prévention des maladies, la recherche sur leurs causes et leur transmission, l'information et l'éducation à la santé font partie des actions à mener par la Communauté. Le traité de Maastricht marque le début du mandat donné à l'Union européenne en matière de santé²⁴⁹. Cependant, comme l'a fait remarquer la Direction générale de la Recherche du Parlement européen dans un document de travail rendu en 1993²⁵⁰, la coordination entre différentes branches de la politique de santé existait déjà avant le Traité de Maastricht, notamment du fait de la libre circulation des personnes et des biens et services au sein du Marché unique, qui pose dès le début des questions concernant les patients, les produits de santé, les produits alimentaires, les assurances, etc.

²⁴⁸ J-S. CAYLA, « La protection de la santé publique dans l'Union européenne selon le Traité de Maastricht du 7 février 1992 », *Revue de droit sanitaire et social* 1992, p. 259.

²⁴⁹ N. ROSENKÖTTER *et al*, « Twentieth anniversary of the European Union health mandate: taking stock of perceived achievements, failures and missed opportunities - a qualitative study », *Biomed Central Public Health* 2013, Vol. 13, n° 1074.

²⁵⁰ The European Parliament, Directorate general for research, The health systems of European Community Member States, A comparative analysis, May 1993.

392. Le troisième paragraphe de l'article 129 est le plus déterminant pour notre étude : en effet, il énonce que « *Les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté* ». Cette ambitieuse déclaration semble apporter une forme de compensation au fait que la santé n'est pas considérée, dans ce traité, comme une politique commune ni même une simple politique de la Communauté. Peu de temps après l'adoption au niveau international des Déclaration d'Alma-Ata de 1978, de la Charte d'Ottawa de 1986, des Recommandations d'Adélaïde de 1988 et de la Déclaration de Sundsvall sur les environnements favorables à la santé de 1991²⁵¹, la protection de la santé acquiert donc un statut considérable dans l'action de la Communauté, qui doit la prendre en compte dans ses autres domaines de compétence. Cette disposition, première expression officielle de l'intégration de la santé dans toutes les politiques de l'Union européenne, est en bonne place puisque positionnée dans le premier paragraphe de l'article 129. Toutefois, elle n'est pas développée davantage et, si sa formulation a le mérite d'être concise, elle laisse subsister des interrogations quant à sa mise en œuvre concrète. En outre, si l'on resitue cette disposition dans le cadre plus général de l'article 129, on remarque une imprécision dans les termes qui y figurent : l'utilisation tantôt de « santé publique », de « santé humaine »²⁵² ; puis de « santé » tout court - à connotation sans doute plus individuelle²⁵³ -, aucune de ces expressions n'étant définie dans le texte. On peut néanmoins avancer l'idée que l'article 129 du traité s'inscrit lui aussi dans la conception positive de la santé précédemment évoquée. Mais certains interpréteront tout simplement cette disposition comme donnant à la politique de santé un rôle de politique d'accompagnement des autres politiques de l'Union européenne²⁵⁴. D'autres voient l'article 129 comme consacrant une dualité d'actions de l'Union en matière de santé : en créant d'une part une nouvelle compétence spécifique, à savoir l'action de la Communauté portant sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, et d'autre part en

²⁵¹ Voir Chapitre 1.

²⁵² Cette variation terminologique se retrouve dans certains actes de droit dérivé, par exemple dans la directive n° 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014, relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive n° 2001/37/CE ; notamment à l'article 24, où sont employées dans la même phrase les expressions « santé publique » et « santé humaine » sans qu'aucune justification ne soit donnée.

²⁵³ N. DE GROVE-VALDEYRON, *Droit européen de la santé*, op. cit., page 15. Selon cet auteur, la notion de « santé » a une dimension plus individuelle, tandis que la notion de « santé publique » du Traité de Maastricht montre la reconnaissance de l'implication des pouvoirs publics dans l'organisation des systèmes de santé.

²⁵⁴ *ibid.*

prévoyant l'intégration des objectifs de santé dans l'ensemble du champ des politiques communautaires²⁵⁵.

393. Quoiqu'il en soit, il apparaît dans la jurisprudence européenne que « *l'obligation des institutions communautaires d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine, prévue à l'article 129, paragraphe 1, premier alinéa, du traité, implique en effet que celles-ci doivent garantir que leurs décisions sont prises en pleine considération des meilleures données scientifiques disponibles et qu'elles sont fondées sur les résultats les plus récents de la recherche internationale*²⁵⁶ ».
394. En ce qui concerne l'intégration des questions environnementales dans les autres politiques de la Communauté, on se souvient que la formulation en les termes « *sont une composante* » avait été critiquée par la Commission dans son projet de traité du 15 avril 1991. Alors pourquoi conserver cette formulation en matière de santé ? Cela donne à penser que les exigences en matière d'intégration de la santé dans les autres politiques communautaires sont moins importantes que celles qui concernent l'environnement. Bien que la formulation de l'exigence d'intégration de la santé dans les autres politiques ait évolué - nous le verrons plus loin avec les articles 152 puis 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) - cette exigence ne sera jamais énoncée telle qu'un véritable devoir pour les institutions européennes. Le résultat est un statut particulier pour la santé en droit de l'Union européenne : elle n'est pas une politique communautaire, mais elle doit être omniprésente dans les autres politiques communautaires. À la manière d'un colosse aux pieds d'argile, l'action de l'Union européenne en matière de santé a donc une large envergure mais des moyens d'action faibles car peu opérationnels, qui s'expliquent par son fondement juridique théorique et, selon notre hypothèse, peu exploité.
395. Sans surprise, on trouve ensuite la disposition suivante : « *La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique* », tout à fait cohérente avec ce qui a été relevé plus haut dans la réflexion en amont de l'adoption du Traité de Maastricht. Enfin, l'article 129 § 4 du Traité prévoit comme moyens juridiques d'action que le Conseil peut adopter deux types d'actes, à savoir

²⁵⁵ M. BLANQUET, « Compétence et ambivalence de l'Union européenne en matière de santé publique », *op. cit.*

²⁵⁶ TPICE, 11/09/2002, *Alpharma, Inc. contre Conseil de l'Union européenne*, n° T-70/99, ECLI:EU:T:2002:210, Rec. II-03495.

des « actions d'encouragement » ainsi que des « recommandations », « c'est-à-dire des actes sans valeur obligatoire²⁵⁷ ».

396. Après le Titre X, vient celui consacré à la protection des consommateurs, laquelle n'est pas non plus une politique de l'Union à proprement parler. On y trouve la notion de santé en première position dans l'énumération : l'article 129 A 1 b) prévoit « des actions spécifiques qui appuient et complètent la politique menée par les États membres en vue de protéger la santé, la sécurité et les intérêts économiques des consommateurs et de leur assurer une information adéquate²⁵⁸ ». La santé - dans son sens large et positif - est ici prise en compte dans les enjeux de la consommation.
397. Dans le Titre XVI, l'article 130 R énumère les quatre objectifs de la Communauté en matière d'environnement. Après « la préservation, la protection et l'amélioration de la qualité de l'environnement », on trouve en deuxième position « la protection de la santé des personnes ». Si la notion de protection rappelle naturellement l'article 129, l'introduction d'une expression différente, à savoir la santé « des personnes », par opposition à « santé publique », « santé humaine » ou « santé » tout court, accentue l'ambiguïté produite par la coexistence de ces termes voisins. L'environnement est une politique de la Communauté. Ainsi, on trouve d'ores et déjà une application de l'article 129 : conformément à la formule commentée plus haut, la santé est une composante de la politique environnementale de la Communauté.
398. Par ailleurs, on trouve au paragraphe 2 de l'article 130 R une formule qui rappelle celle de l'article 129 : « Les exigences en matière de protection de l'environnement doivent être intégrées dans la définition et la mise en œuvre des autres politiques de la Communauté ».
399. De la même façon, dans les annexes au traité, la déclaration relative à la protection des animaux prévoit la pleine prise en compte, « lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de la législation communautaire dans les domaines de la politique agricole commune, des transports, du marché intérieur et de la recherche, des exigences en matière de bien-être des animaux ». Le mécanisme d'intégration d'une question précise dans les autres politiques communautaires s'applique pour plusieurs domaines. Ainsi, l'interpénétration entre différents secteurs dans les actions de la Communauté n'est pas propre à la santé ou à l'environnement.

²⁵⁷ M. BLANQUET, « Compétence et ambivalence de l'Union européenne en matière de santé publique », *op. cit.*

²⁵⁸ Traité sur l'Union européenne, 7 février 1992.

Conclusion du Chapitre 2

400. Réceptifs aux concepts de santé publique que nous avons vus au Chapitre 1 - tels que la promotion de la santé, la prévention, et l'éducation à la santé -, les États membres de la Communauté européenne ont peu à peu fait une place, dans les traités fondateurs, à la santé en tant qu'élément à intégrer dans toutes les autres politiques et actions menées à ce niveau. Une politique de santé transversale, mise en œuvre dans les autres politiques, n'empêche pas certains d'envisager aussi en parallèle une politique de santé dédiée.

Conclusion du Titre 1

401. La « santé dans toutes les politiques » a émergé initialement au niveau mondial dans les années 1970 et fut portée par l'OMS et ses États membres. Elle a fait son entrée dans le champ juridique par ce biais, c'est-à-dire par le droit mondial de la santé et ses instruments de droit souple dont certains ont une normativité très discutable. Malgré cette faiblesse, l'idée conductrice de la « santé dans toutes les politiques » a perduré et elle a ensuite été érigée comme norme juridique par la Communauté européenne dans le Traité de Maastricht adopté en 1992.

Titre 2. Une norme de droit de l'Union européenne à l'effectivité ambiguë

402. Après une lente maturation dans le champ de la santé publique au niveau mondial ainsi que dans certains pays, l'idée d'intégration de la santé dans toutes les politiques accède au statut tangible de norme juridique en droit de l'Union européenne lors de l'adoption du Traité de Maastricht en 1992. Ce fondement juridique sera renforcé par les traités européens suivants, mais restera néanmoins un aspect du droit européen de la santé peu commenté par la doctrine, peu exploité par les institutions de l'Union européenne (**Chapitre 3**) et discrètement utilisé par le juge européen (**Chapitre 4**). C'est pourquoi on peut douter de l'effectivité de cette norme juridique, ce qui revient à se demander dans quelle mesure elle produit un « effet réel¹ ».

CHAPITRE 3 - UNE PLACE FLUCTUANTE DANS LA RÉGLEMENTATION EUROPÉENNE

CHAPITRE 4 - UN RÔLE FIGURATIF DANS LA JURISPRUDENCE DE L'UNION EUROPÉENNE

¹ Centre national de ressources textuelles et lexicales, <https://www.cnrtl.fr/definition/effectivité> [consulté le 09/06/2021]. Mis à part « ce qui a un effet réel », le terme « effectivité » est aussi défini sur ce site, en second sens, comme ce « qui existe réellement ».

Chapitre 3. Une place fluctuante dans la réglementation européenne

403. La prise en compte de la santé dans les autres politiques et actions de la Communauté a vu son fondement juridique évoluer entre 1992 et 2007 (Section 1) mais ce principe souffre d'un manque de considération de la part de l'exécutif européen, ce qui freine sa mise en œuvre (Section 2).

Section 1. Un fondement juridique évolutif

404. L'évolution du fondement écrit du principe d'intégration de la santé dans d'autres politiques aurait pu conduire à un renforcement de son effectivité, or nous verrons qu'il n'en est rien. L'intégration de la « santé dans toutes les politiques » en droit de l'Union européenne a d'abord figuré à l'article 129 TCE, puis à l'article 152 § 1, pour figurer enfin - encore actuellement - à l'article 168 § 1 TFUE (§ 1), mais aussi dans d'autres dispositions du droit de l'Union européenne (§ 2).

§ 1) Vers le Traité d'Amsterdam

405. S'il existe un consensus entre les institutions européennes quant à la nécessité d'intégrer la santé dans les autres politiques et actions de la Communauté, cette entente ne suffit pas à donner une portée pratique forte à ce principe (A) même lors de la révision de l'article 129 due à l'adoption du Traité d'Amsterdam (B).

*A) Entre le Traité de Maastricht et le Traité d'Amsterdam :
l'appropriation limitée de la « santé dans toutes les
politiques » par l'exécutif européen*

406. Malgré leur volonté d'appréhender les questions sanitaires de façon large et transversale (1°) les institutions européennes peinent à assurer une coopération efficace entre elles pour atteindre cet objectif (2°).

1°) La reconnaissance de l'importance d'une prise en compte transversale de la santé

407. Le Conseil des ministres de l'UE admet non seulement l'existence d'une proximité étroite entre les questions de santé et d'éducation (a) mais reconnaît aussi pleinement la nécessité d'intégrer les questions sanitaires dans les autres politiques de l'UE (b).

a) La reconnaissance du lien entre la santé et l'éducation

408. Peu après l'adoption du traité de Maastricht, le Conseil de l'Union européenne et les ministres de la Santé adoptent le 13 novembre 1992 des conclusions concernant l'éducation à la santé¹ : tout comme l'avaient fait le Conseil et les ministres de l'Éducation dans leur résolution du 23 novembre 1988 sur l'éducation à la santé dans les écoles, le Conseil et les ministres de la Santé affirment quatre ans plus tard dans ces conclusions qu'un certain nombre de maladies et de décès sont liés au mode de vie et au comportement des individus. Ils s'appuient sur la notion de « *mode de vie sain* », et soulignent la nécessité de réduire les maladies et accidents. Dans leur volonté affichée de « *développer une coopération plus étroite entre les États membres, au niveau communautaire et avec les organisations internationales, en matière d'éducation à la santé*² », on peut encore une fois lire une influence des travaux de l'OMS. Dans leurs conclusions, le Conseil et les ministres de la Santé approuvent une communication de la Commission adoptée précédemment³, laquelle vise à renforcer la coopération entre les États membres en vue d'assurer une éducation à la santé efficace. Au fil de ces années, une réelle

¹ Conseil et ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil, Conclusions concernant l'éducation à la santé, 13 novembre 1992, 92/C 326/02.

² *ibid.*

³ Commission européenne, Communication au Conseil des ministres de l'éducation sur la mise en œuvre de la résolution du Conseil et des ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, du 23 novembre 1988, sur l'éducation à la santé dans les écoles.

cohérence se dégage indéniablement des décisions adoptées par le Conseil sur la question de l'éducation à la santé et plus largement sur les multiples facteurs influençant la santé. Le même jour, le Conseil et les ministres de la Santé adoptent également une résolution concernant le contrôle et la surveillance des maladies transmissibles, dans laquelle ils font aussi référence à l'OMS⁴.

409. Très peu de temps après, le 27 novembre 1992, c'est au tour des ministres de l'Éducation de se réunir avec le Conseil pour adopter de nouvelles conclusions sur l'éducation à la santé dans les écoles⁵, tel qu'ils l'avaient fait quatre ans auparavant. La santé est ici prise en compte dans la politique de l'éducation. La notion de « *mode de vie sain* » semble être devenue un incontournable. Les représentants des États membres réaffirment les principes et lignes d'actions définis dans la résolution de 1988 et souhaitent les renforcer. Ils approuvent la coopération mise en place par la Commission avec des organismes internationaux comme l'OMS et le Conseil de l'Europe⁶.

410. Ce n'est sans doute pas un hasard si cette avancée intéressante se produit pendant la présidence tournante de l'Union européenne assurée par le Danemark entre janvier et juin 1993. En effet, ce pays connaît au même moment une prise de conscience sur l'importance de la prévention en santé pour améliorer l'état de santé de la population⁷. Le Ministère danois de la Santé fait en sorte d'intégrer la prévention sanitaire dans d'autres secteurs de politiques publiques⁸.

b) La reconnaissance de l'intérêt d'une intégration de la santé dans toutes les politiques

411. Le 27 mai 1993, le Conseil et les ministres de la Santé adoptent une résolution concernant l'action future dans le domaine de la santé publique. Parmi les nombreux points abordés

⁴ Conseil et ministres de la santé réunis au sein du Conseil, Résolution concernant le contrôle et la surveillance des maladies transmissibles, 13 novembre 1992.

⁵ Conseil et ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, Conclusions sur l'éducation à la santé dans les écoles, 27 novembre 1992, 92/C 336/07.

⁶ *ibid.*

⁷ Le Ministre de la Santé danois a mis en place peu de temps auparavant un Conseil national pour la prévention afin de promouvoir plusieurs mesures de prévention en santé dans ce pays (The European Parliament, Directorate general for research, The health systems of European Community Member States, A comparative analysis, May 1993).

⁸ Commission européenne, Communication concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, 24 novembre 1993.

dans ce texte, on trouve un rappel sur la responsabilité en matière de politiques de santé, qui reste du ressort des États membres, ainsi que l'objectif de mise en place d'une programmation pluriannuelle en santé. Mais compte tenu de la finalité de notre analyse, l'on retiendra tout particulièrement les orientations visant à ce que « *les exigences en matière de santé [soient] dûment prises en compte dans les débats et décisions ayant trait à d'autres domaines communautaires*⁹ ». La notion de « santé dans toutes les politiques » est très présente dans cette résolution : le Conseil et les ministres de la Santé encouragent à compléter ou favoriser « *les aspects sanitaires dans le cadre d'autres politiques communautaires, par exemple l'achèvement et le bon fonctionnement du marché intérieur*¹⁰ ». En plus d'insister sur la protection de la santé dans le cadre de la politique communautaire dans d'autres domaines, ils précisent que cette dynamique est déjà une réalité au sein de plusieurs autres formations du Conseil, telles qu'en matière de recherche, d'environnement, de sécurité et de santé des travailleurs ainsi que de libre circulation des marchandises, des services et des personnes. Dans la Communauté, mais aussi dans les États membres, les considérations d'ordre sanitaire doivent être « *prises en compte dans les débats et décisions ayant trait à d'autres domaines communautaires*¹¹ ». Comme nous l'avons vu, cette formule revient deux fois dans la résolution. Par ailleurs, les représentants des États membres rappellent que les actions communautaires doivent être axées sur la prévention pour assurer un niveau élevé de protection de la santé. L'objectif est de « *promouvoir un mode de vie et des milieux physiques et sociaux sains* », et d'« *améliorer la qualité de la vie*¹² ».

412. Sans surprise, la résolution mentionne la nécessaire coopération avec l'OMS - et le Conseil de l'Europe, en cohérence et afin de prendre dûment en compte « *les connaissances et expériences des organisations internationales précitées* », « *de sorte à assurer une utilisation rationnelle du savoir des organisations et éviter des doubles emplois inutiles*¹³ ». À ce stade de l'analyse, nous suggérons que les institutions européennes ont été très réceptives aux travaux de l'OMS notamment en matière de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de « santé dans toutes les politiques », ce qui a conduit à une cohérence dans leurs travaux respectifs.

⁹ Conseil et ministres de la santé, Résolution concernant l'action future dans le domaine de la santé publique, 27 mai 1993.

¹⁰ *ibid.*

¹¹ *ibid.*

¹² *ibid.*

¹³ *ibid.*

2°) La fin des années 1990 ou les premiers signes d'échec de la coopération interinstitutionnelle nécessaire pour une large prise en compte de la santé par l'Union européenne

413. Bien qu'il y ait un consensus au niveau européen sur la nécessité de donner une réelle application à l'article 129 du nouveau traité (a) les efforts fournis, matérialisés par des rapports produits par la Commission à ce sujet (b), ne sont, en dépit des vœux répétés du Conseil (c), pas maintenus sur le long terme (d).

a) La volonté institutionnelle de mettre en œuvre l'article 129 du Traité de Maastricht

414. Bien qu'il ne soit cité - curieusement - à aucun moment dans la résolution concernant l'action future dans le domaine de la santé publique du 27 mai 1993¹⁴, il semble que l'article 129 du Traité fraîchement adopté soit particulièrement présent à l'esprit des représentants des États membres. C'est au tour de la Belgique d'assurer la présidence tournante de l'Union européenne, et son contexte national fait écho à la volonté affichée à l'échelon européen. En effet, malgré le haut niveau de complexité de son système de santé national, la Belgique a une structure administrative de santé marquée par l'intervention de sept ministères dans les prises de décisions politiques, l'orientation et le contrôle dans le domaine des soins, à savoir le Travail, les Travaux publics, la Défense nationale, l'Agriculture, l'Éducation, la Santé publique et la Famille, les Affaires sociales¹⁵.

415. La dynamique se poursuit cette même année : la direction de la Commission dédiée à l'environnement, la santé publique et la protection des consommateurs rend un rapport le 20 octobre 1993 sur la politique de santé publique après Maastricht. Le rapport se divise en deux parties¹⁶. Dans une première partie, la Commission fait une proposition de résolution au Parlement européen « sur la politique de la santé publique après Maastricht ». Cette

¹⁴ *ibid.*

¹⁵ Parlement européen, Les systèmes de santé des pays membres de la Communauté européenne, Série environnement, santé publique et protection des consommateurs, n° 12, 1988, et ce sera encore le cas 10 ans plus tard, en 1998 : « *Au niveau national, sept portefeuilles ministériels sont coresponsables du secteur de la santé pour les questions de politique de santé, de régulation et de contrôle du système de soins* » (Parlement européen, Direction générale IV - Études, Document de travail, Les systèmes de santé dans l'UE, une étude comparative, 1998).

¹⁶ Commission européenne, Rapport sur la politique de santé publique après Maastricht, 20 octobre 1993.

proposition comporte de nombreuses actions détaillées que la Commission se propose de mettre en œuvre elle-même, et qu'elle soumet, de cette façon, à l'aval démocratique du Parlement européen. Après avoir rappelé que la politique de la Communauté dans différents domaines peut avoir des implications en matière de santé, la Commission prend acte des différents rapports sur la politique de santé publique adoptés par le Parlement depuis 1979¹⁷. Elle fait remarquer que plusieurs de ses directions générales sont compétentes en matière de santé pour tel ou tel aspect, et propose de « désigner un de ses membres qui serait chargé de la coordination de tous les aspects de la politique de santé publique », ou encore de créer en son sein un groupe de travail (« *taskforce* ») pour la santé, sur le modèle de ce qui a été fait pour d'autres questions, notamment l'éducation ou la jeunesse¹⁸. Elle propose de réaliser un rapport sur l'état de santé dans la Communauté, évaluant les effets des politiques de santé et l'impact d'autres politiques sur la santé. Elle propose de mettre en œuvre des actions de promotion et d'éducation pour la santé et de prévention, et de prévoir un programme de travail permettant une « meilleure intégration des exigences de la santé publique dans les autres domaines politiques¹⁹ ».

416. Dans la seconde partie du rapport, la Commission présente ses motifs et son point de vue sur la politique de santé publique après le traité de Maastricht. S'agissant du traité en lui-même, la Commission relève que le Traité de Maastricht fournit la base juridique qui permet de mener une politique commune de santé publique. Ce faisant, elle fait une lecture erronée du Traité, lequel, nous l'avons vu, ne prévoit pas de politique de santé européenne²⁰.
417. La Commission rappelle qu'il n'y avait pas de telle base juridique avant ce traité : jusqu'ici les actions pour la santé étaient fondées sur l'article 235 du Traité instituant la CEE²¹, ou

¹⁷ Le Parlement européen a régulièrement encouragé la mise en place d'une politique cohérente de santé publique en produisant de nombreux avis, études, débats, déclarations écrites et rapports d'initiative sur un large éventail de questions, telles que les déterminants de la santé, les hormones et les perturbateurs endocriniens, les champs électromagnétiques, la nutrition et l'alimentation et leur incidence sur la santé, la sécurité alimentaire et les risques pour la santé (Parlement européen, Fiches thématiques sur l'Union européenne, Santé publique, <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/49/sante-publique>, [consulté le 09/12/2019]).

¹⁸ Commission européenne, Rapport sur la politique de santé publique après Maastricht, *op. cit.*

¹⁹ *ibid.*

²⁰ Voir Chapitre 2.

²¹ Article 235 Traité CEE : « Si une action de la Communauté apparaît nécessaire pour réaliser, dans le fonctionnement du marché commun, l'un des objets de la Communauté, sans que le présent Traité ait prévu les pouvoirs d'action requis à cet effet, le Conseil, statuant à l'unanimité sur proposition de la Commission et après consultation de l'Assemblée, prend les dispositions appropriées ».

alors sur des articles dédiés, par exemple l'article 118A - ajouté par l'Acte unique européen - concernant la santé et sécurité au travail²². L'article 100 A de l'Acte unique européen énonce en son paragraphe 3 que la Commission « *prend pour base un niveau de protection élevé* » pour ses mesures d'harmonisation. La Commission précise que l'Union européenne ne dispose pas de sa propre définition officielle de la santé publique, point que nous avons déjà relevé précédemment²³ et qui conduit hélas à un foisonnement d'expressions utilisées de façon interchangeable dans les textes européens présentés jusqu'ici. À défaut d'éléments de définition précis, ce rapport s'appuie donc sur la définition donnée par l'OMS en 1946²⁴. Concernant le titre X « Santé publique » du Traité de Maastricht, la Commission souligne que l'article 129 donne la première occasion formelle pour mettre en œuvre une politique de santé soutenue financièrement, et menée dans un esprit volontariste au niveau de la Communauté européenne²⁵. L'article est cohérent avec le reste du traité en ce qu'il respecte le principe de subsidiarité. Selon la Commission, l'article 129 du Traité de Maastricht est une base pour la coordination et laisse une grande marge de manœuvre pour la réalisation des objectifs fixés et non pour une action législative²⁶.

418. En ce qui concerne l'action de la Communauté, la Commission souligne le besoin de coordonner la stratégie et l'action en matière de santé, puisque la réponse jusqu'à présent de la Communauté pour les questions de santé s'est faite « *had oc* », étant donné que « *la santé constitue déjà une partie intégrante de nombre de projets et programmes communautaires*²⁷ ». La Commission encourage aussi les institutions communautaires et les États membres à coordonner leurs actions avec les pays tiers et les organisations internationales, en premier lieu l'OMS. En ce qui concerne l'intégration des questions de santé dans d'autres secteurs de compétence de la Communauté, la Commission cherche à susciter la réflexion en fournissant un contre-exemple, à savoir la coexistence d'une politique de prévention en santé et de subventions en faveur de la production de tabac au sein de la Communauté

²² Article 118 A de l'Acte unique : « *Les États membres s'attachent à promouvoir l'amélioration, notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs et se fixent pour objectif l'harmonisation, dans le progrès, des conditions existant dans ce domaine* ».

²³ Voir Chapitre 2.

²⁴ Voir l'introduction de la thèse.

²⁵ Commission européenne, Rapport sur la politique de santé publique après Maastricht, *op. cit.*

²⁶ *ibid.*

²⁷ *ibid.*

européenne. Elle affirme aussi sa volonté de mettre en œuvre des campagnes de promotion de la santé, par exemple dans les écoles²⁸.

419. Le 19 novembre 1993, le Parlement européen adopte une résolution sur la politique de la santé publique après Maastricht, par laquelle il prend note du rapport de la Commission du 20 octobre 1993²⁹. Parmi de nombreuses recommandations, il invite la Commission à évaluer les effets des politiques de santé publique et l'impact des autres politiques sur la santé, ainsi qu'à mettre en œuvre des actions de promotion et d'éducation pour la santé.
420. Peu de temps après, la Commission publie une communication très engagée sur le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique³⁰. Selon elle, l'exigence portée par l'article 129 du Traité sur l'Union européenne, concernant l'intégration de la santé dans les autres politiques communautaires, revêt « *une importance primordiale* » et implique que « *d'autres politiques, même si elles ont des bases juridiques différentes, [servent] également les objectifs de la protection de la santé*³¹ ». Elle s'engage à veiller « *à ce que des instruments mis en œuvre dans le cadre d'autres politiques contribuent également à la protection sanitaire et que tout effet préjudiciable d'autres politiques soit éliminé en instaurant une « surveillance sanitaire » à tous les niveaux de la conception d'instruments pertinents, et de programmes* ». L'annexe 3 de la communication énumère les nombreux cas où la protection de la santé apparaît en tant que constituant d'autres politiques communautaires. La Commission estime d'ailleurs que « *dès sa création, la Communauté a fait de la santé et du bien-être l'un de ses objectifs prioritaires ; des préoccupations sanitaires sous-tendent les objectifs économiques du traité instituant la CEE, les dispositions du traité CECA relatives à la sécurité et les normes de protection du traité Euratom* ». Cependant, elle va trop loin, affirmant qu'il existe désormais une réelle politique de santé de l'Union européenne³².
421. Par ailleurs, dans cette communication, la Commission identifie huit domaines qui requièrent une attention particulière ainsi que l'élaboration de programmes spécifiques. C'est sur cette base que seront acceptés huit programmes d'action européenne en matière

²⁸ *ibid.*

²⁹ Parlement européen, Résolution sur la politique de santé publique après Maastricht, 19 novembre 1993.

³⁰ Commission européenne, Communication concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, 24 novembre 1993.

³¹ *ibid.*

³² « *La politique de santé publique, aux termes des articles 3 point 3 (o) et 129 du Traité sur l'Union européenne, se voit reconnue explicitement* », *ibid.*

de santé³³, dont l'un portera sur la promotion de la santé et un autre sur les maladies liées à la pollution. La Commission se montre ici encore une fois consciente que la santé est influencée non seulement par la constitution génétique, physique et mentale des personnes, mais aussi par des facteurs liés au mode de vie et à l'environnement ; ainsi, elle précise que les mesures de protection de la santé doivent viser ces deux types de facteurs³⁴. La Commission décide au même moment de renforcer les consultations interservices quand une de ses décisions peut avoir une incidence sur la santé, et de produire un rapport annuel sur les implications sanitaires des autres politiques³⁵.

b) Un consensus productif mais non pérenne : le premier rapport de la Commission sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques

422. Le 2 juin 1994, le Conseil rend une résolution concernant le cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique dans laquelle il répond positivement à la communication de la Commission de novembre 1993 et souligne qu'il convient d'examiner de quelle manière les exigences en matière de protection de la santé peuvent devenir une composante des autres politiques de la Communauté³⁶. Il précise en annexe qu'en vue de traiter le grand fléau qu'est la toxicomanie, visée à l'article 129 § 1 du Traité sur l'Union européenne, des actions globales de santé publique sont nécessaires ; elles doivent être proposées par la Commission et examinées par le Conseil, et définies en tenant compte des possibilités offertes par les autres politiques communautaires.

423. Dans ses conclusions des 9 et 10 décembre 1994, le Conseil réuni à Essen prévoit, dans ses dispositions sur le marché intérieur et la compétitivité, que : « *Les résultats des travaux doivent tenir pleinement compte de la nécessité d'assurer la protection de la santé et de l'environnement ainsi que la compétitivité de l'industrie européenne*³⁷ », appliquant ici la lettre de l'article 129 du Traité de Maastricht.

³³ N. DE GROVE-VALDEYRON, *Droit européen de la santé*, 2^{ème} édition, LGDJ, Systèmes Cours, 2018, 192 p.

³⁴ Commission européenne, Communication concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, *op. cit.* Communication citée dans Conseil de l'Union européenne, Résolution relative à l'intégration, dans les politiques communautaires, des exigences en matière de protection de la santé, 20 décembre 1995.

³⁵ Le premier de ces rapports annuels est celui du 29 mai 1995, intitulé Rapport de la Commission au Conseil, au Parlement européen et au Comité économique et social sur l'intégration des exigences en matière de protection de la santé dans les politiques de la Communauté, voir notamment les explications en page 6 de ce rapport.

³⁶ Conseil de l'Union européenne, Résolution concernant le cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique, 2 juin 1994.

³⁷ Conseil de l'Union européenne, Conclusions, 9-10 décembre 1994.

424. La Commission rend le 29 mai 1995 son premier rapport sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé³⁸. Ce rapport adressé au Conseil, au Parlement européen et au Comité économique et social, est le premier rapport de ce genre : il vise à présenter l'éventail de problématiques qui touchent à la santé dans les différentes politiques de la Communauté européenne. Il répond ainsi aux obligations du Traité de Maastricht mais aussi aux attentes du Conseil³⁹, du Parlement⁴⁰ et du Comité économique et social⁴¹. Le rapport suit la structure habituelle des rapports annuels généraux de la Commission sur les activités de la Communauté. Il aborde notamment le marché intérieur, la politique de concurrence, l'éducation, la formation et la jeunesse, les transports, les télécommunications, les consommateurs, la cohésion économique et sociale, l'environnement, la politique de l'énergie, l'agriculture. On y voit la volonté de la Commission de mettre en œuvre l'article 129 du Traité de Maastricht de façon effective, et même d'aller au-delà dans la réalisation des différentes politiques communautaires, pour agir en faveur de la santé publique. Elle adopte une vision large, exhaustive et inclusive de la « santé dans toutes les politiques ». Elle va même jusqu'à préciser que les efforts pour améliorer la santé des citoyens européens sont une vraie valeur ajoutée dans la mise en œuvre des objectifs plus généraux de l'Union européenne.

425. Au travers de ces pages, la Commission réitère son point de vue : selon elle, les considérations de santé étaient déjà bien présentes dans les politiques communautaires dès l'origine. Elle donne en premier lieu l'exemple du Traité de Rome, dont un certain nombre d'articles prenaient en compte les aspects sanitaires⁴². Selon la Commission, la forte prise en compte de la santé, déjà présente dans plusieurs branches du droit communautaire, s'est poursuivie avec l'adoption de l'Acte unique. Puis, sur les bases de l'Acte unique des textes

³⁸ Commission européenne, Rapport au Conseil, au Parlement européen et au Comité économique et social sur l'intégration des exigences en matière de protection de la santé dans les politiques de la Communauté, 29 mai 1995, COM(95) 196 final.

³⁹ Conseil de l'Union européenne, Résolution concernant le cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique, 2 juin 1994.

⁴⁰ Parlement européen, Résolution sur la politique de la santé publique après Maastricht, 19 novembre 1993.

⁴¹ Comité économique et social européen, Avis sur la Communication de la Commission concernant le cadre d'action communautaire en matière de santé publique, 31 décembre 1994.

⁴² Comme démontré précédemment : son article 2, par exemple, comporte la notion de « *niveau de vie* », et son article 39 sur la Politique agricole commune évoque la protection de la santé des consommateurs. Quant à son article 36, il prévoit que le principe de la liberté de circulation des biens peut être limité afin d'apporter des restrictions sur l'importation, l'exportation et les biens en transit, dans le but de protéger la vie et la santé humaines.

ont été adoptés pour améliorer la protection des consommateurs : la Commission cite pour exemple la Directive du 3 mai 1988 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à la sécurité des jouets⁴³ et la Directive du 29 juin 1992 relative à la sécurité générale des produits⁴⁴. En ce qui concerne le Traité sur l'Union européenne adopté à Maastricht, la Commission rappelle que plusieurs de ses articles traitant d'autres secteurs de politiques prennent en compte, à des degrés variés, la protection de la santé, par exemple l'article 75 c sur la sécurité des transports. Ce sont bien sûr les articles 3 (o) et 129 qui introduisent pour la première fois une compétence spécifique pour la Communauté en matière de santé. Enfin, la Commission appelle à la complémentarité des politiques de santé publique et des politiques des autres secteurs⁴⁵. Dans toutes les actions de la Communauté, un équilibre doit être recherché entre les différents intérêts, à savoir sanitaires, économiques, sociaux. Elle dresse l'objectif de renforcer la coordination intersectorielle des actions pour la protection de la santé au sein de l'Union européenne, ce qui permettra de renforcer les synergies et d'éviter les doublons⁴⁶. Les notions de coordination intersectorielle et de synergie ne sont pas sans rappeler les éléments identifiés dans les chartes et déclarations adoptés à l'occasion des réunions internationales successives sur la promotion de la santé et les politiques de santé, appuyées par l'OMS⁴⁷.

c) Les demandes de concrétisation par le Conseil

426. Le 20 décembre 1995, le Conseil adopte une résolution relative à l'intégration, dans les politiques communautaires, des exigences en matière de protection de la santé. Il y rappelle que « *l'impact sur la protection de la santé de toute proposition doit être identifié suffisamment à l'avance pour que le Conseil puisse en tenir compte lors de son adoption*⁴⁸ ». Il s'agit de prendre en compte la santé dans les politiques de l'UE, notamment la politique économique, sociale – c'est-à-dire ici l'emploi -, la libre circulation des biens et des personnes, la politique agricole, l'alimentation, etc. Le Conseil approuve le rapport de la Commission du 29 mai 1995, estimant qu'il peut contribuer à donner plein effet à l'article 129 du traité de Maastricht. Il

⁴³ Directive n° 88/378/CEE du Conseil du 3 mai 1988 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à la sécurité des jouets.

⁴⁴ Directive n° 92/59/CEE du Conseil du 29 juin 1992 relative à la sécurité générale des produits.

⁴⁵ Commission européenne, Rapport au Conseil, au Parlement européen et au Comité économique et social sur l'intégration des exigences en matière de protection de la santé dans les politiques de la Communauté, *op. cit.*

⁴⁶ *ibid.*

⁴⁷ Voir Chapitre 1 (Partie 1).

⁴⁸ Conseil de l'Union européenne, Résolution relative à l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 20 décembre 1995.

invite la Commission à mesurer rapidement l'impact sanitaire des politiques communautaires, à « *signaler dans son programme de travail annuel toutes les propositions qui peuvent avoir un impact sur la protection de la santé*⁴⁹ », - une demande qui sera réitérée ensuite en 1999 et 2006 -, et à élaborer ensuite des rapports annuels sur l'intégration des considérations sanitaires dans les autres politiques communautaires. Il souligne l'importance des mesures de prévention et de promotion de la santé pour atteindre un niveau élevé de protection de la santé des citoyens de l'Union européenne. On trouve dans sa résolution les notions de promotion des modes de vie et des milieux physiques et sociaux sains, et celle d'amélioration de la qualité de vie.

427. Le 4 septembre 1996, la Commission rend, comme prévu, son deuxième rapport annuel sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé⁵⁰. Ce rapport porte sur les efforts d'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé réalisés pendant l'année 1995. Cette fois, la Commission se concentre sur certains domaines-clés, dans lesquels ont eu lieu les développements les plus importants concernant la santé : la politique sociale, le marché intérieur, l'agriculture, l'alimentation et la pêche, la recherche et le développement, l'environnement et l'énergie, les transports et la coopération internationale. Ce rapport est pour elle un outil permettant d'évaluer comment la Communauté s'acquitte de l'obligation présente à l'article 129 du Traité de Maastricht. Dans ce rapport la Commission évoque le rôle des agences, qui gèrent certains aspects importants liés à la santé au niveau de la Communauté européenne : il y a par exemple l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail et l'Agence européenne pour l'environnement. Ces agences indépendantes sont soumises au respect des dispositions de l'article 129 du traité. La Commission souligne également le rôle du public, qui prend de plus en plus conscience des implications d'autres politiques sur la santé. La Commission conclut que « *dans la Communauté, pratiquement toutes les principales politiques ont des répercussions sur la santé et prennent en compte des considérations d'ordre sanitaire*⁵¹ ». Elle note toutefois que la complémentarité entre les politiques de santé publique et les autres politiques reste un défi pour la Communauté, notamment en ce qui concerne le tabac et l'alcool.

⁴⁹ *ibid.*

⁵⁰ Commission européenne, Deuxième rapport annuel sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 4 septembre 1996, COM(96) 407 final.

⁵¹ *ibid.*

d) Un dialogue inefficace entre le Conseil et la Commission

428. Le 12 novembre 1996, le Conseil adopte une nouvelle résolution intitulée de façon identique, c'est-à-dire relative à « *l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé*⁵² ». Il y approuve le deuxième rapport annuel de la Commission du 4 septembre 1996 sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, estimant qu'il peut, comme le précédent, contribuer à donner plein effet à l'article 129 du traité. Le Conseil prend note de la réorganisation mise en œuvre par la Commission, en particulier les nouveaux mécanismes de coordination incluant l'examen des questions liées à la santé grâce au groupe interservices « Santé » et la création de groupes *ad hoc* pour examiner du point de vue de la santé certains problèmes particuliers. Il réaffirme l'importance de la prise en compte de la santé dans les autres politiques communautaires, ainsi que la nécessité « *d'assurer la coordination, la cohérence et la complémentarité de toutes les activités de la Communauté ayant une dimension sanitaire* », et souligne que les États membres doivent eux aussi veiller à assurer une coordination⁵³. Il réclame à nouveau un investissement concret de la Commission pour la prise en compte effective de la santé dans les politiques communautaires.
429. À l'heure où le Traité d'Amsterdam vient de renforcer le rôle de la Communauté en matière de santé, la Commission, dans son troisième rapport au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé⁵⁴, est plus que jamais cohérente avec les objectifs du traité relatifs à la prise en compte des questions de santé publique dans les autres politiques de la Communauté. Elle donne de nombreux exemples de secteurs de l'action européenne qui prennent en compte la santé. Selon la Commission, l'affaire de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) et de la maladie de Creutzfeld-Jacob⁵⁵ confirme toute l'importance de l'intégration de la santé « *dans tout l'éventail des*

⁵² Conseil de l'Union européenne, Résolution relative à l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 12 novembre 1996.

⁵³ *ibid.*

⁵⁴ Commission européenne, Troisième rapport au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 27 janvier 1998, COM(1998) 34 final (le rapport porte officiellement sur l'année 1996).

⁵⁵ Que nous évoquerons plus en détails d'ici quelques pages.

*politiques communautaires*⁵⁶ ». En déroulant son plan d'action pour mener à bien la prise en compte de la santé dans les autres politiques de l'Union européenne, elle pense aussi pouvoir « *encourager d'autres États membres à engager des exercices similaires pour s'assurer le soutien d'autres politiques dans la mise en œuvre de mesures ayant un impact positif sur la santé*⁵⁷ ». C'est pourtant là où le bât blesse, puisqu'aucune disposition des traités ne contraint les États membres à respecter l'intégration de la santé dans toutes les politiques. En effet, seules les institutions communautaires sont visées par l'article 129 du Traité de Maastricht, et cela n'a pas échappé à la Commission : « *Les institutions communautaires ont conjointement la responsabilité de s'assurer que les exigences en matière de santé soient intégrées dans la politique et les actions conduites*⁵⁸ ». C'est à la fois sur les « *instances chargées de la santé et [les] services responsables d'autres politiques* » que repose cette responsabilité.

430. Le Conseil, dans ses conclusions du 30 avril 1998 concernant l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé⁵⁹ reste constant : il réaffirme le contenu de ses résolutions du 20 décembre 1995 et du 12 novembre 1996. Il approuve le troisième rapport annuel de la Commission sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé et juge qu'elle a progressé dans sa démarche : le rapport de grande qualité fait bien apparaître les incidences sanitaires des politiques examinées dans les différents secteurs, notamment en matière de politique agricole et alimentaire, puisque le document en question revient sur les faits marquants de l'année 1996 - la question du lien possible entre l'ESB et une nouvelle forme de la maladie de Creutzfeldt-Jakob⁶⁰. Il demande un quatrième rapport à la Commission et l'incite encore une fois à renforcer ses méthodes pour prendre en compte la santé dans ses rapports et programmes annuels de travail.

⁵⁶ Commission européenne, Troisième rapport au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, *op. cit.*

⁵⁷ *ibid.*

⁵⁸ *ibid.*

⁵⁹ Conseil de l'Union européenne, Conclusions concernant l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 30 avril 1998.

⁶⁰ *ibid.*

431. Puis, le 8 juin 1999, le Conseil publie à nouveau des conclusions concernant l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé⁶¹. Il regrette que la Commission ne lui ait pas encore transmis le rapport annuel couvrant l'année 1997.
432. La Commission rendra finalement son rapport quelques mois plus tard, mais le retard est pris. Il s'agira du dernier rapport de ce type car la Commission décidera ensuite de se concentrer sur certains secteurs de politiques spécifiquement⁶². Dans ce quatrième et dernier rapport⁶³, la Commission souligne la nécessité d'améliorer encore l'intégration des exigences sanitaires dans les politiques communautaires à l'avenir⁶⁴. Cette intégration revient à réaliser une surveillance sanitaire de toutes les politiques communautaires. La Commission fait état des difficultés rencontrées. Ces dernières s'expliquent par le peu de modèles existants dans les États membres, le manque de sensibilisation et de reconnaissance vis-à-vis de l'intégration de la santé dans les autres politiques communautaires, le tout conduisant à un manque de ressources humaines, financières et méthodologiques disponibles pour cette tâche. Bien que la Commission déplore ce manque de moyens, il est frappant de constater qu'elle ne mentionne nulle part le manque d'outils juridiques pour mettre en œuvre l'article 152, qui a remplacé l'article 129. Selon elle, « *l'article 152 du traité d'Amsterdam accorde encore plus d'importance aux exigences de protection de la santé en soulignant qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté*⁶⁵ » : elle fait preuve ici d'imprécision, puisque justement, l'article 152 ne contient en fait nulle part le verbe « devoir » s'agissant de l'intégration de la santé dans les autres politiques communautaires⁶⁶. De plus, aucune sanction n'est prévue textuellement, et aucun contrôle par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) ou un autre organe européen n'est envisagé par le traité. Certes, la

⁶¹ Conseil de l'Union européenne, Conclusions concernant l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 8 juin 1999.

⁶² T. STAHL *et al.*, Health in All Policies : Prospects and potentials, Ministère finlandais des affaires sociales et de la santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2006.

⁶³ Commission des Communautés européennes, Quatrième rapport sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 16 novembre 1999, COM (1999) 587 final.

⁶⁴ *ibid.*

⁶⁵ *ibid.*

⁶⁶ Article 152 § 1 : « *Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté* ».

Commission rappelle que la CJUE s'est emparée de la question dans un arrêt de 1996⁶⁷, mais nous verrons que cette démarche de la Cour n'a pas un effet significatif. Partant, la Commission a beau affirmer que l'intégration de la santé dans toutes les politiques implique les institutions européennes mais aussi les États membres⁶⁸, cette responsabilité à deux niveaux reste dépourvue de véritable substance en l'absence d'une reconnaissance formelle. C'est peut-être pour cette raison que la Commission insiste davantage sur l'évaluation de l'impact des politiques sur la santé et sur l'évaluation de l'intégration mise en œuvre, que sur la répartition des rôles et les obligations de chacun. La Commission s'engage surtout dans une action principale, à savoir produire des rapports plus ciblés mettant en lumière l'intégration de la santé dans d'autres politiques. Compte tenu du contexte récent, « notamment les crises de l'ESB et de la dioxine, la protection des consommateurs pourrait faire l'objet du prochain rapport⁶⁹ ».

433. À partir de l'année 2000, une nouvelle stratégie sera présentée en matière de santé publique. Mais avec l'arrêt des rapports annuels de la Commission sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, la dynamique est interrompue. Le dialogue régulier et productif entre le Conseil et la Commission est suspendu.

B) Un nouveau fondement juridique : encore un faux-départ ?

434. Un nouveau traité est adopté (1°) dans un contexte de crise de sécurité alimentaire majeure (2°) ce qui explique qu'il renforce à certains égards le fondement juridique pour l'intervention de la Communauté en matière de santé (3°).

⁶⁷ CJCE, 05/05/1998, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96, ECLI:EU:C:1998:192, Rec. I-2265.

⁶⁸ « Si la définition des politiques et actions communautaires intervient principalement au niveau des institutions communautaires, leur mise en œuvre est assurée par les institutions communautaires et aussi par les États membres, notamment lors de la transposition de la législation communautaire en droit national » (Commission européenne, Quatrième rapport sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, *op. cit.*)

⁶⁹ *ibid.*

1°) Constats généraux sur le Traité d'Amsterdam

435. En parallèle de ce dialogue entre la Commission et le Conseil, les États membres négocient l'adoption d'un nouveau traité. Ce texte est pensé pour intégrer des sujets plus proches des préoccupations des citoyens que les questions institutionnelles - comme, par exemple, la lutte contre le chômage, la santé publique, la protection de l'environnement - afin d'essayer de combler le « décalage » entre opinions publiques et construction européenne qui était apparu lors de la ratification du Traité de Maastricht⁷⁰. Une conférence intergouvernementale est lancée en mars 1996 à Turin, pour prendre fin lors du Conseil européen d'Amsterdam en juin 1997⁷¹. Le Traité d'Amsterdam est signé le 2 octobre 1997.
436. Parmi les modifications qu'il apporte au Traité sur l'Union européenne, le Traité d'Amsterdam remplace l'article 2 par le texte suivant : « *La Communauté a pour mission, par l'établissement d'un marché commun, d'une Union économique et monétaire et par la mise en œuvre des politiques ou des actions communes visées aux articles 3 et 3 A, de promouvoir dans l'ensemble de la Communauté un développement harmonieux, équilibré et durable des activités économiques, un niveau d'emploi et de protection sociale élevé, l'égalité entre les hommes et les femmes, une croissance durable et non inflationniste, un haut degré de compétitivité et de convergence des performances économiques, un niveau élevé de protection et d'amélioration de la qualité de l'environnement, le relèvement du niveau et de la qualité de vie, la cohésion économique et sociale et la solidarité entre les États membres* ». Il ajoute donc parmi les missions de la Communauté, les notions d'environnement et de qualité de vie, à côté du « niveau de vie ».

2°) Un contexte d'adoption perturbé par une crise majeure de sécurité alimentaire

437. L'affaire de l'ESB éclate au Royaume-Uni en 1996. C'est la première véritable crise sanitaire ébranlant les institutions communautaires et en particulier la Commission européenne⁷². La remise en question est telle que la Commission est poussée à la démission en 1999⁷³. La « vache folle » est l'élément déclencheur d'une profonde réforme de la

⁷⁰ G. MAGANZA, « Réflexions sur le traité d'Amsterdam, contexte général et quelques aspects particuliers », *Annuaire français de droit international* 1997, Vol. 43, p. 657-670.

⁷¹ Secrétariat général du Conseil, *Le Conseil européen, Cinquante années de conférences au sommet*, Décembre 2011.

⁷² D. TABUTEAU, « Crises et réformes », *Les Tribunes de la santé* 2009, Vol. 22, n° 1, p. 19-40.

⁷³ *ibid.*

politique de sécurité alimentaire européenne⁷⁴. Cette crise de grande ampleur et le scandale du sang contaminé révélé à la même époque contribuent à faire de la santé publique l'une des questions débattues activement lors des négociations pour l'adoption du Traité d'Amsterdam⁷⁵.

438. Le Traité d'Amsterdam contient des dispositions censées apporter des réponses au scandale de la vache folle et permet d'engager la réforme de la politique alimentaire de l'Union européenne. L'article 152 du Traité, qui sera analysé dans le prochain développement, a élargi les compétences de l'Union européenne en matière de santé publique et sur le fondement de ces nouvelles dispositions, une restructuration des services de la Commission est opérée afin qu'elle soit en mesure à l'avenir de répondre aux crises de sécurité alimentaire⁷⁶.
439. Au sein des services de la Commission, le monopole de la Direction générale (DG) « Agriculture » sur la sécurité alimentaire ayant été vivement critiqué, cette question est désormais placée sous l'autorité de la DG « Politique des consommateurs et protection de leur santé », qui devient la DG « SANCO » (« Santé et protection des consommateurs »)⁷⁷. Celle-ci est dotée de moyens humains et financiers renforcés et affiche ainsi l'importance désormais donnée aux questions sanitaires dans l'Union européenne⁷⁹. Compte tenu des missions de cette nouvelle DG, un lien clair est affirmé entre

⁷⁴ M. GROSSET, « Sécurité alimentaire et politiques nutritionnelles : enjeux et perspectives », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie* 2017, n° 17.

⁷⁵ R. GEYER, S. LIGHTFOOT, « The Strengths and Limits of New Forms of EU Governance: The Cases of Mainstreaming and Impact Assessment in EU Public Health and Sustainable Development Policy », *Journal of European Integration* 2010, Vol. 32, n° 4, p. 339-356.

⁷⁶ S. GUIGNER, « L'odyssée de l'administration européenne de la santé : la quête d'un leadership », *Politique européenne* 2003, Vol. 3, n° 11, p. 31-56.

⁷⁷ *ibid.* et H. BERGERON in O. BORRAZ, V. GUIRAUDON (dir.) *Politiques publiques 2. Changer la société*, Presses de Sciences Po, 2010, 316 p.

⁷⁸ Les restructurations de la Commission se font actuellement sur le fondement des dispositions suivantes :

Article 248 TFUE (ex-article 217, paragraphe 2, TCE) :

« Sans préjudice de l'article 18, paragraphe 4, du traité sur l'Union européenne, les responsabilités incombant à la Commission sont structurées et réparties entre ses membres par le président, conformément à l'article 17, paragraphe 6, dudit traité. Le président peut remanier la répartition de ces responsabilités en cours de mandat. Les membres de la Commission exercent les fonctions qui leur sont dévolues par le président sous l'autorité de celui-ci ».

Article 17 TUE :

« 6. Le président de la Commission : [...] b) décide de l'organisation interne de la Commission afin d'assurer la cohérence, l'efficacité et la collégialité de son action ».

⁷⁹ R. GEYER, S. LIGHTFOOT, « The Strengths and Limits of New Forms of EU Governance: The Cases of Mainstreaming and Impact Assessment in EU Public Health and Sustainable Development Policy », *op. cit.*

santé et sécurité alimentaire⁸⁰, mais certains estiment que cette dernière tend même à prendre le dessus sur la santé publique : « *L'activité de la DG SANCO n'est pas motivée prioritairement par la santé de la population, c'est-à-dire par la santé publique, mais par celle du consommateur*⁸¹ ». Néanmoins, la configuration de la DG SANCO favorise l'abandon progressif de politiques uniquement sectorielles, thématiques (cancer, addictions, accidents...) au profit d'une politique horizontale, matérialisée par le premier programme pluriannuel de santé européen et ses trois objectifs transversaux : information en santé, menaces sanitaires et déterminants de la santé⁸². Elle embrasse un large éventail de problématiques et incarne ainsi à sa façon l'intégration de la santé dans d'autres politiques. Parmi elles, la question alimentaire se détache alors un peu de la Politique agricole commune (PAC) et du marché unique pour se rapprocher du secteur de la santé publique⁸³. En fin 2021, la ré-autorisation de l'utilisation des protéines animales transformées (PAT) de non-ruminants pour les porcs et les volailles par la Commission européenne impliquera des contrôles réguliers pour éviter une nouvelle rupture de la sécurité alimentaire telle que l'Union européenne l'a connue dans les années 1990-2000⁸⁴.

3°) Constat spécifique : la reformulation du principe d'intégration de la santé dans toutes les politiques et actions de la Communauté

440. C'est désormais à l'article 152 du traité (l'ancien article 129), que l'on trouve l'intégration de la santé dans les autres politiques de l'Union européenne, et dont l'adoption s'explique par la crise de la vache folle⁸⁵, qui a rendu criante la nécessité de renforcer les dispositions sur la santé dans le traité. Le texte confirme le principe de subsidiarité en matière de santé,

⁸⁰ W. GRANT, « Agricultural policy, food policy, and communicable disease policy », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2012, Vol. 37, n° 6.

⁸¹ S. GUIGNER, « L'odyssée de l'administration européenne de la santé : la quête d'un leadership », *op. cit.*

⁸² N. ROSENKÖTTER *et al.*, « Twentieth anniversary of the European Union health mandate: taking stock of perceived achievements, failures and missed opportunities - a qualitative study », *Biomed Central Public Health* 2013, Vol. 13, n° 1074.

⁸³ W. LAMPING, M. STEFFEN, « European Union and Health Policy: The "Chaordic" Dynamics of Integration », *Social science quarterly* 2009, Vol. 90, n° 5.

⁸⁴ Voir à ce sujet E. CASALEGNO, « Farines animales Un retour discret et encadré », *UFC Que Choisir*, 30/05/2021, <https://www.quechoisir.org/actualite-farines-animales-un-retour-discret-et-encadre-n91706/> [consulté le 08/09/2021].

⁸⁵ K. LEPPÖ *et al.*, *Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies*, Ministère des affaires sociales et de la santé de Finlande, 2013, 358 p.

qui implique une logique de partenariat et ainsi l'absence de « politique commune de santé » européenne⁸⁶.

441. En ce qui concerne la « santé dans toutes les politiques », le Traité d'Amsterdam remplace l'expression de l'article 129 suivant laquelle « *Les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté*⁸⁷ » par la phrase « *Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté* », qui est désormais en toute première position dans l'article. Changement de formulation, mais même méthode : le texte est une affirmation contenant une mission relativement imprécise⁸⁸. Parmi les autres modifications faites dans l'article 129, le deuxième alinéa du § 1⁸⁹ est étoffé avec les ajouts des « *affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine* » après la « *prévention des maladies* ». Il n'est pas certain que ces ajouts soient pertinents d'autant plus que les termes d'« affection » et de « danger » ne sont pas clairement définis. La notion de « danger » peut sans doute se rattacher à la protection contre les risques. Le paragraphe 4 est étoffé également - le Conseil adopte désormais 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* » ainsi que « *des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique* » et non plus seulement

⁸⁶ M. BÉLANGER, *Droit européen général de la santé, Bilan d'un droit moderne*, Les études hospitalières, Les cahiers du CERDES, 2013, 308 p.

⁸⁷ Article 129 § 1 3^{ème} alinéa (ancienne version du traité).

⁸⁸ Malgré l'absence du verbe « devoir » ou de toute autre injonction explicite dans cet article, la Cour de justice a considéré qu'il s'agit d'une réelle obligation : « *En vertu de l'article 152, paragraphe 1, du traité et selon la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes, les exigences en matière de santé doivent faire partie intégrante des autres politiques communautaires* » (CJCE, 10/12/2002, *The Queen contre Secretary of State for Health, ex parte British American Tobacco (Investments) Ltd et Imperial Tobacco Ltd.*, n° C-491/01, ECLI:EU:C:2002:741, Rec. I-11453). Même constat dans l'arrêt CJUE, 21/12/2011, *Commission européenne contre République d'Autriche*, n° C-28/09, ECLI:EU:C:2011:854, Rec. I-13525 : « *aux termes des articles 6 CE et 152, paragraphe 1, CE, les exigences de protection de l'environnement et de la santé publique doivent être prises en compte dans la définition et la mise en œuvre des politiques et des actions de la Communauté* ».

⁸⁹ Article 129 § 1 : « *Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté.*

L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé ».

des actions d'encouragement⁹⁰. On voit ici les leçons tirées de l'affaire du sang contaminé et de l'affaire de la maladie de la vache folle⁹¹.

442. Mais d'autres aspects restent inchangés : l'Union européenne conserve un rôle secondaire en matière de santé. Ce sont les États membres qui agissent en premier lieu sur ce sujet. Le niveau européen complète et appuie leurs actions. Le nouvel article 152 entretient le même idéal et la même ambition : la santé, sur le papier, est placée en tant qu'objectif sur une échelle élevée, avec la recherche du meilleur résultat. Certains auteurs remarquent, à propos de l'article 38 du même traité, en matière de consommation, qu'on ne recherche pas le « *niveau le plus élevé* », mais simplement un « *niveau élevé*⁹² ». Les États membres peuvent adopter des mesures de protection plus strictes que celles adoptées par le Conseil. L'ajout de l'objectif consistant à « *protéger et améliorer la santé humaine* » confirme le positionnement vers une recherche de la meilleure santé possible, par tous les moyens donnés par chaque secteur. Dans une logique de surenchère, la maximisation de la santé est encouragée.
443. L'article 152 est vu comme le premier vrai instrument législatif donné aux décideurs européens en matière de santé publique⁹³. Cependant, il comprend des limites puisque l'Union européenne peut rarement avoir recours à des actes législatifs contraignants en

⁹⁰ Article 129 § 4 : « Le Conseil, statuant conformément à la procédure visée à l'article 189 B, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribue à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant :

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) par dérogation à l'article 43, des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique ;

c) des actions d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres.

Le Conseil, statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans le présent article ».

Ancienne version (Traité de Maastricht) : « Pour contribuer à la réalisation des objectifs visés au présent article, le Conseil adopte :

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

— statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, des recommandations ».

⁹¹ N. DE GROVE-VALDEYRON, *Droit européen de la santé*, op. cit.

⁹² J. CALAIS-AULOY, H. TEMPLE, M. DÉPINCÉ, *Droit de la consommation*, 10^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2020, 778 p.

⁹³ T. STAHL et al., *Health in All Policies : Prospects and potentials*, op. cit.

matière de santé publique, elle doit, le plus souvent, se cantonner à avoir recours au droit souple ou à des actes *sui generis* - des « décisions »⁹⁴. Comme l'a rappelé le Tribunal de première instance des Communautés européennes (TPICE), dans le secteur de la santé, « *la Communauté ne peut procéder, en vertu de l'article 152, paragraphes 1 et 5, CE, qu'à des actions juridiquement non contraignantes tout en respectant pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux*⁹⁵ ».

444. En outre, la Cour a tempéré l'objectif de l'article 129 dans un arrêt de 1998⁹⁶, et le Tribunal considère que cela vaut aussi pour l'article 152 § 1 : « *Lors de la détermination de ce niveau de risque, les institutions communautaires sont tenues par leur obligation, en vertu de l'article 152, paragraphe 1, premier alinéa, CE, d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine. Ce niveau élevé ne doit pas nécessairement, pour être compatible avec cette disposition, être techniquement le plus élevé possible*⁹⁷ », ainsi que plus tard pour l'article 168 § 1 TFUE⁹⁸.

445. En 1998, une nouvelle stratégie en santé est jugée nécessaire du fait des nouvelles dispositions du Traité d'Amsterdam et de l'évolution du contexte européen⁹⁹. Huit programmes sont lancés pour traiter chacun d'une question de santé : le cancer, la promotion de la santé, les maladies rares, le VIH, la surveillance sanitaire, les blessures, l'addiction aux drogues et les maladies liées à la pollution¹⁰⁰. On suit donc ici une approche verticale des problématiques de santé¹⁰¹ et non une approche transversale comme le suggèrent les promoteurs de la « santé dans toutes les politiques ».

⁹⁴ N. DE GROVE-VALDEYRON, « Reconnaissance progressive d'une compétence communautaire », Répertoire de droit européen 2008.

⁹⁵ TPICE, 12/02/2008, *British United Provident Association Ltd (BUPA), BUPA Insurance Ltd et BUPA Ireland Ltd contre Commission des Communautés européennes*, n° 289/03, ECLI:EU:T:2008:29, Rec. II-00081.

⁹⁶ CJUE, 14/07/1998, *Safety Hi-Tech Srl contre S. & T. Srl.*, n° C-284/95, ECLI:EU:C:1998:352, Rec. I-04301. Sa position est suivie par le Tribunal dans : TPICE, 11/09/2002, *Alpharma, Inc. contre Conseil de l'Union européenne*, n° T-70/99, ECLI:EU:T:2002:210, Rec. II-03495.

⁹⁷ TUE, 09/09/2011, *Dow AgroSciences Ltd et autres contre Commission européenne*, n° T-475/07, ECLI:EU:T:2011:445, Rec. II-05937 ; TUE, 19/01/2012, *Xeda International SA et Pace International LLC contre Commission européenne*, n° T-71/10, ECLI:EU:T:2012:18, Rec. num. ; et TUE, 12/04/2013, *Du Pont de Nemours (France) SAS et autres contre Commission européenne*, n° T-31/07, ECLI:EU:T:2013:167, Rec. num.

⁹⁸ TUE, 12/12/2014, *Xeda International SA contre Commission européenne*, n° T-269/11, ECLI:EU:T:2014:1069, Rec. num.

⁹⁹ Décision n°1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008).

¹⁰⁰ F. SAUER, « Role of the European Union in public health », *Revista Portuguesa de Farmacoterapia* 2010, n° 2.

¹⁰¹ F. SAUER, Interview, *Eurohealth* 2001, Vol. 7, n° 2.

§ 2) A partir de 2000, le déploiement d'un nouvel arsenal juridique

446. L'une des dispositions de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne adoptée en 2000 fait un écho très fidèle à l'article 152 du Traité de Rome (A) tandis qu'en 2007, le Traité de Lisbonne consolide le principe européen d'intégration transversale de la santé, sans toutefois y apporter de modification substantielle (B).

A) La Charte des droits fondamentaux

447. Dès l'année 2000, un autre texte consacre l'intégration de la santé dans toutes les politiques en droit de l'Union européenne : il s'agit de la Charte des droits fondamentaux, laquelle selon l'article 6 du Traité sur l'Union européenne, a la même valeur juridique que les traités européens¹⁰². Situé au chapitre IV sur la solidarité, l'article 35 de cette charte est comme suit : « *Protection de la santé : Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union*¹⁰³ ».
448. On constate que la dernière phrase de l'article 35 de la charte est identique à la première phrase de l'article 152 du Traité d'Amsterdam¹⁰⁴. Pourquoi avoir choisi une telle répétition ? Si c'était pour en souligner l'importance, pourquoi ne pas avoir choisi une formulation identique à celle retenue pour l'environnement, deux articles plus loin ? En effet, l'article 37 de la charte énonce : « *Protection de l'environnement : Un niveau élevé de protection de l'environnement et l'amélioration de sa qualité doivent être intégrés dans les politiques de l'Union et assurés conformément au principe du développement durable* ». La santé reçoit le même sort que la protection des consommateurs, consacrée dans l'article 38 du même texte : « *Protection des consommateurs : Un niveau élevé de protection des consommateurs est assuré dans les politiques de*

¹⁰² Avant d'être intégrée au TUE par le Traité de Lisbonne, en 2007, cette charte avait une simple valeur déclaratoire et était dépourvue d'une valeur juridiquement obligatoire (M. CLAPIÉ, *Manuel d'institutions européennes*, 3^{ème} édition, Flammarion, Champs Université, 2010, 444 p. Voir également à ce sujet F. ROUVILLOIS, *Libertés fondamentales*, 3^{ème} édition, Flammarion, Champs Université, 2019, 476 p.)

¹⁰³ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 7 décembre 2000.

¹⁰⁴ Traité d'Amsterdam, Article 152 (ancien article 129) : « *Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté* ».

l'Union ». Voilà une nouvelle fois un texte qui esquisse une hiérarchie entre la protection de l'environnement d'abord – une véritable obligation –, puis la protection de la santé et des consommateurs – un vœu. Cette répartition paraîtra surprenante quelques années plus tard lorsque le Traité de Lisbonne inclura, à l'article 4 du Traité sur l'Union européenne, l'environnement et la protection des consommateurs parmi les compétences partagées de l'Union¹⁰⁵.

449. Si ce n'était pas pour souligner l'importance de l'intégration de la santé dans les autres politiques, une autre explication à ce doublon – la dernière phrase de l'article 35 de la charte et la première phrase de l'article 152 du Traité d'Amsterdam – s'impose : c'est tout simplement un aveu de faiblesse de la part du législateur européen face à un principe censé être conducteur de l'action européenne et qui se révèle lettre morte. La charte consacre néanmoins à la fois un droit à la prévention et aux soins médicaux et cette approche globale et moderne de la santé a été saluée¹⁰⁶. Cependant le lien entre les deux phrases de l'article 35 n'est pas précisé : le droit à la prévention et aux soins médicaux est-il invocable dans le cadre des autres « *politiques et actions de l'Union* » ? Selon le Professeur Karagiannis, « *aucune sorte de droit subjectif à la santé n'est ici reconnue* », et il est difficile d'évaluer au cas par cas si un « *niveau élevé* » de protection de la santé a réellement été atteint ou non¹⁰⁷. Cet auteur affirme même que puisque « *l'Union n'a pas une vraie compétence dans le domaine de la protection de la santé, la proclamation d'un droit à la santé dans l'article 35 de la Charte, fût-il formulé de la manière dont il est formulé, apparaît comme singulièrement gratuite. En pure logique, on ne peut donner ce qu'on n'a pas*¹⁰⁸ ».

B) Le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne

450. Peu de temps après la Charte des droits fondamentaux, le Traité de Lisbonne, ou Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, adopté en 2007, modifie l'article 152 qui devient

¹⁰⁵ Traité sur l'Union européenne, Version consolidée : « 2. Les compétences partagées entre l'Union et les États membres s'appliquent aux principaux domaines suivants : a) le marché intérieur; b) la politique sociale, pour les aspects définis dans le présent traité; c) la cohésion économique, sociale et territoriale; d) l'agriculture et la pêche, à l'exclusion de la conservation des ressources biologiques de la mer; e) l'environnement; f) la protection des consommateurs; g) les transports; h) les réseaux transeuropéens; i) l'énergie; j) l'espace de liberté, de sécurité et de justice; k) les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique, pour les aspects définis dans le présent traité ».

¹⁰⁶ S. KARAGIANNIS, « Droit à la santé - Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme ? », *Journal du droit international (Clunet)* 2012, n° 4.

¹⁰⁷ *ibid.*

¹⁰⁸ *ibid.*

l'article 168 dans sa version consolidée. En voici le paragraphe 1 en son premier alinéa, essentiellement identique à l'article 152 : « *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* ». Présente dans un traité fondateur du droit de l'Union européenne, l'intégration de la santé dans toutes les politiques demeure un principe à valeur fondamentale, d'autant que l'article 168 a été qualifié de « *base constitutionnelle principale de l'activité normative de l'Union européenne en matière de santé*¹⁰⁹ ». De plus, les articles 168 § 1 et 9 du TFUE qui seront détaillés ci-après, signifient que « *la sphère de compétence de l'Union en matière de santé ne se limite pas aux actions portant spécifiquement sur la santé publique*¹¹⁰ ». Le fait que le titre consacré à la santé publique soit placé à la fin du TFUE pourrait porter à croire que la santé est vue comme étant secondaire, mais nous considérons que le côté transversal attribué à la santé en droit de l'Union européenne compense cette situation.

451. Selon le Professeur Blanquet, « *si l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne commence en faisant d'un niveau élevé de protection de la santé humaine une obligation pour toutes les politiques et actions de l'Union, il finit sur un tout autre ton : « 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 », ce qui instille le doute sur cette soi-disant nouvelle compétence de l'Union*¹¹¹ ».
452. Le nouvel article conserve en effet l'idée d'origine : l'Union européenne garde un rôle de complément à l'action des États membres et appuie leur action en matière de santé. La Commission peut prendre des initiatives pour promouvoir la coordination entre les États membres. Ce propos est en phase avec l'article 6 du Traité sur l'Union européenne¹¹², qui prévoit que l'Union « *dispose d'une compétence pour mener des actions pour appuyer, coordonner ou compléter l'action des États membres. Les domaines de ces actions sont, dans leur finalité européenne : a) la protection et l'amélioration de la santé humaine [...]* ».

¹⁰⁹ M. BÉLANGER, *Droit européen général de la santé, Bilan d'un droit moderne*, op. cit.

¹¹⁰ N. DE GROVE-VALDEYRON, « Reconnaissance progressive d'une compétence communautaire », op. cit.

¹¹¹ M. BLANQUET, « Compétence et ambivalence de l'Union européenne en matière de santé publique », *Revue de l'Union européenne* 2019, n° 624.

¹¹² Qui correspond à l'article 2 E du Traité de Lisbonne.

453. Selon l'article 4 du Traité sur l'Union européenne¹¹³, l'Union bénéficie aussi d'une compétence partagée avec les États membres pour « *les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique, pour les aspects définis dans le présent traité* ». La santé est ainsi le « *seul domaine que le traité de Lisbonne a écartelé entre un statut de compétence d'appui et un statut de compétence partagée*¹¹⁴ ». Dans ce traité qui clarifie pour la première fois les différentes compétences de l'Union, la santé est la seule à recevoir « *une dualité de statut*¹¹⁵ ». Les trois domaines permettant de « *faire face aux enjeux communs de sécurité* » sont les suivants. Dès le Traité d'Amsterdam, en dérogation aux faibles possibilités d'actions normatives, l'Union pouvait adopter « *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 [...]* », et « *des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique* », elle peut à présent également adopter des « *mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical*¹¹⁶ ». Le rôle de complément à l'action des États membres implique que, mis à part les trois domaines très précis qui ont le statut de compétence partagée, l'Union européenne n'a pas la possibilité de s'appuyer sur des instruments juridiques contraignants - tels que les règlements, les directives et les décisions - pour mener sa politique de santé¹¹⁷.

454. Le Traité de Lisbonne ajoute un article 5 bis - désormais article 9 du TFUE - selon lequel « *dans la définition et la mise en œuvre de ses politiques et actions, l'Union prend en compte les exigences liées à la promotion d'un niveau d'emploi élevé, à la garantie d'une protection sociale adéquate, à la lutte contre l'exclusion sociale ainsi qu'à un niveau élevé d'éducation, de formation et de protection de la santé humaine* ». Le principe de l'article 168 § 1 se retrouve ici aux côtés d'autres principes semblables applicables à d'autres secteurs. Ces clauses d'intégration, aussi appelées clauses transversales, sont apparues dans les traités européens depuis Maastricht (1992) mais se voient précisées par le Traité de Lisbonne¹¹⁸.

¹¹³ Qui correspond à l'article 2 C du Traité de Lisbonne.

¹¹⁴ M. BLANQUET, « Compétence et ambivalence de l'Union européenne en matière de santé publique », *op. cit.*

¹¹⁵ *ibid.*

¹¹⁶ *ibid.*

¹¹⁷ S. GUIGNER, « L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale », *Sciences sociales et santé* 2011, Vol. 29, n° 1, p. 81-106.

¹¹⁸ V. MICHEL, « Traité de Lisbonne - Politiques et actions de l'Union », *Répertoire de droit européen* 2010 (Sept.).

455. On notera que la santé est l'élément qui vient en dernier dans cet article, après l'emploi, la protection sociale, la lutte contre l'exclusion, l'éducation et la formation. La recherche d'un niveau d'emploi élevé étant un objectif central de l'Union européenne, prioritaire sur la santé, il est donc cohérent de constater la récurrence de l'argument économique en faveur des actions pour la santé dans les travaux de l'Union européenne sur la santé.

Section 2. Un fondement juridique peu exploité par l'exécutif européen

456. La prise en compte du principe d'intégration de la santé, dans des outils de droit souple européen comme les programmes de santé publique, aurait pu contribuer à un déploiement effectif de ce principe (§ 1). Cependant, le principe d'intégration de la santé a suscité un intérêt déclinant de la part de la Commission malgré les efforts du Conseil (§ 2). L'article 152 du Traité de Rome apparaît donc limité dans ses effets.

§ 1) Le droit souple créateur d'outils opérationnels pouvant donner corps au principe européen d'intégration de la santé

457. S'il existe des actes législatifs¹¹⁹, notamment des directives, concernant la sécurité sanitaire et la sécurité et santé au travail¹²⁰, il semble que très peu de ces actes portent explicitement sur la « santé dans toutes les politiques ». Cela peut s'expliquer en partie par la moindre utilisation des directives en droit de l'Union européenne de la santé depuis le traité sur l'Union européenne¹²¹. L'existence de certains textes, qui pour la plupart constituent du droit souple européen, mérite quand même d'être soulignée. Il s'agit des textes adoptant les programmes pluriannuels de santé européens entre 2003 et 2027. Depuis 2003, des programmes pluriannuels de santé ont été élaborés et adoptés par le Parlement et le Conseil

¹¹⁹ Selon l'article 289 TFUE.

¹²⁰ M. BÉLANGER, *Droit européen général de la santé, Bilan d'un droit moderne*, op. cit.

¹²¹ *ibid.*

au moyen de décisions et de deux règlements¹²² et ont bénéficié d'un budget croissant¹²³. D'une durée moyenne de six années, ces programmes ont succédé au « cadre de santé publique » de l'Union européenne en place depuis 1993.

Ils présentent des points communs et des éléments de divergence. La présence de la « santé dans toutes les politiques » dans les programmes européens de santé publique a marqué quelques oscillations voire un recul à la fin des années 2010 (A) mais la volonté des institutions européennes d'accorder une réelle place à ce principe persiste finalement encore aujourd'hui dans ces programmes (B).

A) La présence de la « santé dans toutes les politiques » dans les programmes pluriannuels de santé publique : une simple « carte de visite »

458. La nouvelle stratégie de santé, lancée en 2003 par la Commission européenne, se fonde sur l'article 152 du traité. Selon le Conseil, le Comité économique et social, le Comité des régions, le Parlement européen, et en phase avec la communication de la Commission¹²⁴, il était alors nécessaire « d'inscrire l'action au niveau communautaire dans un programme global, à mener pendant une période d'au moins cinq ans et comprenant trois objectifs généraux¹²⁵ ». Le premier programme intégré de santé publique est adopté en septembre 2002 par le Conseil et le Parlement européen¹²⁶. Ce nouveau programme européen, qui complète ses équivalents

¹²² Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) ;

Décision n° 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007 établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) ;

Règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020) et abrogeant la décision n° 1350/2007/CE.

Règlement (UE) n° 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021 établissant un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (programme « L'UE pour la santé ») pour la période 2021-2027, et abrogeant le règlement (UE) n° 282/2014.

¹²³ Le budget du programme 2014-2020 s'élève à 449,4 millions d'euros, ce qui représente une augmentation du budget de près de 40 % par rapport au programme précédent (321,5 millions d'euros). Le premier programme, entre 2003 et 2007, avait reçu un budget de 312 millions d'euros. En 2021, le programme adopté pour la période 2021-2027 bénéficie d'un budget plus de dix fois supérieur à celui des programmes de santé précédents (5,1 milliards d'euros).

¹²⁴ Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social et au Comité des régions. Programme législatif et de travail de la Commission pour 2003, COM (2002) 590 final/2.

¹²⁵ M. BÉLANGER, *Droit européen général de la santé, Bilan d'un droit moderne*, op. cit.

¹²⁶ Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002, op. cit.

nationaux, permet le financement de projets trans-européens selon trois axes principaux : information, menaces et déterminants de la santé¹²⁷.

459. En effet, les programmes de santé 2003-2007, 2008-2013 et 2014-2020 poursuivent trois objectifs communs bien que formulés de manière quelque peu différente : l'amélioration de l'information aux fins de la santé publique, la réponse rapide aux menaces pour la santé et l'action sur les facteurs déterminants pour la santé à travers la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le programme 2014-2020 prévoit en outre un objectif spécifique lié à l'innovation dans les systèmes de santé. On note par ailleurs, dans ce troisième programme, un exposé plus dense des objectifs, avec une distinction entre objectifs généraux et spécifiques. Ceci est d'autant plus étonnant que ce programme était supposé être plus ciblé que ses prédécesseurs¹²⁸. Les deux premiers programmes présentent quant à eux les trois objectifs de manière claire et identique. Ce triptyque d'objectifs a survécu tout au long des trois premiers programmes et en constitue le fil conducteur. La « santé dans toutes les politiques » y a théoriquement sa place dans l'objectif portant sur la prévention et la promotion de la santé. Le quatrième programme, en vigueur à partir de 2021, se démarque par la présence de quatre objectifs : deux sont en cohérence avec ceux des programmes précédents. Il s'agit de la réponse aux crises sanitaires et de l'amélioration de la santé par la promotion de la santé et la prévention des maladies. En outre, le programme vise à « améliorer la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable, dans l'Union, des médicaments et des dispositifs médicaux ainsi que des produits nécessaires en cas de crise, et soutenir l'innovation concernant ces produits » et « renforcer les systèmes de santé en améliorant leur résilience et l'efficacité des ressources¹²⁹ ».

460. Des points communs entre les quatre programmes sont à souligner¹³⁰. La prise en compte des principes de subsidiarité et de proportionnalité consacrés par les traités européens est une caractéristique partagée par les quatre programmes de santé. La priorité est donc donnée

¹²⁷ F. SAUER, « Les ambitions européennes en matière de santé », Revue française d'administration publique 2005, Vol. 1, n° 113, p. 147-157.

¹²⁸ T. CLEMENS *et al.*, « The Directorate-General for Health and Consumers 1999-2014: An assessment of its functional capacities », Health Policy 2017, Vol. 121, p. 594-603.

¹²⁹ Règlement (UE) n° 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021, *op. cit.*

¹³⁰ Si l'on s'intéresse aux points de divergence entre les quatre programmes, on peut noter que le programme 2008-2013 est le seul à souligner l'importance de la prise en compte du principe de précaution dans davantage d'actions et politiques communautaires (Décision n° 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007, *op. cit.*).

aux actions où l'Union européenne a une valeur ajoutée, c'est-à-dire les « *domaines revêtant manifestement une dimension transfrontalière ou relevant du marché intérieur, ou [sur] les cas où la collaboration à l'échelle de l'Union procure des avantages et des gains d'efficacité importants*¹³¹ ». Les textes mettant en œuvre ces programmes n'excèdent pas « *ce qui est nécessaire pour atteindre [les] objectifs*¹³² ». La réponse aux pandémies, le système de sécurité sociale sont des exemples de « *domaines revêtant manifestement une dimension transfrontalière ou relevant du marché intérieur*¹³³ ». Par conséquent, les domaines de santé n'ayant pas de caractère transfrontalier ou ne relevant pas du marché intérieur n'ont pas à être traités au niveau de l'Union européenne. Cependant, les principes de subsidiarité et de proportionnalité ne sauraient être utilisés comme prétexte pour justifier l'absence de prise en compte de la « santé dans toutes les politiques »¹³⁴. En effet, selon notre lecture, la « santé dans toutes les politiques » semble répondre à un autre type de problématique : elle ne se fonde ni sur un critère géographique, ni sur un critère économique. Elle se situe sur un autre plan que ceux de la subsidiarité et de la proportionnalité. Il s'agit de deux méthodologies distinctes : la « santé dans toutes les politiques » n'est pas une politique de santé, c'est une approche transversale des politiques publiques. Par conséquent, le principe de subsidiarité qui limite l'action en santé de l'Union européenne, ne peut limiter de la même façon l'action de l'Union européenne en matière de « santé dans toutes les politiques ».

461. Bien qu'une ligne directrice évolutive et commune aux quatre programmes successifs se dessine clairement, un certain recul de la « santé dans toutes les politiques » se manifeste dans les années 2010 au sein de ces programmes pourtant dédiés à la santé. En effet, le programme 2003-2007 initiait une « *politique sanitaire offensive*¹³⁵ » en dessinant les contours d'une « *véritable politique communautaire de la santé* », une « *stratégie à la fois intégrée et*

¹³¹ Règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014, *op. cit.*

¹³² *ibid.*

¹³³ *ibid.*

¹³⁴ D'ailleurs, ce n'est pas le cas puisque d'après la CJUE dans un arrêt du 24/10/2002, *Procédure pénale contre Walter Hahn*, C-121/00, ECLI:EU:C:2002:611, Rec. I-09193, « *Selon une jurisprudence constante, parmi les motifs susceptibles de justifier des dérogations à l'article 28 CE, la protection de la santé et de la vie des personnes occupe le premier rang* ».

Voir à ce sujet : D. SIMON, « Restrictions quantitatives et mesures d'effet équivalent – Limites à la prohibition », Répertoire de droit européen 2004 : « *La Cour fait preuve d'une certaine bienveillance pour les mesures nationales prises en cas de menace sérieuse pour la santé publique : c'est ainsi par exemple que le principe de proportionnalité ne s'oppose pas à l'adoption de règles de « tolérance zéro » quant à la présence de listeria dans les produits alimentaires (CJCE, 24/10/2002, Hahn, C-121/00)* ».

¹³⁵ M. BÉLANGER, *Droit européen général de la santé, Bilan d'un droit moderne*, *op. cit.*

*intersectorielle*¹³⁶ ». Ce programme attribuait une réelle place à la « santé dans toutes les politiques », ce qui peut être interprété comme une suite logique après la résolution du Conseil de l'Union européenne du 18 novembre 1999 concernant la garantie de la protection de la santé dans toutes les politiques et actions de la Communauté¹³⁷ adoptée peu de temps auparavant. La décision n° 1350 pour le programme 2008-2013 accordait elle aussi une place importante à la « santé dans toutes les politiques », dont le terme apparaît plusieurs fois¹³⁸, et soulignait l'importance d'une coordination avec les autres politiques et programmes communautaires. On peut donc s'étonner de la moindre importance de la « santé dans toutes les politiques » dans le programme pluriannuel pour 2014-2020, en contradiction avec l'esprit des programmes précédents. En effet, celui-ci évoque cette approche uniquement dans son introduction et dans son annexe 1, laquelle la positionne certes dans la « priorité thématique n° 1 », mais sans la développer. Néanmoins, la notion de « modes de vie sains » étant présente dans ce programme, on pourrait y voir une illustration implicite de la « santé dans toutes les politiques ». En insistant davantage sur les systèmes de santé et de soins, le programme 2014-2020 se démarque aussi des deux premiers par des objectifs plus divers. L'affirmation explicite de la santé dans toutes les politiques de l'Union européenne semble s'être estompée à la fin des années 2010 dans les programmes pluriannuels de santé et ce recul paraît cohérent avec l'attitude réservée de la Commission à ce propos. Comme nous le verrons prochainement, le contexte économique complexe des années 2014 et suivantes dans l'Union européenne peut aussi être un élément d'explication.

462. De ce point de vue, il semble que la volonté d'intégrer la santé dans toutes les politiques soit surtout affichée par principe, pour donner une valeur symbolique forte aux textes qui la contiennent, mais que ce symbole a, en réalité, peu de relief. Cela peut expliquer la façon irrégulière pour les institutions européennes d'avoir recours au principe d'intégration de la santé au gré de l'évolution des programmes pluriannuels de santé européens.

¹³⁶ *ibid.*

¹³⁷ Conseil de l'Union européenne, Résolution concernant la garantie de la protection de la santé dans toutes les politiques et actions de la Communauté, 18 novembre 1999, 2000/C 86/02.

¹³⁸ La « santé dans toutes les politiques » est mentionnée aux pages 1, 2, 7 et dans l'annexe (Décision n° 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007, *op. cit.*).

B) L'affirmation de la « santé dans toutes les politiques » dans les programmes pluriannuels de santé publique

463. Le dernier programme en date représente un récent rebond dans l'application de la « santé dans toutes les politiques », ce qui peut s'expliquer par une prise de conscience liée à la pandémie de covid-19 qui a révélé de fortes faiblesses dans la capacité de réponse des institutions européennes en cas de crise majeure. Le programme 2021-2027 adopté par le Règlement (UE) n° 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021 établissant un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (programme « L'UE pour la santé ») pour la période 2021-2027, et abrogeant le règlement (UE) n° 282/2014, adopte une vision de la santé extrêmement transversale et de long-terme. Il tient pleinement compte de la variété de problématiques liées au maintien en bonne santé, à l'accès aux soins, à la réduction des inégalités de santé et à l'incidence de la santé sur la qualité de vie, la productivité et la compétitivité¹³⁹. Un réel effort est prévu pour créer des synergies et de la complémentarité entre ce programme et d'autres domaines d'action de l'UE, tels que le numérique, l'emploi et l'innovation sociale, l'alimentation, l'éducation et la formation, etc¹⁴⁰.
464. Cette avancée est d'autant plus significative que l'on constate un renforcement du caractère général des textes adoptant les programmes. Tandis que les programmes 2003-2007 et 2008-2013 furent respectivement adoptés par la décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) et la décision n° 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007 établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013), le programme 2014-2020 a quant à lui été adopté par le règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020) et abrogeant la décision n° 1350/2007/CE ; le dernier programme en date a été adopté par le règlement n° (UE) 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021 établissant un

¹³⁹ Notamment aux paragraphes 19 et 20 du programme. Voir le règlement (UE) n° 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021 établissant un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (programme « L'UE pour la santé ») pour la période 2021-2027, et abrogeant le règlement (UE) n° 282/2014.

¹⁴⁰ Notamment au paragraphe 26 du programme (*ibid*).

programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (programme « L'UE pour la santé ») pour la période 2021-2027, et abrogeant le règlement (UE) n° 282/2014 et est applicable à partir du 1^{er} janvier 2021. En droit de l'Union européenne la décision est, comme le règlement, obligatoire dans toutes ses dispositions et applicable directement, sans transposition dans le droit national, mais elle s'en distingue par une absence de portée générale¹⁴¹. Par conséquent, ce changement de nature de texte à partir de 2014 laisse penser que le Parlement et le Conseil ont eu la volonté de donner davantage de poids aux nouveaux programmes pluriannuels de santé.

465. Une autre avancée récente particulièrement intéressante se trouve dans l'article 2 du règlement (UE) n° 2021/522 où sont données les définitions des termes-clés du programme 2021-2027 : on y trouve pour la première fois depuis l'adoption des programmes européens de santé une véritable définition de la « santé dans toutes les politiques », fortement calquée sur celle adoptée par les États membres de l'OMS en 2013 lors de la conférence d'Helsinki. Cet article du règlement définit l'« *intégration des questions de santé dans toutes les politiques* » comme « *une approche de l'élaboration, de la mise en œuvre et de la révision des politiques publiques, quel que soit le secteur, qui tient compte des implications sanitaires des décisions et qui cherche à réaliser des synergies et à éviter que ces politiques aient des effets dommageables sur la santé, de manière à améliorer l'état de santé de la population et l'équité en matière de santé* ».
466. De façon cohérente, les quatre programmes pluriannuels déployés entre 2003 et 2027 font une référence, dès leur première page, au principe selon lequel l'Union européenne doit rechercher un niveau élevé de protection de la santé dans la mise en œuvre de toutes ses politiques et actions. La décision n° 1786 du Parlement et du Conseil, instituant le programme pour les années 2003-2007, et la décision n° 1350 du Parlement et du Conseil pour le programme 2008-2013, visaient l'article 152 du Traité instituant la Communauté européenne. À partir du Traité d'Amsterdam, les programmes de santé publique ont bénéficié de ce nouveau fondement juridique, dans la mesure où l'article 152 a permis « *de rationaliser ces activités en proposant une approche horizontale centrée sur des objectifs transversaux plutôt que sur des problèmes particuliers*¹⁴² ». Après la révision du traité et le changement de

¹⁴¹ Article 288 TFUE.

¹⁴² S. GUIGNER, « L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale », *op. cit.*

numérotation des articles, le règlement instituant le programme 2014-2020 et celui instituant le programme pour la période 2021-2027 se réfèrent à l'article 168 TFUE.

467. La notion d'intersectorialité, considérée comme une composante essentielle de la « santé dans toutes les politiques » en droit de l'Union européenne comme en droit international de la santé¹⁴³, a connu une reconnaissance en dent de scie dans les programmes de santé de l'UE. L'approche intersectorielle de la santé n'est évoquée nulle part dans la décision adoptant le programme 2008-2013 et dans le règlement instituant le programme 2014-2020. En comparaison, le premier programme pluriannuel, pour la période 2003-2007, présentait une forte dimension intersectorielle et transversale. On peut en effet lire dans la décision n° 1786/2002/CE qu'« *il convient de veiller à ce que ces autres politiques et actions communautaires comportent un aspect « santé » et soient étayées par une politique intersectorielle*¹⁴⁴ ». La « santé dans toutes les politiques » occupe une place notable dans ce texte, non seulement dans l'introduction mais surtout dans le corps du texte : « *Il y a lieu d'assurer la cohérence et la complémentarité entre les actions à mettre en œuvre dans le cadre du programme et celles envisagées ou mises en œuvre dans le cadre d'autres politiques et actions, compte tenu, en particulier, de la nécessité d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté* ». La disparition de la mention d'intersectorialité à partir du programme 2008-2013 est donc à déplorer puisqu'elle va de pair avec un affaiblissement, dans les programmes pluriannuels suivants, de la prise en compte de la « santé dans toutes les politiques ». Le programme 2021-2027 marque un nouveau pas en avant en renforçant significativement la dimension intersectorielle de l'action européenne en santé¹⁴⁵.

468. Enfin, un élément constant en faveur de la « santé dans toutes les politiques » réside dans la présence, dans les quatre programmes pluriannuels de santé étudiés, des notions de bien-être et de qualité de vie parmi leurs objectifs. On citera pour exemple le Programme de santé 2003-2007 : la Communauté entend « *contribuer au bien-être* » des citoyens européens¹⁴⁶. Toutefois, ni le bien-être ni la qualité de vie ne sont définis dans les programmes, ce qui permet de s'interroger dans quelle mesure ces termes se rapprochent de celui de « santé ».

¹⁴³ Voir Chapitre 1.

¹⁴⁴ Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002, *op. cit.*

¹⁴⁵ Règlement (UE) n° 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021, *op. cit.*

¹⁴⁶ Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002, *op. cit.*

Les quatre programmes incluent aussi l'idée selon laquelle la Communauté entend « *promouvoir et améliorer la santé* ». Nous avons vu que la notion d'amélioration de la santé est caractéristique de l'approche « santé dans toutes les politiques ». Le troisième programme a aussi adopté une formulation relativement proche, à savoir l'idée de « *favoriser la bonne santé* ». Le bien-être, la qualité de vie et l'amélioration de la santé sont souvent associés aux concepts de modes de vie et d'environnements sains et favorables à la santé¹⁴⁷. Les programmes 2008-2013, 2014-2020 et 2021-2027 en font mention, ce qui suggère une meilleure prise en compte de la définition large et positive de la santé dans ces programmes.

§ 2) Une volonté politique en berne : le peu d'effet donné au principe d'intégration de la santé

469. Malgré les demandes répétées du Conseil de l'Union européenne à cet égard (A), on constate une faible intégration de la « santé dans toutes les politiques » dans les travaux de la Commission entre la fin des années 1990 et la fin des années 2010 (B).

A) Une volonté du Conseil de l'Union européenne non suivie d'effet

470. Il convient de rappeler que le Conseil de l'Union européenne peut adopter des conclusions, des résolutions et des déclarations, qui n'ont pas vocation à produire des effets juridiques, et que certains qualifieront de droit souple (« *soft law* »)¹⁴⁸. Avec ces documents, le Conseil exprime une position politique sur une question touchant un des domaines d'activité de l'Union européenne. Les résolutions du Conseil présentent généralement les travaux futurs prévus dans un domaine d'action spécifique, tandis que les conclusions, adoptées à la suite d'un débat tenu au cours d'une session du Conseil, contiennent généralement une position politique sur un thème spécifique¹⁴⁹. La résolution de 1999 et les conclusions de 2006 et 2008 dont il sera question ici ne sont pas juridiquement contraignantes. Il semble néanmoins

¹⁴⁷ Voir Chapitre 1.

¹⁴⁸ B. BRUNESSEN, I. BOSSE-PLATIERE, « La soft law en droit de l'Union européenne », *Revue de l'Union européenne* 2014, p. 72.

¹⁴⁹ Conseil de l'Union européenne, Conclusions et résolutions du Conseil, <http://www2.consilium.europa.eu/fr/council-eu/conclusions-resolutions/> [consulté le 08/01/2017].

nécessaire d'observer les programmes annuels de travail de la Commission qui ont suivi ces textes du Conseil pour en apprécier la prise en compte.

471. Après l'adoption et l'entrée en vigueur de l'article 152 en 1999, qui représente le fondement de l'approche de « santé dans toutes les politiques » au niveau de l'Union européenne, le Conseil de l'Union européenne adopte la résolution du 18 novembre 1999 concernant la garantie de la protection de la santé dans toutes les politiques et actions de la Communauté¹⁵⁰. Dans cette résolution, le Conseil rappelle le principe de l'intégration de la santé dans toutes les politiques de l'Union européenne tel que présent dans l'article 152 du Traité instituant la Communauté européenne. Il se réjouit de la réorganisation interne de la Commission qui donne une place importante à la santé, avec la création de la DG SANCO, et plusieurs directions spécialisées¹⁵¹. Dans la continuité de résolutions précédentes adoptées au sujet de la santé¹⁵², le Conseil adresse des invitations à la Commission, sans occulter l'investissement nécessaire des États membres dans la prise en compte de la santé. Parmi ces sollicitations, le Conseil demande à la Commission de mettre tout en œuvre pour « concrétiser l'obligation d'intégrer la protection de la santé dans toutes les politiques de la Communauté¹⁵³ ». Il réclame notamment qu'elle mette en place des méthodes d'évaluation des effets des politiques communautaires sur la santé et qu'elle procède rapidement à ces évaluations. Il attend qu'elle « signale, dans son programme de travail annuel, toutes les propositions qui peuvent avoir un impact sur la protection de la santé¹⁵⁴ ».
472. Cette perspective semble adopter une vision relativement restrictive de l'approche « santé dans toutes les politiques » dans la mesure où l'accent est mis sur les conséquences potentielles des politiques européennes sur l'état de santé de la population, et non sur la santé comme une fin en soi dans les autres politiques¹⁵⁵. Le Conseil ne parle pas de mesures positives pouvant être prises en faveur de la santé dans d'autres secteurs. Les notions de

¹⁵⁰ Conseil de l'Union européenne, Résolution concernant la garantie de la protection de la santé dans toutes les politiques et actions de la Communauté, 18 novembre 1999, 2000/C 86/02.

¹⁵¹ M. BÉLANGER, *Droit européen général de la santé, Bilan d'un droit moderne*, op. cit.

¹⁵² Voir notamment la résolution du Conseil du 20 décembre 1995 précédemment mentionnée.

¹⁵³ Conseil de l'Union européenne, Résolution concernant la garantie de la protection de la santé dans toutes les politiques et actions de la Communauté, op. cit.

¹⁵⁴ *ibid.*

¹⁵⁵ Par opposition à la vision plus utopique vue dans les textes de droit international adoptés sous l'égide de l'OMS depuis 1978 (Voir Chapitre 1).

protection de la santé et de prévention des risques sont néanmoins centrales. Cette invitation de sa part n'étonne pas dans ce contexte de réflexion sur l'avenir de la politique européenne de santé, lancé par le commissaire David Byrne en 2004 afin de mettre « *la santé au centre du processus d'élaboration de toutes les politiques*¹⁵⁶ ».

473. En 2006, le Conseil rend ses conclusions sur l'intégration des questions de santé dans toutes les politiques¹⁵⁷. Il rappelle qu'il a montré un investissement durable dans l'action intersectorielle en santé. Il réaffirme le principe de « santé dans toutes les politiques » et souligne que les différentes politiques peuvent avoir des impacts positifs ou négatifs sur l'état de santé. Dans ces conclusions, le Conseil invite la Commission à préparer un plan de travail pour la « santé dans toutes les politiques ». Il invite les États membres à développer leurs politiques nationales en lien avec les acteurs de différents secteurs, publics et privés, et à développer les études d'impact en santé. Enfin, il invite le Parlement européen à veiller à une coopération intersectorielle effective pour garantir un haut niveau de protection de la santé dans toutes les politiques ; et l'encourage à mener des études d'impact en santé pour les projets législatifs.
474. Puis, le Conseil réitère sa demande à la Commission dans ses conclusions de 2008 portant sur un mécanisme de coopération avec la Commission pour la mise en œuvre de la stratégie de santé¹⁵⁸. Ce document accorde une place explicite à la « santé dans toutes les politiques ». Le Conseil souhaite une coopération stratégique avec la Commission pour faire progresser les objectifs de santé dans les actions de l'Union européenne. Il invite la Commission à prendre les mesures nécessaires pour mettre en œuvre cette coopération avec lui, ce qui inclut un retour et des propositions appropriés de la part de tous les secteurs présentant des implications pour la santé. Le « Groupe santé publique¹⁵⁹ », moyennant une révision de son mode de fonctionnement, peut contribuer à atteindre les objectifs proposés et entre autres la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques ». Il n'est pas nécessaire de créer un nouvel organe. Il semble ainsi que le Conseil reformule dix ans plus tard l'invitation faite

¹⁵⁶ N. DE GROVE-VALDEYRON, *Droit européen de la santé*, op. cit.

¹⁵⁷ Conseil de l'Union européenne, Conclusions sur la santé dans toutes les politiques, 30 novembre et 1^{er} décembre 2006.

¹⁵⁸ Council Conclusions on a cooperation mechanism between the Council and the Commission for the implementation of the EU Health Strategy, 2876th Employment, Social policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Luxembourg, 10 June 2008.

¹⁵⁹ « *Working party on public health* ».

à la Commission en 1999 en lien avec la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques ».

B) L'échec de la prise en compte de la « santé dans toutes les politiques » dans les programmes de travail de la Commission

475. La faible prise en compte de la « santé dans toutes les politiques » dans les programmes de travail de la Commission (1°) peut être nuancée pour plusieurs raisons (2°).

1°) Un échec évident

476. On constate tout d'abord l'absence de référence à la « santé dans toutes les politiques » dans les programmes annuels de travail de la Commission, en contradiction avec les demandes formulées par le Conseil de l'Union européenne. À première vue, il est clair que les programmes de travail de la Commission pour les années 2001, 2003, 2004, 2010, 2016 et 2017¹⁶⁰ ne font pas écho aux propos du Conseil précédemment relevés dans sa résolution de 1999 sur la « santé dans toutes les politiques ». Cela laisse supposer un manque de communication entre le Conseil et la Commission, voire de la négligence de la part de celle-ci. Sans parler de l'approche intersectorielle de l'article 168 § 1 TFUE, le terme même de « santé » est très peu présent dans les programmes annuels de la Commission : pour les années citées, le mot « santé » apparaît entre une et quatre fois par programme. Il est

¹⁶⁰ Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2001, COM(2001) 28 final ;

Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social et au Comité des régions, Programme législatif et de travail de la Commission pour 2003, COM (2002) 590 final/2 ;

Communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil, Programme législatif et de travail de la Commission pour 2004, COM(2003) 645 final ;

Commission européenne, communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2010, Le moment d'agir, COM(2010) 135 final ;

Commission européenne, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2016, L'heure n'est plus à une gestion conventionnelle, COM(2015) 610 final ;

Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2017, Répondre aux attentes - Pour une Europe qui protège, donne les moyens d'agir et défend, COM(2016) 710 final.

regrettable que le programme de travail de la Commission pour l'année 2000 ne soit pas répertorié ni consultable par le public puisque c'est celui qui est vraisemblablement paru juste après la demande formulée par le Conseil de l'Union européenne dans sa résolution en 1999. Peut-être n'y a-t-il pas eu de programme de travail publié cette année-là ou alors celui-ci est-il passé inaperçu du fait de l'adoption de l'Agenda 2000¹⁶¹ au même moment.

477. Dans certains programmes annuels de travail de la Commission entre 2001 et 2017, la question de la santé est présente mais n'est pas abordée d'un point de vue intersectoriel. Par exemple, le programme de l'année 2001 mentionne bien la santé, mais ne fait pas référence à l'invitation pourtant récente du Conseil de l'Union européenne dans sa résolution de 1999 : ledit programme ne signale pas les politiques pouvant impacter la santé¹⁶². Certaines politiques sont développées dans les programmes de travail, mais sans aucune allusion aux implications sanitaires qui leurs sont attachées. Par exemple, le programme de 2001 inclut la politique de l'emploi et décrit ses différents enjeux¹⁶³ mais ne mentionne pas l'enjeu de la santé au travail.

478. Cette absence de référence à l'impact que les autres secteurs de politiques peuvent avoir sur la santé pourrait s'expliquer par les autres priorités identifiées par la Commission européenne, liées à un contexte particulier. Au début des années 2000, l'une des priorités de l'Union européenne était l'arrivée de nouveaux États membres¹⁶⁴. La perspective imminente de l'élargissement sans précédent de l'Union européenne a probablement fait reculer la santé en tant que priorité dans l'agenda communautaire. De même, le contexte de menace terroriste et la nécessité de renforcer la sécurité au sein de l'Union, étaient à cette époque une préoccupation majeure¹⁶⁵. Puis, en 2004, les élections au Parlement européen et surtout le renouvellement de la Commission européenne ont pu influencer sur l'agenda politique de l'Union, ce qui peut expliquer le caractère très ciblé du programme de travail de la Commission européenne cette année-là. En 2010, la crise économique fut placée au

¹⁶¹ Commission européenne, Communication, Agenda 2000 pour une Union plus forte et plus large, 1997.

¹⁶² Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2001, *op. cit.*

¹⁶³ *ibid.*

¹⁶⁴ Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social et au Comité des régions, Programme législatif et de travail de la Commission pour 2003, *op. cit.*

¹⁶⁵ *ibid.*

premier plan dans les priorités de la Commission¹⁶⁶. À partir de 2015, le taux élevé de chômage dans l'Union européenne, l'instabilité politique dans le voisinage oriental et méridional, la crise des réfugiés et le changement climatique, ont pu inciter la Commission à recentrer son action et à privilégier un programme plus ciblé¹⁶⁷.

479. L'identification de priorités d'une autre nature n'a donc pas été favorable à l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Cela se confirme à la lecture du programme de travail de la Commission pour 2016 : « *le principe guidant l'action de la Commission reste clair : être très visible sur les grands enjeux et plus efficace dans la manière d'y répondre, et rester plus discrète sur les questions de moindre importance qui ne nécessitent pas d'action commune de l'Union européenne*¹⁶⁸ ». Il serait exagéré d'en déduire que la santé publique n'est pas pour la Commission un « *grand enjeu* » et se range parmi les questions « *de moindre importance* ».

480. Cependant, la « santé dans toutes les politiques » ne semble pas être au cœur des préoccupations de la Commission européenne dans ses programmes de travail annuels de la dernière décennie. On peut s'interroger sur le rôle qu'a pu jouer le principe de subsidiarité dans l'interprétation de l'article 168 § 1 TFUE puis de la résolution du Conseil précédemment citée. Des difficultés matérielles de mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques » ont pu également se poser au cours des travaux de la Commission européenne.

481. *In fine*, il peut donc être constaté que la Commission, dans ses programmes de travail entre 1999 et 2017, ne mentionne pas l'intégration de la santé dans toutes les politiques de l'Union européenne, et n'a donc pas réagi concrètement à l'adoption de l'article 152 ni à la demande du Conseil de l'Union européenne à ce sujet. Les travaux de recherche effectués n'ont pour l'instant pas permis d'identifier un plan de travail de la Commission pour la « santé dans toutes les politiques » tel que l'avait formulé le Conseil en 2006, ni des éléments sur les

¹⁶⁶ Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2010, Le moment d'agir, *op. cit.*

¹⁶⁷ Voir notamment Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des Régions, Programme de travail de la Commission pour 2016, *op. cit.*

¹⁶⁸ *ibid.*

secteurs présentant des implications pour la santé ou une contribution active et explicite de la part du Groupe santé publique ou encore du Parlement européen sur la question.

2°) Un échec à nuancer

482. Le constat précédent ne signifie pas que la santé soit totalement absente des programmes de travail annuels de la Commission européenne. On remarque en effet la présence implicite de la « santé dans toutes les politiques » dans les travaux de la Commission. En 2001, le programme de travail de la Commission prévoit un nouvel agenda économique et social, qui inclut le bien-être et une meilleure qualité de vie pour tous¹⁶⁹. Parmi les mesures prévues dans ce sens, figurent un Livre blanc sur la stratégie future relative aux produits chimiques qui identifiera les mesures visant à améliorer la protection de l'environnement et de la santé humaine, ainsi que des actions pour la sécurité alimentaire et pour la protection des consommateurs et de la santé publique.
483. Dans le programme pour l'année 2003, on trouve dans la troisième priorité politique le « *développement durable* » et plus particulièrement une « *économie durable et solidaire* », qui, du fait de son large champ, laisse penser que la santé peut y avoir sa place, tout comme de multiples autres enjeux mentionnés dans le document (notamment la responsabilité sociale des entreprises, la pêche...) ¹⁷⁰. Parmi les « *autres politiques intérieures* » citées dans le programme de 2003, on trouve la sécurité alimentaire et les maladies transmissibles au même titre que l'agriculture, l'environnement, les transports, l'énergie et l'immigration. Dans les annexes figurent également le terme de « *santé et sécurité au travail* » ainsi qu'une mention du programme de santé publique 2003-2008. On y trouve aussi des propos sur les « *politiques en faveur de la santé* » en lien avec l'éducation en vue de lutter contre la pauvreté, ce qui suggère que la santé est ici prise en compte comme facteur de développement, dans une perspective de recul de la pauvreté¹⁷¹. Le programme de 2003 étant le premier programme de travail à avoir été élaboré à la suite d'un dialogue préparatoire approfondi avec le Parlement européen

¹⁶⁹ Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2001, *op. cit.*

¹⁷⁰ Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social et au Comité des régions, Programme législatif et de travail de la Commission pour 2003, *op. cit.*

¹⁷¹ *ibid.*

et le Conseil, dans le cadre du cycle de planification stratégique et de programmation de la Commission, il marque le début d'une méthode de planification politique plus intégrée et plus cohérente pour l'Union européenne¹⁷². C'est pourquoi la place de la santé dans ce programme peut être vue comme d'autant plus positive et comme un pas en avant vers l'application par la Commission de la demande du Conseil de l'Union européenne de 1999.

484. En revanche, il faut souligner que si ce même programme prend très au sérieux l'importance de l'évaluation d'impact, il a ici manqué une occasion de répondre aux attentes précises du Conseil. En effet, la santé n'est pas visée explicitement dans le descriptif des analyses d'impact. Celles-ci s'appliqueront « *à toutes les propositions majeures adoptées par la Commission dans le cadre de la stratégie politique annuelle et/ou du programme de travail, qu'il s'agisse de mesures réglementaires ou d'autres propositions ayant des incidences économiques, sociales et environnementales*¹⁷³ ». Peut-être la santé pourrait-elle tout de même être prise en compte dans les évaluations, par exemple par le biais de l'impact environnemental ou social.
485. Dans le programme de l'année 2004, on peut supposer que la santé est implicitement incluse dans « *la politique sociale* », dans la mesure où l'agenda social comprend la santé au travail¹⁷⁴. Dans ce programme, la santé est aussi prise en compte dans la « *qualité de vie* », qui intègre explicitement la santé publique et l'environnement. Elle figure aussi dans les dispositions sur la protection de l'environnement puisqu'il est fait allusion au Plan d'action pour l'environnement et la santé 2004-2010. Le programme de la Commission de 2004 cite par ailleurs le Fonds mondial pour la santé, le plan d'action sur les maladies transmissibles et la santé reproductive, mais aussi la proposition de règlement relatif à la coopération en matière de protection des consommateurs et la proposition de règlement instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Il évoque également la nécessaire coordination des systèmes de sécurité sociale en vue de la libre circulation des personnes¹⁷⁵.
486. Par ailleurs, en 2004, David Byrne, le Commissaire européen pour la santé, promeut une vision proactive de la santé en Union européenne, qui implique d'anticiper les actions dans

¹⁷² *ibid.*

¹⁷³ *ibid.*

¹⁷⁴ Communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil, Programme législatif et de travail de la Commission pour 2004, *op. cit.*

¹⁷⁵ *ibid.*

les différents secteurs afin d'améliorer la santé, de façon « positive », dans la mesure où il estime que la protection de la santé ne suffit pas¹⁷⁶. Le rôle de l'Union européenne doit alors être de favoriser les échanges et les synergies entre les différentes parties prenantes¹⁷⁷. La notion de synergie rappelle ici le contenu des textes de droit international souple vus en Chapitre 1, et permet de conclure à une circulation des idées entre l'OMS et l'Union européenne.

487. En 2010, le programme annuel rappelle que « *la raison d'être de l'Union européenne est d'améliorer le bien-être de ses citoyens et de défendre leurs intérêts*¹⁷⁸ ». Il mentionne la santé à plusieurs reprises dans ses annexes, en abordant différentes questions, notamment la santé mondiale, la santé en ligne (dossiers médicaux électroniques, télémédecine), la préparation aux pandémies, les dispositifs médicaux, les essais cliniques et le système de soins. Mais ces sujets, traités par des textes tantôt juridiquement contraignants, tantôt non contraignants, ne sont pas présentés de façon intersectorielle : ils restent cloisonnés au secteur de la santé *stricto sensu*, à l'exception des questions évoquées sur la protection des travailleurs contre les risques électromagnétiques et contre les troubles musculo-squelettiques ainsi que celle de l'alimentation et de la prévention des maladies liées à l'alimentation. Il convient de souligner l'exemple intéressant de la politique de sécurité routière européenne, qui, selon l'annexe du même programme, implique la mobilisation de plusieurs secteurs, notamment la santé publique. On a donc évolué sur ce point depuis la proposition luxembourgeoise de 1991¹⁷⁹. De même, le programme de l'année 2010 contient, comme d'autres programmes annuels avant lui¹⁸⁰, un développement sur l'intégration de l'environnement dans d'autres politiques, y compris dans le secteur de la santé¹⁸¹. Il semble que la Commission a mieux assimilé l'approche intersectorielle en ce qui concerne l'environnement et la sécurité routière, que pour la santé. Un dernier exemple est la mention dans le programme 2010 de

¹⁷⁶ D. BYRNE, « European Commission, Enabling Good Health For All, A reflection process for a new EU health strategy », European Commission, 2004, 56 p.

¹⁷⁷ *ibid.*

¹⁷⁸ Commission européenne, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2010, *op. cit.*

¹⁷⁹ Voir Chapitre 2 (Partie 1).

¹⁸⁰ Notamment le programme de 2001, et celui de 2004 : implicitement à travers les analyses d'impact.

¹⁸¹ Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2010, *op. cit.*, et son annexe p. 13.

la directive n° 94/25/CE relative aux bateaux de plaisance dont le but est d'améliorer les émissions sonores et gazeuses des bateaux de plaisance et de mieux protéger la santé humaine et l'environnement tout en limitant les coûts de mise en conformité résultant des différences de normes d'émissions entre juridictions. On peut ici parler de prise en compte de la santé dans un secteur commercial, à savoir celui des bateaux de plaisance.

488. Dans le programme annuel de l'année 2016, la présence de la « *santé et sécurité au travail* » dès la quatrième page du document est à souligner¹⁸². Parmi les dix priorités définies par le Président Juncker au début du mandat de la Commission figurent l'emploi, la croissance et l'investissement, ce qui inclut selon lui un « *environnement sain* », une notion par définition intersectorielle. En revanche, d'autres sujets de santé évoqués dans ce programme, comme le défi de la résistance aux agents antimicrobiens et l'amélioration du fonctionnement du marché unique des produits de santé, semblent plutôt être perçus comme exclusifs à un secteur¹⁸³.

489. Un exemple tiré du programme de 2017 confirme l'abstention de la Commission européenne vis-à-vis de la nécessité de signaler les mesures impactant la santé, bien que cette tendance puisse être vue comme moins significative plus de quinze ans après la demande du Conseil. La Commission entend prendre des « *initiatives visant à régler les problèmes d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée rencontrés par les familles qui travaillent* », initiatives incluant une analyse d'impact¹⁸⁴. Ici, il semble évident que l'impact sur la santé mentale des travailleurs entre dans le cadre du sujet sur la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle, mais cet aspect sanitaire n'est pas mentionné explicitement par la Commission. Celle-ci a une nouvelle fois manqué une occasion de signaler dans son programme les mesures impactant la santé.

¹⁸² Commission européenne, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2016, *op. cit.*

¹⁸³ *ibid.*

¹⁸⁴ Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2017, *op. cit.*, et son Annexe 1 p. 5.

Conclusion du Chapitre 3

490. Dans les années qui suivent l'adoption de l'article 129 du Traité de Maastricht, l'effectivité de la règle d'intégration de la santé dans les autres politiques et actions de la Communauté est déjà une préoccupation importante au sein des institutions européennes. Le Conseil s'inquiète particulièrement du plein effet de l'article 129 et appelle maintes fois la Commission à agir sur cette question. Cependant, à la lecture des échanges entre ces deux institutions, on constate dès la fin des années 1990 un manque de reconnaissance du principe, et bien que cette faiblesse soit identifiée et déplorée, rien n'est fait par l'exécutif européen pour la combler efficacement.

Chapitre 4. Un rôle figuratif dans la jurisprudence de l'Union européenne

491. Après avoir retracé l'émergence de l'approche « santé dans toutes les politiques » en droit international souple (Chapitre 1), nous avons étudié l'entrée progressive de cette approche en droit de l'Union européenne, au moyen d'une étude approfondie de la réflexion et de la volonté du législateur européen, dans la préparation et l'adoption des traités (Chapitre 2). Nous avons ensuite cherché à savoir comment le pouvoir exécutif de l'Union européenne s'est approprié l'approche « santé dans toutes les politiques » et comment il l'a mise en œuvre (Chapitre 3). Il convient à présent d'étudier comment la norme prévoyant l'intégration de la santé de façon transversale dans les autres politiques et actions européennes est mise en œuvre dans la jurisprudence de l'Union européenne.
492. Pour ce faire, nous avons procédé à une recherche systématique des jurisprudences de la Cour de justice et du Tribunal de l'Union européenne contenant les articles suivants dans les motifs : « 129, paragraphe 1 », « 152, paragraphe 1 » (Traité CE) ou « 168, paragraphe 1 » (TFUE), ainsi que l'article 9 TFUE et l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux. Afin de désigner ce corpus de textes consacrant tous la même règle d'intégration de la santé dans les autres actions et politiques de l'Union, nous aurons recours à l'expression du Professeur Brosset qui la considère comme « *le principe général dit « d'intégration »*¹ », reconnu aussi, en droit de l'Union européenne, dans les domaines de l'environnement et de la protection des consommateurs notamment.
493. Cette recherche a abouti à un corpus d'une cinquantaine d'arrêts, ce qui est très peu et reflète la faible utilisation, dans la jurisprudence de l'Union européenne, du principe d'intégration de la santé pourtant consacré par les traités. Cette cinquantaine d'arrêts représente en effet une proportion infinitésimale de la jurisprudence européenne et montre ainsi le peu de

¹ E. BROSSET, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *Revue trimestrielle de droit européen* 2015, p. 737.

reconnaissance de ce principe par le juge de l'Union. En recherchant plus largement les décisions du juge européen qui portent sur la santé et une autre politique, telle que celle de la pêche ou celle des transports, les résultats sont, sans surprise, beaucoup plus abondants, mais le principe d'intégration qui nous intéresse ici n'y est pas appliqué explicitement. Si l'on adopte une démarche analogue en ce qui concerne le droit dérivé de l'Union européenne, les résultats sont tout aussi faibles : le principe d'intégration de la santé apparaît rarement². Par exemple, le règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires³ ne contient pas de référence aux articles 168, 152 ou 129, mais parle du « *niveau élevé de protection de la santé* », que l'on peut sans doute plutôt rattacher à l'obligation de l'article 169 du Traité de Rome qui porte sur la protection des consommateurs.

494. Paradoxalement, le principe d'intégration de la santé et ses fondements textuels – en particulier l'article 168 § 1 TFUE – ont une faible représentativité dans la jurisprudence de l'UE ; mais le principe d'intégration et de protection de la santé irrigue un champ bien plus large de la jurisprudence européenne. L'ensemble d'arrêts évoqué permet de dégager le champ d'application du principe (Section 1). Dans un second temps, l'étude de ce corpus alors enrichi d'arrêts évoquant le principe d'intégration de la santé sans systématiquement citer les articles des traités permet de mettre en lumière ses conditions de mise en œuvre (Section 2).

² Une recherche par mots-clés sur le logiciel Eur-Lex, sur la présence de l'article 168 § 1 TFUE dans le texte (et non dans le titre) a donné très peu de résultats ; les mêmes recherches pour l'article 152 TCE et pour l'article 129 du traité de Maastricht n'ont donné aucun résultat.

Nous retiendrons deux exemples :

La directive (UE) n° 2018/958 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions souligne qu' « *en ce qui concerne la protection de la santé publique, conformément à l'article 168, paragraphe 1, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. La présente directive est pleinement conforme à cet objectif* ».

La directive n° 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers mentionne l'article 168 § 1 TFUE uniquement en début de texte, en guise de rappel.

³ Règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires, modifiant les règlements (CE) n° 1924/2006 et (CE) n° 1925/2006 du Parlement européen et du Conseil et abrogeant la directive n° 87/250/CEE de la Commission, la directive n° 90/496/CEE du Conseil, la directive n° 1999/10/CE de la Commission, la directive n° 2000/13/CE du Parlement européen et du Conseil, les directives n° 2002/67/CE et n° 2008/5/CE de la Commission et le règlement (CE) n° 608/2004 de la Commission.

Section 1. Le champ d'application limité du principe d'intégration de la santé

495. L'article 168 § 1 TFUE⁴ – et ses prédécesseurs, les articles 129 puis 152 TCE – sont succincts et donnent peu d'indices sur le champ d'application réel du principe d'intégration de la santé dans les autres politiques et actions de l'Union européenne. Les articles 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne⁵ et 9 TFUE⁶ – lesquels, comme nous l'avons vu, font écho à l'article 168 – sont eux aussi utilisés dans la jurisprudence comme fondement pour le principe d'intégration de la santé, mais plus rarement. L'article 9 du TFUE semble être interprété davantage comme l'affirmation du caractère « *d'objectif d'intérêt général* » attribué à la protection de la santé, que comme celle d'une obligation à la prendre en compte de façon transversale dans toutes les politiques et actions de l'Union européenne⁷. En l'absence de détails dans les textes, il convient de préciser, à l'aide de la jurisprudence, le champ d'application personnel (§ 1) et le champ d'application matériel (§ 2) du principe d'intégration de la santé en droit de l'Union européenne.

§ 1) Le champ d'application personnel

496. La mise en œuvre de l'article 168 § 1 TFUE pose automatiquement la question de son application : à qui cette obligation de prendre en compte la santé « *dans toutes les actions et politiques de l'Union* » s'adresse-t-elle ? Les institutions de l'Union sont-elles les seules visées ? Les États membres doivent-ils eux aussi, par ricochet, tenir compte de ce principe

⁴ Article 168 § 1 TFUE : « *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* ».

⁵ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, article 35 : « *Protection de la santé : Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union* ».

⁶ TFUE, article 9 : « *Dans la définition et la mise en œuvre de ses politiques et actions, l'Union prend en compte les exigences liées à la promotion d'un niveau d'emploi élevé, à la garantie d'une protection sociale adéquate, à la lutte contre l'exclusion sociale ainsi qu'à un niveau élevé d'éducation, de formation et de protection de la santé humaine* ».

⁷ On le voit notamment aux propos de la Cour dans son arrêt du 06/09/2012, *Deutsches Weintor eG contre Land Rheinland-Pfalz*, n° C-544/10, ECLI:EU:C:2012:526, Rec. num. : « *La Cour a déjà reconnu, à plusieurs reprises, que des mesures limitant les possibilités de publicité pour des boissons alcooliques et cherchant ainsi à lutter contre l'abus d'alcool répondent à des préoccupations de santé publique et que la protection de cette dernière constitue, comme cela résulte également de l'article 9 TFUE, un objectif d'intérêt général de nature, le cas échéant, à justifier une restriction à une liberté fondamentale* ».

d'intégration de la santé ? Qu'en est-il des acteurs privés tels que les industriels et entreprises commerciales ? Par ailleurs, qui invoque le plus ce principe et dans quelles circonstances ? Le développement suivant offre une première analyse de ces questions au regard de la jurisprudence existante. Il permet de constater que le principe étudié est introduit dans les décisions de justice principalement par le juge européen lui-même (A), et qu'il est peu invoqué par les États membres et par les particuliers à l'encontre des institutions de l'Union (B).

A) Un principe soulevé la plupart du temps par le juge européen

497. En ce qui concerne l'application du principe d'intégration de la santé, le juge européen s'est montré cohérent dès les premiers signes d'apparition, puis avec l'inscription dudit principe au sein du Traité de Maastricht et sa modification par le Traité d'Amsterdam en 1997 (1°). Il s'inscrit dans la même logique dans ses arrêts rendus à partir de l'adoption de l'article 168 § 1 TFUE en 2007 (2°).

1°) La situation depuis l'origine du principe jusqu'au Traité d'Amsterdam

498. Deux arrêts antérieurs à l'adoption officielle, dans les traités européens, du principe d'intégration de la santé donnent des éléments intéressants sur le positionnement du juge de l'Union européenne vis-à-vis de cette question qui déjà, nous l'avons vu dans le chapitre précédent, émergeait au sein des institutions communautaires dans les années 1980.

499. L'arrêt de la CJUE, du 23 février 1988, *Royaume-Uni contre Conseil*, dit « affaire des hormones⁸ » et l'arrêt de la même date dit « des poules pondeuses⁹ » méritent d'être retenus ici pour les propos de la Cour suivants : « *La poursuite des objectifs de la politique agricole commune [...]*

⁸ CJCE, 23/02/1988, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Conseil des Communautés européennes*, n° C-68/86, ECLI:EU:C:1988:85, Rec. 855. Voir à ce sujet notamment C. BLUMANN, « L'affaire des hormones devant la Cour de justice des Communautés européennes », *Revue de droit rural* 1988, p. 505-513 ; R. BARENTS, « Hormones and the Growth of Community Agricultural Law: Some Reflections on the Hormones Judgment (Case 68/86) », *Legal Issues of European Integration* 1988, n° 1, p. 1-19 ; J. BRIDGE, *Common Market Law Review* 1988, p. 733-742 ; V. CONSTANTINESCO, « Chronique de jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes. Institutions et ordre juridique communautaire », *Journal du droit international* 1989, p. 392-395.

⁹ CJCE, 23/02/1988, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Conseil des Communautés européennes*, n° C-131/86, ECLI:EU:C:1988:86, Rec. 905. Voir là aussi J. BRIDGE, *Common Market Law Review* 1988, *op. cit.* et V. CONSTANTINESCO, « Chronique de jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes. Institutions et ordre juridique communautaire », *op. cit.*

ne saurait faire abstraction d'exigences d'intérêt général telles que la protection des consommateurs ou de la santé et de la vie des personnes et des animaux, exigences dont les institutions communautaires doivent tenir compte en exerçant leurs pouvoirs¹⁰ ». Le Professeur Petit y voit une interprétation extensive des objectifs de la Politique agricole commune (PAC)¹¹, grâce à la jurisprudence « évolutionniste¹² » de la Cour et son choix d'une méthode téléologique. Il note que l'article 39 du Traité CE¹³ a été adopté « à une époque où l'environnement n'était pas une préoccupation de premier plan », ce qui explique qu'il ne contienne « que des objectifs reposant sur une approche économique, sociale et productiviste et ignorant la dimension écologique¹⁴ ». On retiendra surtout, dans le passage commun aux arrêts du 23 février 1988, que la Cour considérait, même avant l'adoption de l'article 129 du Traité de Maastricht, qu'il revient aux institutions communautaires de tenir compte d'exigences transversales telles que la protection de la santé.

¹⁰ L'arrêt *KYDEP* (CJCE, 15/09/1994, *KYDEP contre Conseil et Commission*, n° C-146/91, ECLI:EU:C:1994:329, Rec. I. 4199), fait écho à ces décisions : « le Conseil dispose d'un large pouvoir d'appréciation dans la réalisation des différents buts énumérés à l'article 39 [...]. Dans le cadre de l'exercice de ce pouvoir, le Conseil ne saurait cependant faire abstraction d'exigences d'intérêt général telles que la protection des consommateurs ou de la santé et de la vie des personnes ». Cet arrêt de 1994 ne cite pas l'article 129 adopté en 1992 lors du Traité de Maastricht, mais l'on peut considérer que l'exigence « d'intérêt général » liée à la santé est désormais éclairée par cet article, et se comprend donc dans un sens transversal. Cette intuition se confirme d'ailleurs à la lecture d'un arrêt de la Cour de 2015 : CJUE, 17/12/2015, *Neptune Distribution SNC contre Ministre de l'Économie et des Finances*, n° C-157/14, ECLI:EU:C:2015:823, Rec. num., lequel énonce : « la protection de la santé humaine [...] à un niveau élevé », telle que prévue notamment par l'article 168 § 1 TFUE, est un « des objectifs légitimes d'intérêt général mis en œuvre par le droit de l'Union ».

¹¹ Y. PETIT, « Agriculture, Portée des objectifs de la PAC », Répertoire de droit européen 2002 (Décembre).

¹² Selon le terme qu'il emprunte au doyen Claude BLUMANN.

¹³ Article 39 : « La politique agricole commune a pour but :

- a) d'accroître la productivité de l'agriculture en développant le progrès technique, en assurant le développement rationnel de la production agricole ainsi qu'un emploi optimum des facteurs de production, notamment de la main-d'œuvre,
- b) d'assurer ainsi un niveau de vie équitable à la population agricole, notamment par le relèvement du revenu individuel de ceux qui travaillent dans l'agriculture,
- c) de stabiliser les marchés,
- d) de garantir la sécurité des approvisionnements,
- e) d'assurer des prix raisonnables dans les livraisons aux consommateurs.

2. Dans l'élaboration de la politique agricole commune et des méthodes spéciales qu'elle peut impliquer, il sera tenu compte :

- a) du caractère particulier de l'activité agricole, découlant de la structure sociale de l'agriculture et des disparités structurelles et naturelles entre les diverses régions agricoles,
- b) de la nécessité d'opérer graduellement les ajustements opportuns,
- c) du fait que, dans les États membres, l'agriculture constitue un secteur intimement lié à l'ensemble de l'économie ». (version en vigueur au 29/04/2020).

¹⁴ Y. PETIT, « Agriculture, Portée des objectifs de la PAC », *op. cit.*

500. Un autre arrêt est révélateur pour notre propos. Il s'agit de l'arrêt « vache folle » de la CJCE, adopté dix ans plus tard, le 5 mai 1998¹⁵ : il est considéré par la Commission comme une décision ayant éclairé « *les obligations des institutions communautaires concernant l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé fixées à l'article 129*¹⁶ ». Dans son rapport sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé paru en 1999, la Commission explique en quoi cet arrêt souligne le rôle que doit jouer la Cour de justice pour évaluer la façon dont l'obligation prévue à l'article 129 est mise en œuvre. En l'espèce, il s'agit d'une application dans le cadre de la PAC. Parmi les moyens avancés par le Royaume-Uni, partie requérante, le septième était tiré de la violation de l'article 39 § 1 du traité. Le Royaume-Uni estimait que la décision n° 96/239/CE de la Commission du 27 mars 1996 relative à certaines mesures d'urgence en matière de protection contre l'encéphalopathie spongiforme bovine n'était justifiée par aucun des objectifs de la PAC énoncés à l'article 39 § 1. Selon le Royaume-Uni, « *loin de contribuer à l'accroissement de la productivité de l'agriculture ou à assurer un niveau de vie équitable à la population agricole, la décision a créé un dommage au détriment des opérateurs du secteur du bœuf et des secteurs connexes au Royaume-Uni, a déstabilisé le marché de la Communauté et, puisqu'il est impossible de fournir les produits visés dans les autres États membres, a empêché d'assurer des prix raisonnables aux consommateurs*¹⁷ ». Face au Royaume-Uni, la Commission plaidait que « *la protection de la santé animale et publique fait partie intégrante de la politique agricole commune et que la santé publique est une question d'importance majeure. D'ailleurs, aucun des objectifs énoncés à l'article 39, paragraphe 1, ne peut être atteint sans le degré nécessaire de confiance du consommateur et sans les contrôles nécessaires de la santé publique*¹⁸ ».

501. En réponse à cela, la Cour considère en effet que « *selon l'article 129, paragraphe 1, troisième alinéa, du Traité CE, les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté et [...] selon la jurisprudence de la Cour, la poursuite des objectifs de la politique agricole commune ne saurait faire abstraction d'exigences d'intérêt général telles que la protection des consommateurs ou de la santé et de la vie des personnes et des animaux, exigences dont les institutions communautaires*

¹⁵ CJCE, 05/05/1998, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96, ECLI:EU:C:1998:192, Rec. I. 2265, voir les pages suivantes pour plus de détails.

¹⁶ Commission des Communautés européennes, Quatrième rapport sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, COM(1999)587 final, 16/11/1999.

¹⁷ CJCE, 05/05/1998, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96, *op. cit.*

¹⁸ *ibid.*

doivent tenir compte en exerçant leurs pouvoirs¹⁹ ». Elle tranche la question en jugeant que « la protection de la santé contribue à la réalisation des objectifs de la politique agricole commune visés à l'article 39, paragraphe 1, du traité, notamment lorsque la production agricole est immédiatement dépendante de son écoulement auprès de consommateurs de plus en plus soucieux de leur santé²⁰ ». Elle conclut qu'en adoptant la décision attaquée, la Commission n'a pas violé l'article 39 § 1 du traité.

502. Par ailleurs, dans le même rapport de 1999, la Commission estimait en outre que c'est à elle-même, ainsi qu'aux autres institutions communautaires et aux États membres que revient l'intérêt « de faire apparaître clairement comment les exigences sanitaires sont inscrites dans les politiques ou les actions communautaires et comment elles sont ensuite mises en œuvre pour veiller à ce que les obligations soient respectées²¹ ». C'est, à notre sens, une des rares fois où le rôle des États membres dans l'intégration de la santé dans les autres politiques et actions est mentionné.
503. Dans ce même contexte, en ce qui concerne cette fois une ordonnance relative à la demande de sursis à exécution du Royaume-Uni concernant l'interdiction d'exportation du bétail et de produits connexes dans le contexte de l'ESB, la Commission estime, dans son rapport du 27 janvier 1998²², que « l'importance que revêt l'intégration des exigences en matière de santé dans d'autres politiques afin de garantir un niveau élevé de la santé humaine a été confirmée par la Cour de justice » dans ladite ordonnance²³.
504. Le Tribunal de première instance des Communautés européennes va dans le même sens dans son arrêt du 11 septembre 2002, *Pfizer Animal Health SA contre Conseil de l'Union européenne*, soulignant qu'« ainsi qu'il est prévu à l'article 129, paragraphe 1, troisième alinéa, du Traité CE (devenu, après modification, article 152 CE) et conformément à une jurisprudence constante²⁴ [...], les

¹⁹ Elle fait, ce faisant, référence à son arrêt du 23/02/1988, CJCE, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Conseil des Communautés européennes*, n° C-68/86, *op. cit.*, point 12, ainsi qu'à celui de la même date : CJCE, 23/02/1988, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Conseil des Communautés européennes*, n° C-131/86, *op. cit.*

²⁰ CJCE, 05/05/1998, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96, *op. cit.*

²¹ Commission des Communautés européennes, Quatrième rapport sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, *op. cit.*

²² Commission des Communautés européennes, Troisième rapport au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, COM(1998) 34 final, 27 janvier 1998, p. 7.

²³ CJCE, 12/07/1996, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96 R, ECLI:EU:C:1996:308, Rec. I-03903.

²⁴ CJCE, 15/09/1994, *KYDEP contre Conseil et Commission*, n° C-146/91, *op. cit.*

exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté et doivent dès lors être prises en compte dans la mise en œuvre de la politique agricole commune par les institutions communautaires²⁵ ».

505. De même, dans deux arrêts du 12 juillet 2005, *Alliance for natural health e. a.* et *National association of health stores*, la Cour tient compte de « l'obligation pour le législateur communautaire de garantir un niveau élevé de protection de la santé des personnes²⁶ ».

2°) La situation à partir de l'adoption du TFUE

506. En 2010, la Cour rend l'arrêt *Gowan Comercio Internacional e Serviços Lda*²⁷, dans le cadre duquel un tribunal administratif italien lui a posé la question préjudicielle suivante : « La directive 2006/134/CE qui a significativement limité l'usage du fénarimol est-elle valide compte tenu du fait que le résultat de l'évaluation technico-scientifique conduite par l'État rapporteur semblerait conclure que le risque découlant de cet usage est acceptable ? ». La réponse de la Cour confirme ici que l'obligation contenue dans l'article 168 § 1 TFUE pèse sur « les institutions de l'Union²⁸ ». En effet, pour répondre à la question préjudicielle, la Cour précise, au sujet de la violation des principes de précaution et de proportionnalité, qu'« ainsi qu'il est prévu à l'article 168 TFUE, les exigences en matière de protection de la santé humaine sont une composante de toutes les politiques et actions de l'Union et doivent dès lors être prises en compte dans la mise en œuvre de la politique agricole commune par les institutions de l'Union²⁹ ».

507. La Cour précise également un point important pour notre étude dans son arrêt du 11 juillet 2013³⁰ portant sur l'évolution des connaissances pouvant donner lieu à

²⁵ TPICE, 11/09/2002, *Pfizer Animal Health SA contre Conseil de l'Union européenne*, n° T-13/99, ECLI:EU:T:2002:209, Rec. II-03305.

²⁶ CJCE, 12/07/2005, *Alliance for natural health e.a.*, n° C-154/04, ECLI:EU:C:2005:449, Rec. I-06451 et CJUE, 12/07/2005, *National Association of Health Stores e.a.*, n° C-155/04, ECLI:EU:C:2004:848, Rec. II-04797 (aff. jointes).

²⁷ CJUE, 22/12/2010, *Gowan Comercio Internacional e Serviços*, n° C-77/09, ECLI:EU:C:2010:803, Rec. I-13533. Voir notamment S. ROSET, « Chronique de jurisprudence 2010 de la Cour de justice de l'Union européenne (1^{ère} partie). Principe de précaution et autorisation de mise en marché des produits phytopharmaceutiques », *Revue de droit rural* 2011, n° 396, p. 20-21.

²⁸ *ibid.*

²⁹ *ibid.*

³⁰ CJUE, 11/07/2013, *République française contre Commission européenne*, n° C-601/11 P, ECLI:EU:C:2013:465, Rec. num. Voir notamment S. ROSET, « Principe de précaution et évaluation des risques. Suite et fin du contrôle de la légalité des mesures assouplissant la lutte contre les encéphalopathies spongiformes transmissibles dans les troupeaux ovins et caprins : quelques précisions sur la place de l'acceptabilité des risques dans la mise en œuvre du principe de précaution », *Europe* 2013, Octobre, n° 10, p. 29-30 ; D. GADBIN, « Principe

l'assouplissement de mesures de protection contre l'ESB. Y est abordée la question du respect de l'article 168 § 1 (anciennement 152 § 1 CE) par la Commission, qui a pris le règlement ayant conduit au litige. Les encéphalopathies spongiformes transmissibles (EST) sont des maladies neurodégénératives qui affectent les animaux et les humains et dont l'évolution est lente et l'issue fatale. Parmi les EST pouvant affecter les ovins, les caprins ou les bovins, l'ESB est transmissible à l'homme, et pourrait théoriquement infecter également les ovins et les caprins dans des conditions naturelles. De ce fait, plusieurs mesures pour la prévention et l'éradication des EST chez les ovins et les caprins ont été introduites dans la législation de l'Union, en particulier le règlement n° 999/2001 du 22 mai 2001 qui rassemble au sein d'un même texte l'ensemble des dispositions existantes en matière de lutte contre les EST³¹.

508. Ce règlement a été modifié plusieurs fois entre les années 2001 et 2008. Ces modifications ont notamment porté sur des mesures de lutte contre les EST chez les ovins et les caprins eu égard à l'évolution des connaissances scientifiques en matière d'EST. En 2005, le premier cas d'infection par l'ESB d'un petit ruminant dans des conditions naturelles a été confirmé en France. Un programme de surveillance accrue des caprins a été mis en place. Le 15 juillet 2005, la Commission européenne a adopté la communication intitulée « Feuille de route pour les EST », annonçant son intention de proposer de nouvelles mesures visant à assouplir les règles d'éradication en vigueur pour les petits ruminants en tenant compte des nouveaux instruments de diagnostic disponibles et en maintenant le niveau actuel de protection des consommateurs³². La Commission était d'avis que, lorsque l'ESB était exclue, il n'y avait plus de risque pour la santé publique et qu'un abattage de la totalité du cheptel apparaissait disproportionné par rapport aux enjeux liés à la protection de la santé publique. Dans un avis du 15 mai 2006, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments

de précaution et assouplissement des mesures à prendre en présence d'EST chez les ovins et caprins », *Revue de droit rural* 2014, n° 419, p. 54-56.

³¹ Ce règlement prévoit des mesures concernant les animaux qui sont suspectés d'avoir été infectés par une EST et des mesures à suivre en cas de constatation de la présence d'une EST chez des animaux, y compris la destruction des animaux à risque ; il impose à chaque État membre de mettre en place un programme annuel de surveillance des EST qui se fait notamment sur la base d'un dépistage à l'aide de tests dits « rapides » portant sur des échantillons de la population d'ovins et de caprins. Les tests rapides permettent d'identifier dans un laps de temps réduit l'existence d'une EST, mais non pas de déterminer son type, à savoir l'ESB, la tremblante classique ou la tremblante atypique. Lorsque les résultats de ces tests rapides sont positifs, le tronc cérébral subit des examens de confirmation dans un laboratoire de référence. Lorsque, à la suite de ces tests, l'ESB ne peut pas être exclue, ces tests sont complétés par des tests biologiques effectués sur des souris vivantes.

³² Commission européenne, Feuille de route pour les EST, COM(2005) 322 final, 15 juillet 2005.

(AFSSA) s'était opposée à la proposition de la Commission d'assouplir la politique d'abattage afin de permettre une mise à la consommation humaine de viande d'animaux issus de cheptels de petits ruminants infectés par la tremblante³³. La Commission a néanmoins procédé à la modification du règlement.

509. Le règlement n° 999/2001 autorise « *la mise à la consommation humaine, d'une part, de la viande de petits ruminants âgés de plus de 18 mois qui font partie d'un cheptel au sein duquel un cas d'EST, qui n'est pas de l'ESB, a été détecté et qui, pour ceux qui sont abattus immédiatement ou dans les deux années qui suivent la détection du dernier cas d'EST, ont été soumis à un test rapide dont le résultat est négatif et, d'autre part, de la viande de petits ruminants qui sont âgés de 3 à 18 mois et qui font partie d'un cheptel au sein duquel un cas d'EST, qui n'est pas de l'ESB, a été détecté, sans qu'ils soient soumis à des tests rapides*³⁴ ».
510. Dans ce contexte, la République française a formé un recours devant le Tribunal de l'Union européenne tendant à l'annulation partielle du règlement (CE) n° 746/2008 de la Commission, du 17 juin 2008, modifiant l'annexe VII du règlement (CE) n° 999/2001. Le Tribunal a rejeté sa demande³⁵. La France a alors formé un pourvoi devant la Cour de justice de l'Union européenne, demandant l'annulation de l'arrêt du Tribunal de l'Union européenne du 9 septembre 2011³⁶. Elle contestait les points 2.3, sous b), iii), et sous d), ainsi que 4 du chapitre A de l'annexe VII du règlement n° 999/2001.
511. Dans cette affaire, à la lecture des ordonnances du Tribunal de première instance des Communautés européennes en tant que juge des référés, du 28 septembre 2007 et du 30 octobre 2008, puis du jugement du Tribunal de 2011 et de l'arrêt de la Cour de 2013, il semble que la France n'ait pas invoqué nommément l'article 152 § 1 mais seulement « *le principe de précaution* ». On considère donc ici que c'est le juge qui a introduit l'article 152 § 1 dans le raisonnement lié à ce litige, notamment sur la base du fait que le Tribunal présente

³³ Agence française de sécurité sanitaire des aliments, Avis relatif aux évolutions de la réglementation communautaire proposées par la feuille de route pour les encéphalopathies spongiformes transmissibles (EST), 15 mai 2006, Saisine n° 2005-SA-0291.

³⁴ CJUE, 11/07/2013, *République française contre Commission européenne*, n° C-601/11 P, *op. cit.*

³⁵ TUE, 09/09/2011, *République française contre Commission européenne*, n° T-257/07, ECLI:EU:T:2011:444, II-05827.

³⁶ CJUE, 11/07/2013, *République française contre Commission européenne*, n° C-601/11 P, *op. cit.*

cet article dans ses considérations de principe sur « *la protection de la santé humaine* » puis sur « *le principe de précaution*³⁷ ».

512. Parmi les moyens avancés par la France, nous en retiendrons un seul ici, dans la mesure où il nous éclaire sur le champ d'application personnel du principe d'intégration de la santé (en l'espèce il s'agissait encore de l'article 152 § 1 CE). Il s'agit de la première branche du quatrième moyen, qui porte sur une erreur de droit tenant à la violation de l'article 24 bis du règlement n° 999/2001 et du principe de précaution. L'article 24 bis du règlement en cause dispose : « *Les décisions à adopter conformément à l'une des procédures visées à l'article 24 sont fondées sur une évaluation appropriée des risques potentiels pour la santé humaine et animale et, en tenant compte des preuves scientifiques existantes, maintiennent, ou si cela est justifié du point de vue scientifique, augmentent le niveau de protection de la santé humaine et animale assuré dans [l'Union]* ».

La France soutient que l'article 24 bis pose une exigence supplémentaire par rapport à l'article 152 § 1 CE. Elle estime par conséquent que le Tribunal a eu tort de se limiter à considérer que les mesures adoptées par la Commission en vertu de cette dernière disposition assuraient un niveau élevé de protection de la santé humaine. La France considère que le Tribunal a commis une erreur de droit en considérant dans son arrêt³⁸ que la Commission n'avait pas violé les dispositions de l'article 24 bis du règlement n° 999/2001 dès lors qu'elle avait respecté l'obligation contenue dans l'article 152 § 1 CE.

La Cour écarte la première branche du quatrième moyen en énonçant :

« *Quant à la question de savoir si le Tribunal a commis une erreur de droit en considérant [...] que l'article 24 bis du règlement n° 999/2001 ne faisait que transcrire l'obligation contenue dans l'article 168, paragraphe 1, premier alinéa, TFUE, [...] il y a lieu d'observer à cet égard que le Tribunal mentionne, certes [...] l'obligation des institutions de garantir un niveau élevé de protection de la santé publique, de la sécurité et de l'environnement, ce qui peut donner l'impression, ainsi que le soutient la République française, que le Tribunal se contente de vérifier si les mesures contestées respectent l'obligation contenue à l'article 168, paragraphe 1, premier alinéa, TFUE. Cependant, il ressort clairement [...] de l'arrêt attaqué que le Tribunal interprète l'article 24 bis du règlement n° 999/2001 en prenant dûment en compte l'obligation de maintenir le niveau de protection de la santé humaine assuré dans l'Union*³⁹ ».

³⁷ TUE, 09/09/2011, *République française contre Commission européenne*, n° T-257/07, *op. cit.*

³⁸ Aux points 249 et 250.

³⁹ CJUE, 11/07/2013, *République française contre Commission européenne*, n° C-601/11 P, *op. cit.*

513. La Cour a par ailleurs considéré, dans une ordonnance du 17 juillet 2014⁴⁰, au sujet de questions préjudicielles portant sur l'interprétation de l'article 168 TFUE, de l'article 33 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, lu en combinaison avec l'article 6 § 3 TUE, ainsi que de l'article 35 de la Charte⁴¹, que « l'article 168 TFUE, qui a trait à la compétence de l'Union dans le domaine de la santé publique, n'édicte, à la charge des États membres, aucune obligation relative à la vaccination des enfants mineurs qui pourrait être invoquée pour faire examiner la conformité de mesures nationales avec le droit de l'Union⁴² ». Dans ce litige opposant Mme Široká à l'Office pour la santé publique de la République slovaque au sujet du refus de celle-ci de respecter l'obligation prévue par la réglementation nationale de faire vacciner son enfant mineur contre certaines maladies, le juge européen se sert notamment de l'article 168 TFUE pour décliner sa compétence sur les questions posées, et rappelle par la même occasion que l'article 168 concerne la compétence de l'Union européenne, mais n'édicte pas d'obligation à l'égard des États membres.

⁴⁰ CJUE, 17/07/2014, *Milica Široká contre Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky*, n° C-459/13, ECLI:EU:C:2014:2120, Rec. num.

⁴¹ Les questions préjudicielles posées par le juge slovaque étaient les suivantes :

« 1) L'article 35 de la [Charte] doit-il être interprété dans le sens de la tradition juridique européenne selon laquelle tout titulaire du droit conféré par cet article peut choisir d'accéder ou non à la prévention en matière de santé et bénéficier de soins médicaux, indépendamment des conditions requises par les lois ou les procédures nationales, ou en ce sens que l'intérêt public à ce que soit assuré un niveau élevé de protection de la santé des citoyens européens ne permet pas à un particulier d'effectuer un tel choix ?

2) L'article 168 [TFUE], et notamment ses paragraphes 1 et 4, sous c), doit-il être interprété en ce sens que l'objectif poursuivi par l'Union consistant notamment en la prévention des maladies et affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale ne permet pas à un citoyen européen de refuser une vaccination dite obligatoire, dès lors que, ce faisant, il représenterait une menace pour la santé publique ?

3) La responsabilité des parents – au sens de l'article 33 de la [Charte], lu conjointement avec l'article 6, paragraphe 3, [TUE], qui concerne notamment le principe d'harmonisation des traditions constitutionnelles communes – qui prodiguent des soins de manière autonome à leurs enfants mineurs l'emporte-t-elle sur l'intérêt public que constitue la protection de la santé ?

La Cour se déclare incompétente pour répondre à ces trois questions : « la Cour a exclu sa compétence lorsqu'il est manifeste que la disposition du droit de l'Union soumise à l'interprétation de la Cour ne peut trouver à s'appliquer [...]. Tel est le cas en l'espèce en ce qui concerne l'article 168 TFUE. Il s'ensuit que la Cour n'est manifestement pas compétente pour répondre à la deuxième question posée par la juridiction de renvoi. » ; « Quant aux première et troisième questions posées par la juridiction de renvoi, elles portent respectivement sur l'interprétation des articles 35 et 33 de la Charte, ce dernier lu en combinaison avec l'article 6, paragraphe 3, TUE. À cet égard, il convient de rappeler que le champ d'application de la Charte, pour ce qui est de l'action des États membres, est défini à l'article 51, paragraphe 1, de celle-ci, aux termes duquel les dispositions de la Charte s'adressent aux États membres uniquement lorsqu'ils mettent en œuvre le droit de l'Union [...]. Lorsqu'une situation juridique ne relève pas du champ d'application du droit de l'Union, la Cour n'est pas compétente pour en connaître et les dispositions éventuellement invoquées de la Charte ne sauraient, à elles seules, fonder cette compétence [...] Il résulte de tout ce qui précède que la Cour est manifestement incompétente pour répondre aux questions posées par le Najvyšší súd Slovenskej republiky ».

⁴² CJUE, 17/07/2014, *Milica Široká contre Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky*, n° C-459/13, op. cit.

514. Bien que ce soit le juge européen lui-même qui ait le plus souvent recours au principe d'intégration de la santé sans que les parties ne l'aient invoqué elles-mêmes, il garde à l'esprit, dans son analyse, la liberté dont disposent les institutions de l'Union pour mettre en œuvre ce principe. Le Tribunal l'a rappelé dans un arrêt du 11 février 2015⁴³ : « *les institutions de l'Union jouissent d'un large pouvoir d'appréciation dans la mise en œuvre des mesures à prendre pour la protection de la santé humaine* » - tout comme pour la définition des objectifs poursuivis et le choix des instruments d'action appropriés en matière de PAC. Ce large pouvoir d'appréciation signifie que le juge de l'Union effectue un contrôle limité : il se borne à examiner la présence d'une erreur manifeste de la part des institutions, d'un détournement de pouvoir ou encore d'un dépassement, par les institutions, des limites de leur pouvoir d'appréciation⁴⁴.

B) Un principe rarement soulevé par les États membres et les particuliers

515. Dans les arrêts étudiés, ce ne sont généralement ni les États membres (1°) ni les particuliers (2°) qui invoquent le principe étudié, mais le juge lui-même, qui y a recours pour justifier son raisonnement.

1°) La rare invocation du principe par les États membres de l'Union européenne

516. Plusieurs décisions du juge de l'Union européenne permettent de constater une tendance : le principe d'intégration de la santé n'a pas vocation à être invoqué par les États membres.

⁴³ TUE, 11/02/2015, *Royaume d'Espagne contre Commission européenne*, n° T-204/11, ECLI:EU:T:2015:91, Rec. num.

⁴⁴ Le Tribunal renvoie ici aux décisions de la Cour suivantes : CJCE, 09/09/2003, *Monsanto Agricoltura Italia SpA et autres contre Presidenza del Consiglio dei Ministri et autres*, n° C-236/01, ECLI:EU:C:2003:431, point 135 ; CJUE, 15/10/2009, *Enviro Tech (Europe) Ltd contre État belge*, n° C-425/08, ECLI:EU:C:2009:635, Rec. I-10035, point 47 ; et à son propre jugement du 09/09/2011, *République française contre Commission européenne*, n° T-257/07, *op. cit.*, point 85.

517. Certes, dans l'arrêt de la CJCE du 9 septembre 2003⁴⁵, l'article 152 § 1 est invoqué par un État membre, à savoir la Norvège, pour attaquer une disposition du règlement n° 258/97⁴⁶. Il s'agit d'un des rares cas rencontrés au cours de cette analyse des décisions du juge européen où un État membre invoque lui-même le principe d'intégration de la santé. La Norvège ne l'invoque en aucun cas pour elle-même ou à l'encontre d'un autre État membre, mais à l'encontre du Parlement européen et du Conseil de l'Union européenne, auteurs du règlement qui auraient dû respecter le principe.
518. Dans un arrêt du Tribunal du 11 février 2015⁴⁷, l'Espagne invoque dans son premier moyen une violation de l'article 168 TFUE et du principe de proportionnalité en raison du choix, par le règlement attaqué (le règlement (UE) n° 15/2011 de la Commission, du 10 janvier 2011, modifiant le règlement (CE) n° 2074/2005 en ce qui concerne les méthodes d'analyse reconnues des biotoxines marines chez les mollusques bivalves vivants), de la méthode LC-MS/MS comme méthode de référence pour la détection de toxines lipophiles dans des mollusques bivalves vivants destinés à la consommation humaine⁴⁸. Elle estime que le règlement attaqué violait l'article 168 TFUE dans la mesure où le remplacement de la méthode biologique par la méthode LC-MS/MS comme méthode de référence pour la détection des toxines lipophiles porte gravement préjudice à la protection de la santé publique. La Commission conteste cette position, estimant au contraire que l'introduction de la méthode LC-MS/MS comme méthode de référence par le règlement attaqué était une mesure nécessaire pour garantir un degré élevé de protection de la santé humaine en ce qui concerne la consommation de mollusques bivalves vivants. Le Tribunal considère que l'Espagne n'a pas correctement démontré en quoi le règlement entraîne un risque pour la santé publique en violation de l'article 168 TFUE, et il écarte donc ce moyen.

⁴⁵ CJCE, 09/09/2003, *Monsanto Agricoltura Italia SpA et autres contre Presidenza del Consiglio dei Ministri et autres*, n° C-236/01, *op. cit.*

⁴⁶ « Dans ces conditions, le gouvernement norvégien soutient que l'application de la procédure simplifiée pour des aliments contenant des protéines transgéniques est contraire aux articles 95, paragraphe 3, CE, 152, paragraphe 1, CE, 153, paragraphe 1, CE et 174, paragraphe 2, CE et que, dès lors, la référence à l'article 1er, paragraphe 2, sous b), du règlement n° 258/97, qui figure dans l'article 3, paragraphe 4, premier alinéa, du même règlement, est invalide » (CJCE, 09/09/2003, *Monsanto Agricoltura Italia SpA et autres contre Presidenza del Consiglio dei Ministri et autres*, n° C-236/01, *op. cit.*).

⁴⁷ TUE, 11/02/2015, *Royaume d'Espagne contre Commission européenne*, n° T-204/11, *op. cit.*

⁴⁸ Par un deuxième moyen, il invoquait une violation du principe de proportionnalité en raison de l'absence de prise en compte de l'impact économique de l'imposition de la méthode LC-MS/MS sur le secteur de production concerné, et par un troisième moyen, il invoquait une violation du principe de confiance légitime compte tenu du non-respect des conditions prévues pour l'imposition de la méthode LC-MS/MS comme méthode de référence.

2°) La rare invocation du principe par des personnes privées

519. En termes de recours direct contre les institutions européennes, le recours en annulation prévu à l'article 263 TFUE⁴⁹ est ouvert au cas d'une personne privée qui souhaiterait obtenir l'annulation d'un acte d'une institution européenne qui aurait été pris en violation du principe d'intégration de la santé prévu à l'article 168 § 1 TFUE. Cependant, dans le cadre d'un tel recours, les requérants institutionnels, à savoir les États membres et les institutions européennes, ne sont pas tenus de démontrer un intérêt à agir, tandis que les requérants personnes physiques ou morales sont confrontés à des conditions très rigoureuses de recevabilité de leur recours⁵⁰. En pratique cela aboutit à les priver, dans la majorité des cas, de la possibilité de ce recours en annulation contre un acte à portée générale⁵¹. Cela peut expliquer en partie le constat suivant : le principe d'intégration de la santé est donc invoqué de façon indirecte par les personnes privées dans les quelques cas trouvés et recensés dans ce chapitre.
520. Une ordonnance de 2008 rendue par le Tribunal de première instance des Communautés européennes illustre un autre cas de figure : celui d'une invocation du principe d'intégration de la santé par une société commerciale requérante dans le cadre d'un recours en responsabilité extracontractuelle contre la Commission européenne sur le fondement de l'article 235 CE⁵².

⁴⁹ Cet article prévoit : « La Cour de justice de l'Union européenne contrôle la légalité des actes législatifs, des actes du Conseil, de la Commission et de la Banque centrale européenne, autres que les recommandations et les avis, et des actes du Parlement européen et du Conseil européen destinés à produire des effets juridiques à l'égard des tiers. Elle contrôle aussi la légalité des actes des organes ou organismes de l'Union destinés à produire des effets juridiques à l'égard des tiers.

À cet effet, la Cour est compétente pour se prononcer sur les recours pour incompétence, violation des formes substantielles, violation des traités ou de toute règle de droit relative à leur application, ou détournement de pouvoir, formés par un État membre, le Parlement européen, le Conseil ou la Commission.

La Cour est compétente, dans les mêmes conditions, pour se prononcer sur les recours formés par la Cour des comptes, par la Banque centrale européenne et par le Comité des régions qui tendent à la sauvegarde des prérogatives de ceux-ci.

Toute personne physique ou morale peut former, dans les conditions prévues aux premier et deuxième alinéas, un recours contre les actes dont elle est le destinataire ou qui la concernent directement et individuellement, ainsi que contre les actes réglementaires qui la concernent directement et qui ne comportent pas de mesures d'exécution. [...] ».

⁵⁰ L. FAVOREU et al., *Droit des libertés fondamentales*, 8^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2021, 978 p.

⁵¹ *ibid.*

⁵² TPICE, 17/12/2008, *Portela - Comércio de artigos ortopédicos e hospitalares, Lda contre Commission des Communautés européennes*, n° T137/07, ECLI:EU:T:2008:589, Rec. II-00329.

521. Dans le cadre de ce litige, l'entreprise requérante invoquait incidemment une violation, par la Commission, de l'article 152 § 1 du TCE⁵³. La requérante, une société commerciale portugaise ayant pour objet l'importation, l'exportation et la commercialisation d'articles orthopédiques et hospitaliers, avait importé en 2002, depuis Taïwan, des lots de thermomètres numériques fabriqués par l'entreprise Geon Corporation. Après leur commercialisation, la requérante a commencé à recevoir les premières plaintes relatives au fonctionnement défectueux des thermomètres litigieux. Elle a alors contacté le fabricant, et a informé la société qui avait certifié la conformité des thermomètres du fabricant - une société allemande - des problèmes concernant les thermomètres litigieux, lui demandant alors d'entreprendre une action à cet égard. L'organisme certificateur a fait valoir que, à la date de la certification, les thermomètres litigieux respectaient les exigences de la directive n° 93/42. La requérante a alors rappelé à la Commission ses obligations découlant de la législation communautaire et insisté pour qu'elle exige de l'autorité compétente allemande des mesures appropriées à l'égard de l'organisme certificateur. Par sa requête devant le Tribunal de première instance des Communautés européennes, la requérante demandait d'imposer à la Commission d'agir conformément à l'article 14 ter de la directive n° 93/42, en obligeant en particulier l'organisme certificateur, par l'intermédiaire de la République fédérale d'Allemagne, à faire jouer l'assurance obligatoire de responsabilité civile prévue au point 6 de l'annexe. Selon la requérante, différentes règles de droit auraient été violées par la Commission, en premier lieu l'article 152 § 1 du TCE⁵⁴. En effet, elle estimait que la Commission, *« qui aurait été systématiquement avertie du problème constaté, aurait dû intervenir auprès de la République fédérale d'Allemagne, en tant qu'État membre du siège de l'organisme notifié, pour que cette dernière prenne les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la santé des citoyens européens, conformément à l'article 152, paragraphe 1, CE⁵⁵ »*. Le Tribunal retient à ce sujet que *« dans ses mémoires, la requérante ne précise pas comment la prétendue inaction de la Commission aurait pu contribuer au préjudice allégué »* et conclut qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'absence de réévaluation des compétences de l'organisme certificateur et l'absence d'intervention auprès des autorités allemandes, d'une part, et le préjudice allégué⁵⁶.

⁵³ *ibid.*

⁵⁴ Ainsi que l'article 14 ter de la directive n° 93/42, les points 6.2.2, premier alinéa, 8.2.2, 8.2.3, 8.3.2 et 8.3.3 du Guide relatif à la mise en application des directives élaborées sur la base des dispositions de la nouvelle approche et de l'approche globale (deuxième version, 1999) et le point I A de l'annexe à la décision n° 93/465.

⁵⁵ *ibid.*

⁵⁶ Il conclut à un rejet de la demande de la requérante : *« Il résulte de tout ce qui précède que la requête ne contient aucun élément de nature à établir un lien de causalité entre les diverses omissions reprochées à la Commission et un éventuel préjudice subi par la requérante. Partant, la condition du lien de causalité à laquelle est soumis l'engagement de la*

522. Dans une autre affaire, en 2015, l'un des moyens porte sur la violation de l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux - qui contient le principe d'intégration de la santé – est rejeté. Il s'agissait d'un recours en annulation formé devant le Tribunal de la fonction publique de l'Union européenne⁵⁷. La requérante, une agente travaillant à la Commission européenne, demande l'annulation de trois décisions de la Commission européenne qui lui retirent le bénéfice de l'allocation pour personne à charge pour l'entretien de sa mère. Son deuxième moyen est tiré de la violation du droit à une bonne administration et du droit à la protection de la santé. Mais sans plus de développement consacré à ce sujet dans l'arrêt⁵⁸ on peut penser qu'elle invoque davantage la première phrase de cet article, à dimension plus individuelle – « *Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales* » que la seconde – « *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* ».
523. Deux conclusions peuvent être tirées de cette analyse. Sur le plan de l'effet du principe, la responsabilité d'intégrer la santé dans les actions et politique de l'Union européenne pèse uniquement sur les institutions européennes et non sur les États membres. Sur le plan de l'invocabilité du principe, les États membres et les acteurs privés y ont rarement recours dans leurs requêtes. C'est le juge européen lui-même qui, dans la majorité des cas, rappelle le principe d'intégration de la santé, et non les parties à l'instance.

responsabilité non contractuelle de la Communauté au sens de l'article 288, deuxième alinéa, CE n'étant pas remplie en l'espèce, il y a lieu, sans qu'il soit nécessaire d'examiner si les autres conditions d'engagement de cette responsabilité sont satisfaites, de rejeter les conclusions en indemnité de la requête comme non fondées. Compte tenu de l'ensemble des considérations qui précèdent, le recours doit être rejeté comme étant, pour partie, manifestement irrecevable et, pour le surplus, manifestement dépourvu de tout fondement en droit ».

⁵⁷ TFPUE, 07/07/2015, *WR contre Commission européenne*, n° F-53/14, ECLI:EU:F:2015:81, Rec. num.

⁵⁸ « Dans le cadre du deuxième moyen, la requérante fait également état d'une violation de l'article 35 de la Charte » ; l'appréciation du tribunal est la suivante : « En ce qui concerne la prétendue violation par la Commission de l'article 35 de la Charte, relatif à la protection de la santé, il y a lieu de constater que cette allégation n'est étayée par aucun argument. Partant, cette allégation est irrecevable ». Le recours de la justiciable tendait à obtenir « l'annulation des trois décisions de la Commission européenne du 20 août 2013 lui retirant le bénéfice de l'allocation pour personne à charge pour l'entretien de sa mère pour la période s'étendant du 1^{er} mars 2010 au 28 février 2013, de la décision de la Commission du 25 septembre 2013 retirant la couverture dont bénéficiait sa mère au titre du régime commun d'assurance maladie et de la décision de la Commission du 23 octobre 2013 lui réclamant la répétition des sommes indûment perçues ».

§ 2) Le champ d'application matériel

524. Le TFUE, dans son Titre 1, articles 2 à 6, renseigne sur les actions et politiques de l'Union européenne. Celle-ci intervient de façon exclusive dans les domaines de l'union douanière, de l'établissement des règles de concurrence nécessaires au fonctionnement du marché intérieur, de la politique monétaire pour les États membres dont la monnaie est l'euro, etc. (article 3). Elle intervient dans le cadre de sa compétence partagée avec les États membres dans de nombreux domaines comme le marché intérieur, la politique sociale pour certains aspects, l'agriculture et la pêche, les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique⁵⁹ etc. Elle mène des actions dans les domaines de la recherche, du développement technologique et de l'espace, et elle peut conduire à la fois des actions et une politique commune dans les domaines de la coopération au développement et de l'aide humanitaire (article 4).
525. Elle peut aussi mener des actions pour appuyer, coordonner ou compléter l'action des États membres dans les domaines de la protection et l'amélioration de la santé humaine, de l'industrie, de la culture, du tourisme, de l'éducation, de la formation professionnelle, de la jeunesse et du sport, de la protection civile, et de la coopération administrative (article 6).
526. Pour rappel, l'article 168 § 1 TFUE (ex-article 152 TCE) requiert qu'un « *niveau élevé de protection de la santé humaine [soit] assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union* ». Cela conduit à un champ d'application potentiellement très large (A), mais en réalité plutôt restreint (B).

A) Un champ d'application potentiellement large

527. D'un certain côté, la protection de la santé trouve, grâce au principe d'intégration, la puissance de s'immiscer dans des problématiques qui lui sont à première vue étrangères. La santé est intégrée à un ensemble et participe à l'opération complexe de mise en balance de différents intérêts. Par exemple, dans le cadre d'un litige opposant une coopérative viticole allemande aux services chargés de contrôler la commercialisation des boissons alcooliques dans le Land de Rhénanie-Palatinat, au sujet de la qualification d'un vin de « digeste »

⁵⁹ « pour les aspects définis dans le présent traité ».

signalant une teneur en acidité réduite⁶⁰, la Cour souligne l'importance de prendre aussi en compte, en plus des textes mentionnés dans les questions préjudicielles⁶¹, l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux : « Toutefois, il importe également de tenir compte de l'article 35, deuxième phrase, de la Charte qui exige qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine soit assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. [...] Dans ces conditions, c'est au regard non seulement de la liberté professionnelle et de la liberté d'entreprise, mais également de la protection de la santé, qu'il y a lieu d'apprécier la compatibilité de l'interdiction, sans exception, d'une allégation du type de celle en cause au principal⁶² ».

528. Dans certains cas, le principe d'intégration de la santé n'est pas utilisé explicitement mais apparaît de façon implicite, ce qui montre qu'il s'est diffusé en droit de l'Union européenne, y compris dans le droit dérivé, ce qui peut être vu comme une force. Un arrêt de la Cour illustre ce phénomène d'imprégnation par le principe d'intégration de la santé dans les autres politiques et actions de l'Union, sans qu'aucune référence à son fondement juridique écrit n'y soit faite. Dans cet arrêt du 13 septembre 2017⁶³, la Cour a dû répondre à une question préjudicielle introduite par le Tribunal d'Udine, Italie, portant sur l'interprétation de l'article 34 du règlement (CE) n° 1829/2003 du Parlement européen et du Conseil, du 22 septembre 2003, concernant les denrées alimentaires et les aliments pour animaux génétiquement modifiés ainsi que des articles 53 et 54 du règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires. Ces deux règlements ont été adoptés à la suite de la crise de l'ESB. Celui de 2002 est le « pilier du droit alimentaire » européen, et celui de 2003 est spécifiquement dédié aux aliments

⁶⁰ CJUE, 06/09/2012, *Deutsches Weintor eG contre Land Rheinland-Pfalz*, n° C-544/10, *op. cit.*

⁶¹ Pour la troisième question préjudicielle, qui nous intéresse ici, la juridiction de renvoi demandait « si le fait d'interdire sans exception, dans le règlement n° 1924/2006, à un producteur ou à un distributeur de vins d'utiliser une allégation du type de celle en cause au principal, alors même que cette allégation serait en soi exacte, est compatible avec l'article 6, paragraphe 1, premier alinéa, TUE. En vertu de l'article 6, paragraphe 1, premier alinéa, TUE, l'Union européenne reconnaît les droits, les libertés et les principes énoncés dans la Charte, laquelle a la même valeur juridique que les traités. Au titre des droits fondamentaux pertinents au regard de l'interdiction en question, la juridiction de renvoi se réfère à l'article 15, paragraphe 1, de la Charte, en vertu duquel toute personne a le droit de travailler et d'exercer une profession librement choisie ou acceptée, ainsi qu'à l'article 16 de cette même Charte, qui garantit la liberté d'entreprise ».

⁶² CJUE, 06/09/2012, *Deutsches Weintor eG contre Land Rheinland-Pfalz*, n° C-544/10, *op. cit.*

⁶³ CJUE, 13/09/2017, *Procédure pénale contre Giorgio Fidenato e.a.*, n° C-111/16, ECLI:EU:C:2017:676, non publié. Voir notamment H. PAULIAT et al., « OGM : mesures d'urgence subordonnées à un risque grave et manifeste pour la santé et l'environnement, CJUE, 12 sept. 2017, aff. C-111/16, Giorgio Fidenato et a. », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales, 18 Septembre 2017, n° 37.

génétiquement modifiés⁶⁴. Ces deux textes visent à concilier le bon fonctionnement du marché intérieur et un niveau élevé de protection de la santé des personnes. Sur leurs bases, *« la libre circulation des denrées alimentaires, composante essentielle du marché intérieur, peut être mise en échec par une interdiction ou une restriction à la mise en culture d'OGM dans les cas expressément prévus par le droit de l'UE⁶⁵ »*.

529. L'une des questions soulevées dans cette affaire consistait à se demander si un État peut adopter des mesures d'urgence prévues par le règlement « Aliments génétiquement modifiés » sur le fondement du principe de précaution face au refus de la Commission d'adopter lesdites mesures⁶⁶. Par sa décision, la Cour donne un cadre pour l'application du principe de précaution, par les États membres, et par la Commission, notamment en cas d'urgence : *« les États membres ne peuvent pas adopter des mesures d'urgence concernant les denrées alimentaires et les aliments pour animaux génétiquement modifiés sans qu'il soit évident qu'il existe un risque grave pour la santé ou l'environnement⁶⁷ »*. En effet, le Professeur Berlin souligne que *« tant la législation alimentaire de l'Union (Règlement (CE) n° 178/2002) que la législation de l'Union concernant les denrées alimentaires et les aliments pour animaux génétiquement modifiés (Règlement (CE) n° 1829/2003) visent à assurer un niveau élevé de protection de la santé des personnes et des intérêts des consommateurs, tout en veillant au fonctionnement effectif du marché intérieur dont la libre circulation de denrées alimentaires et d'aliments pour animaux sûrs et sains constitue un aspect essentiel. Cependant, lorsqu'il n'est pas établi qu'un produit génétiquement modifié est, de toute évidence, susceptible de présenter un risque grave pour la santé humaine, la santé animale ou l'environnement, ni la Commission ni les États membres n'ont la faculté d'adopter des mesures d'urgence⁶⁸ »*.

530. Si le principe d'intégration de la santé tel que consacré à l'article 168 § 1 TFUE (ex-article 152 TCE) n'apparaît pas dans cette décision, on peut tout de même y voir une application

⁶⁴ C.M. ALVES, « Aliments génétiquement modifiés et mesures d'urgence : quand Prométhée fait fi de toute précaution », Journal d'Actualité des Droits Européens 2017, n° 8.

⁶⁵ *ibid* : « S'agissant de gestion des risques, il était inévitable que le juge précise la portée du principe de précaution, principe général de la législation alimentaire, quant à la marge de manœuvre des États membres. C'est l'occasion pour le juge de l'Union de rappeler la différence de régimes juridiques entre les mesures provisoires de gestion des risques et les mesures d'urgence. En effet, le degré d'incertitude requis n'est pas le même. S'agissant des mesures adoptées au titre du règlement de 2002, il doit subsister une incertitude scientifique. En revanche, en ce qui concerne les mesures d'urgence prévues par le règlement de 2003, il ne saurait y avoir d'application autonome du principe de précaution. En effet, comme le souligne l'avocat général Bobek, les produits concernés ont déjà fait l'objet d'une évaluation des risques avant leur mise sur le marché. C'est pourquoi le règlement spécifique exige le constat évident d'un risque grave ».

⁶⁶ *ibid*.

⁶⁷ Cour de justice de l'Union européenne, Communiqué de presse, n° 96/17, 13 septembre 2017.

⁶⁸ D. BERLIN, « Principe de précaution et aliments génétiquement modifiés : une relation inversée », La semaine juridique Edition générale 2017, n° 40.

indirecte par l'intermédiaire des deux règlements en cause. Ils contiennent tous deux la phrase suivante dans leur considérant : « *Il importe d'assurer un niveau élevé de protection de la vie et de la santé humaine dans l'exécution des politiques communautaires* », sans faire de référence explicite à l'article 152 § 1. Toutefois cela montre bien que le principe d'intégration de la santé dans les autres politiques et actions de l'Union imprègne le droit dérivé parfois de façon « douce », sans même que l'on doive le citer expressément : la protection de la santé est intégrée à la mise en équilibre des différents intérêts en présence.

B) Un champ d'application en réalité restreint : des occasions manquées

531. L'ensemble des développements de ce chapitre permet de constater que les cas où la jurisprudence européenne prend en compte l'article 168 § 1 TFUE ou ses prédécesseurs⁶⁹ sont des cas qui concernent le fonctionnement du marché intérieur, notamment au regard de la circulation des produits alimentaires, et la PAC. Un autre cas plus marginal peut être relevé, à savoir la prise en compte de l'article 152 § 1 du Traité CE dans un arrêt de la Cour portant sur la fiscalité du tabac⁷⁰. La jurisprudence est donc loin de refléter une application

⁶⁹ Article 129, puis article 152 TCE.

⁷⁰ CJUE, 24/06/2010, *Commission européenne contre République italienne*, n° C-571/08, ECLI:EU:C:2010:367, Rec. I-00084 : dans cette affaire, la Commission des Communautés européennes demandait à la Cour de constater qu'« *en prévoyant un prix minimal pour les cigarettes ainsi qu'un délai de 120 jours pour obtenir l'homologation d'une modification de prix des tabacs manufacturés* », la République italienne avait manqué aux obligations qui lui incombait en vertu de l'article 9, paragraphe 1, de la directive n° 95/59/CE du Conseil, du 27 novembre 1995, concernant les impôts autres que les taxes sur le chiffre d'affaires frappant la consommation des tabacs manufacturés, telle que modifiée par la directive n° 2002/10/CE du Conseil, du 12 février 2002. « *L'article 9, paragraphe 1, de la directive 95/59 établit le principe selon lequel les producteurs et les importateurs sont en droit de fixer librement les prix maximaux de vente au détail des tabacs manufacturés. Or, la réglementation italienne en cause, en instaurant un régime de prix minimaux pour la vente au détail des cigarettes, interdirait aux producteurs et aux importateurs de fixer librement le prix maximal de vente au détail de ces produits puisque, en toute hypothèse, ce prix ne peut être inférieur au prix minimal imposé par le décret. La réglementation en cause serait donc contraire à cette disposition de la directive 95/59* ».

La République italienne contestait le manquement reproché en faisant valoir que l'article 9 § 1 de ladite directive était selon elle sans préjudice du droit des États membres d'imposer un prix minimal de vente pour des raisons liées à la protection de la santé publique, la seule limite au domaine d'intervention de ces derniers étant à cet égard celle posée à l'article 30 CE (désormais article 36, relatif aux interdictions ou restrictions d'importation, d'exportation ou de transit, justifiées par des raisons de moralité publique, d'ordre public, de sécurité publique, de protection de la santé, etc.).

La République italienne soutenait que, compte tenu notamment de sa base juridique, à savoir l'article 99 du traité CE (devenu article 93 CE), la directive n° 95/59 constituait une « *réglementation à caractère exclusivement fiscal, à laquelle l'objectif de protection de la santé publique est totalement étranger. Partant, l'article 9, paragraphe 1, de cette directive ne saurait en aucune façon être considéré comme faisant obstacle à l'adoption de mesures fixant des prix minimaux de vente des cigarettes et tendant à la protection de la santé publique au titre de l'article 30 CE* ».

La Cour considère notamment que « *la directive 95/59 n'empêche pas la République italienne de poursuivre la lutte contre le tabagisme, laquelle s'inscrit dans l'objectif de protection de la santé publique. De même, il ne saurait être soutenu que cet objectif n'est pas pris en compte dans le cadre de cette directive parce que celle-ci a été adoptée sur la base de l'article 99 du*

exhaustive de l'article 168 TFUE. En effet, aucune décision n'a été trouvée au sujet de cas où un niveau élevé de protection de la santé aurait pu être pris en compte par exemple dans la politique commune de la pêche, dans le secteur des transports, de l'énergie ou encore de l'éducation. Les décisions suivantes illustrent des cas où le principe de l'intégration de la santé aurait pu trouver sa place de façon évidente mais n'a pas été pris en compte.

532. L'arrêt du Tribunal de l'Union européenne du 20 septembre 2019⁷¹ est selon nous un exemple d'occasion manquée. Bien que par ce jugement, le Tribunal ait confirmé « l'inscription du bisphénol A comme perturbateur endocrinien pour la santé⁷² », la juridiction ne fonde en aucun cas son raisonnement sur le principe d'intégration de la santé dans les autres politiques et actions de l'Union européenne. Dans cette affaire, *PlasticsEurope*, une association professionnelle représentant les producteurs européens de matières plastiques, reproche à l'Agence européenne des produits chimiques (ECHA) d'avoir – parmi d'autres griefs - violé le principe de sécurité juridique en inscrivant, par sa décision ED/30/2017⁷³, le bisphénol A (BPA) sur la liste des substances extrêmement préoccupantes candidates en vue d'une autorisation sans qu'il soit établi scientifiquement qu'il entraîne des effets graves sur la santé. *PlasticsEurope* demandait l'annulation de la décision de l'ECHA.
533. Le Tribunal de l'Union européenne confirme la décision du 6 juillet 2017 prise par l'ECHA d'inscrire le BPA en tant que perturbateur endocrinien sur la liste des substances extrêmement préoccupantes candidates en vue d'une autorisation, en application de l'article

traité. En effet, ainsi qu'il est mentionné au septième considérant de la directive 2002/10, dernier acte modificatif de la directive 95/59 dans sa version initiale, dont l'article 9 est toutefois demeuré inchangé, le traité, et en particulier l'article 152, paragraphe 1, premier alinéa, CE, exige que la définition ainsi que la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté assurent un niveau élevé de protection de la santé humaine ». Elle décide d'accueillir le recours de la Commission en considérant qu'en prévoyant un prix minimal de vente pour les cigarettes, la République italienne a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 9 § 1 de la directive n° 95/59.

⁷¹ TUE, 20/09/2019, *PlasticsEurope contre Agence européenne des produits chimiques (ECHA)*, n° T-636/17, ECLI:EU:T:2019:639, Rec. num.

⁷² A.-L. TULPAIN, « Note sous Trib. UE., 20 septembre 2019, n° T-636/17, Confirmation de l'inscription du bisphénol A comme perturbateur endocrinien pour la santé par la justice européenne », Dictionnaire permanent 2019, n° 424.

⁷³ « Le 6 juillet 2017, le directeur exécutif de l'ECHA a adopté la décision ED/30/2017, par laquelle l'entrée existante relative à la substance bisphénol A sur la liste des substances identifiées en vue d'une inclusion à terme dans l'annexe XIV du règlement n° 1907/2006, conformément à l'article 59 de ce règlement, a été complétée en ce sens que cette substance a été identifiée également en tant que substance possédant des propriétés perturbant le système endocrinien et pouvant avoir des effets graves sur la santé humaine qui suscitent un niveau de préoccupation équivalent à celui suscité par l'utilisation d'autres substances énumérées à l'article 57, sous a) à e), dudit règlement, le tout au sens de l'article 57, sous f), du même règlement. Le 7 juillet 2017, la liste des substances candidates publiée sur le site Internet de l'ECHA a été mise à jour conformément à la décision attaquée ».

57, sous f), du règlement n° 1907/2006 concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances, règlement dit « REACH ». Parmi les différents moyens invoqués⁷⁴, le Tribunal a eu à se prononcer sur une possible violation du principe de proportionnalité dans la mesure où l'association requérante estimait que la décision attaquée dépassait les limites de ce qui est approprié et nécessaire à la réalisation des objectifs poursuivis par le titre VII du règlement n° 1907/2006 et ne constituait pas la mesure la moins contraignante parmi celles à la disposition de l'ECHA. Dans sa réponse sur ce point, pour justifier sa décision de ne pas reconnaître une violation du principe de proportionnalité, le Tribunal ne s'appuie pas sur l'objectif des institutions européennes de protéger la santé⁷⁵. En ce qui concerne le règlement en cause, n° 1907/2006, bien que ce texte comporte d'importantes références à la protection de la santé - son « *principal objectif* » étant, comme rappelé par le juge, de « *parvenir à un degré élevé de protection de la santé humaine et de l'environnement*⁷⁶ », qui doit être combiné à « *la libre circulation des substances dans le marché intérieur tout en améliorant la compétitivité et l'innovation*⁷⁷ » - il ne se fonde nullement sur l'article 152 CE.

534. De même, dans un arrêt du 24 octobre 2019⁷⁸ concernant la qualité de l'air ambiant, la CJUE traite d'une requête de la Commission européenne tendant à la condamnation de la République française pour manquement aux obligations qui lui incombent en vertu des articles 13 § 1, et 23 § 1 de la directive n° 2008/50/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2008 concernant la qualité de l'air ambiant et un air pur pour l'Europe. La Commission reproche à l'État Français d'avoir dépassé « *de manière systématique et persistante* »

⁷⁴ Les questions auxquelles devait répondre le Tribunal étaient les suivantes : Y a-t-il eu violation du principe de sécurité juridique et du principe de protection de la confiance légitime ? Y a-t-il eu des erreurs manifestes d'appréciation ainsi qu'une violation par l'ECHA de son devoir de diligence ? Y a-t-il eu violation de l'article 57, sous f), ainsi que de l'article 59 du règlement n° 1907/2006 ? Y a-t-il eu violation de l'article 2, paragraphe 8, sous b), de ce règlement et du principe de proportionnalité ?

⁷⁵ Voir Section 2, § 2 « Le respect du principe de proportionnalité ».

⁷⁶ TUE, 20/09/2019, *PlasticsEurope contre Agence européenne des produits chimiques (ECHA)*, n° T-636/17, *op. cit.*

⁷⁷ Règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006 concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), instituant une agence européenne des produits chimiques, modifiant la directive n° 1999/45/CE et abrogeant le règlement (CEE) n° 793/93 du Conseil et le règlement (CE) n° 1488/94 de la Commission ainsi que la directive n° 76/769/CEE du Conseil et les directives n° 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE et 2000/21/CE de la Commission.

⁷⁸ CJUE, 24/10/2019, *Commission européenne contre République française*, n° C-636/18, ECLI:EU:C:2019:900, Rec. num. Voir notamment T. COUSTET, « Pollution de l'air : la France condamnée avec sursis », Dalloz Actualité, 29 oct. 2019.

la valeur limite annuelle pour le dioxyde d'azote dans plusieurs agglomérations françaises et de ne pas avoir fait en sorte de minimiser la durée de ces périodes de dépassement.

535. La Cour condamne la France pour ces manquements sur la base de la directive n° 2008/50/CE, mais ni la directive invoquée, ni la décision de la Cour ne sont fondées sur l'article 168 TFUE. Au niveau de la décision de la Cour, on peut en déduire que selon elle, l'obligation contenue à l'article 168 § 1 TFUE incombe aux institutions européennes et non aux États membres. Cependant, l'absence de mention de l'article 168 § 1 TFUE dans la directive n° 2008/50/CE est plus surprenante, en particulier dans un contexte « où les actions engagées contre l'État se multiplient pour faire respecter le droit des citoyens à un environnement sain⁷⁹ ». Le lien entre qualité de l'air et santé y est pourtant bien présent.

536. Nous avons tenté de démontrer dans cette première section que l'intégration de la santé dans les autres politiques et actions de l'Union est une obligation qui pèse sur les institutions européennes et non sur des personnes physiques, des entreprises ou les États membres.

Section 2. Les conditions exigeantes de mise en œuvre du principe d'intégration de la santé

537. Les arrêts de la Cour et du Tribunal qui ont recours au principe d'intégration de la santé⁸⁰ ont pour la plupart le point commun de ne l'évoquer que de manière incidente et non principale : la violation de ce principe est rarement le premier argument développé. Lorsqu'il est invoqué en tant que tel, il est souvent brièvement mentionné, mais peu exploité.

⁷⁹ E. TRUILHÉ, « La France condamnée pour non-respect de la directive qualité de l'air ambiant », Recueil Dalloz 2019, p. 2240.

⁸⁰ Que ce soit sur le fondement de l'article 129 TCE, 152 TCE ou 168 TFUE, ou encore l'article 9 TFUE ou l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux.

538. Avant d'aborder en détails sa mise en œuvre, voyons quelques exemples préliminaires de cette faible exploitation du principe dans la jurisprudence.
539. S'agissant tout d'abord d'un arrêt de la Cour du 5 octobre 2000⁸¹ par laquelle elle statue sur la demande d'annulation par l'Allemagne de la directive n° 98/43/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 juillet 1998, concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac, la question de la protection de la santé est abordée, mais surtout sous le prisme de l'article 129 § 4, premier tiret du Traité CE, qui exclut toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres visant à protéger et à améliorer la santé humaine. Le principe d'intégration de la santé dans les autres actions et politiques communautaires n'est utilisé par la Cour qu'à titre accessoire, à l'appui d'autres arguments, comme en témoigne par exemple le passage suivant : « *L'article 129, paragraphe 1, troisième alinéa, prévoit d'ailleurs que les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté* ». La même méthode apparaît également dans un arrêt de la Cour du 12 décembre 2006⁸².
540. Dans un arrêt du 22 mai 2003⁸³, la Cour se contente de citer l'article 152 § 1 TCE en début d'argumentation, et n'y revient pas ensuite : « *Appréciation de la Cour : à titre liminaire, il y a lieu de relever que les décisions 2001/376 et 2001/577 sont fondées, notamment, sur la directive 89/662 qui permet à la Commission d'adopter des mesures conservatoires pour des motifs graves de protection de la santé publique ou de la santé animale. Il convient à cet égard de rappeler que, selon l'article 152, paragraphe 1, premier alinéa, CE, un niveau élevé de protection de la santé humaine doit être assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté* ». La Cour fonde sa décision finale sur des arguments tout autres. De même, la Cour se borne à mentionner le principe de

⁸¹ CJCE, 05/10/2000, *République fédérale d'Allemagne contre Parlement européen et Conseil de l'Union européenne*, n° C-376/98, ECLI:EU:C:2000:544, Rec I-08419.

⁸² CJCE, 12/12/2006, *République fédérale d'Allemagne contre Parlement européen et Conseil de l'Union européenne*, n° C-380/03, ECLI:EU:C:2006:772, Rec. I-11573 : c'est ici l'article 152 § 4 qui intéresse plus particulièrement la Cour, bien qu'elle souligne aussi le contenu du paragraphe 1 de cet article.

⁸³ CJCE, 22/05/2003, *République française contre Commission des Communautés européennes*, n° C-393/01, ECLI:EU:C:2003:307, Rec. I-05405.

l'article 152 § 1 TCE⁸⁴ dans un arrêt du 4 mars 2010⁸⁵ portant sur le manquement de l'Irlande aux obligations qui lui incombait en vertu de l'article 9 § 1 de la directive n° 95/59/CE du Conseil du 27 novembre 1995 concernant les impôts autres que les taxes sur le chiffre d'affaires frappant la consommation des tabacs manufacturés, telle que modifiée par la directive n° 2002/10/CE du Conseil du 12 février 2002⁸⁶.

541. Un arrêt de la Cour du 29 avril 2015⁸⁷ offre un autre exemple de brève mention du principe : il porte sur une demande de décision préjudicielle au sujet de l'interprétation du point 2.1 de l'annexe III de la directive n° 2004/33/CE de la Commission du 22 mars 2004, portant application de la directive n° 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au sang et aux composants sanguins, posée dans le cadre d'un litige entre un particulier qui contestait auprès du ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes ainsi qu'à l'Établissement français du sang, le refus d'accepter le don de sang au motif que celui-ci avait eu une relation sexuelle avec un homme. La Cour se sert de l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux pour justifier l'exclusion permanente du don de sang pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes par la nécessité de réduire au minimum le risque de transmission d'une maladie infectieuse aux receveurs : « *cette exclusion contribue par conséquent à l'objectif général d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine, qui constitue un objectif reconnu par l'Union à l'article 152 CE, et notamment aux paragraphes 4, sous a), et 5 de cet article, ainsi qu'à l'article 35, seconde phrase, de la Charte, qui exigent qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine soit assuré dans la définition et la*

⁸⁴ « Il n'en demeure pas moins que la directive 95/59 n'empêche pas l'Irlande de poursuivre la lutte contre le tabagisme, qui s'inscrit dans l'objectif de protection de la santé publique. De même, il ne saurait être soutenu que cet objectif n'est pas pris en compte dans le cadre de cette directive. En effet, ainsi qu'il est mentionné au septième considérant de la directive 2002/10, dernier acte modificatif de la directive 95/59/CE, dont l'article 9 est toutefois demeuré inchangé, le traité CE, et en particulier l'article 152, paragraphe 1, premier alinéa, CE, exige que la définition ainsi que la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté assurent un niveau élevé de protection de la santé humaine ».

⁸⁵ CJUE, 04/03/2010, *Commission européenne contre Irlande*, n° C-221/08, ECLI:EU:C:2010:113, Rec. I-01669. On constate la même chose dans l'arrêt de la CJCE, 14/12/2004, *Arnold André GmbH & Co. KG contre Landrat des Kreises Herford*, n° C-434/02, ECLI:EU:C:2004:800, Rec. I-11825 où l'article 152 § 1 est simplement mentionné une fois, ainsi que dans l'arrêt CJCE, 14/12/2004, *The Queen contre Secretary of State for Health*, n° C-210/03, ECLI:EU:C:2004:802, Rec. I-11893.

⁸⁶ Mêmes observations pour les arrêts de la Cour : CJUE, 04/03/2010, *Commission européenne contre République d'Autriche*, n° C-198/08, ECLI:EU:C:2010:112, Rec. I-01645 et CJUE, 04/03/2010, *Commission européenne contre République française*, n° C-197/08, ECLI:EU:C:2010:111, Rec. I-01599 concernant le manquement à la même directive, ainsi que pour l'arrêt du TPICE, 11/07/2007, *Royaume de Suède contre Commission des Communautés européennes*, n° T-229/04, ECLI:EU:T:2007:217, Rec. II-02437.

⁸⁷ CJUE, 29/04/2015, *Geoffrey Léger contre Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Établissement français du sang*, n° C-528/13, ECLI:EU:C:2015:288, Rec. num.

*mise en œuvre de l'ensemble des politiques et des actions de l'Union*⁸⁸ ». C'est la seule allusion faite au principe d'intégration de la santé dans cet arrêt. On trouve également une simple mention du principe, à titre d'appui à un autre argument, dans un arrêt du Tribunal de l'UE du 19 novembre 2009⁸⁹.

542. Il y a aussi des cas où l'une des parties au litige invoque le principe d'intégration de la santé, mais à défaut d'avoir suffisamment développé ses arguments sur cette base, elle les voit rejetés par le juge⁹⁰.

543. Il sera démontré ici que dans la jurisprudence, le principe d'intégration de la santé est en général imbriqué avec un autre, en particulier le principe de précaution (§ 1) ou le principe de proportionnalité selon les cas (§ 2). Cela peut porter à conclure que le principe d'intégration de la santé n'est pas tout à fait autonome, et qu'il a, dans ces cas-là, besoin d'un autre principe pour se manifester et s'épanouir.

§ 1) La relation entre le principe d'intégration de la santé et le principe de précaution

544. Le principe de précaution s'est vu reconnaître un champ d'application large (A) ce qui peut expliquer que son champ se rapproche de celui du principe d'intégration de la santé (B).

A) Le principe de précaution : un principe en extension en droit de l'Union européenne

545. Initialement plutôt associé au droit de l'environnement (1°), le principe de précaution en droit de l'UE a ensuite été appliqué dans d'autres domaines (2°).

⁸⁸ *ibid.*

⁸⁹ TUE, 19/11/2009, *Denka International BV contre Commission des Communautés européennes*, n° T-334/07, ECLI:EU:T:2009:453, Rec. II-04205.

⁹⁰ Voir par exemple l'arrêt du TPICE, 09/09/2008, *Bayer CropScience AG, Makhteshim-Agan Holding BV, Alfa Georgika Efodia AEVE, Aragonesas Agro, SA, contre Commission des Communautés européennes*, n° T-75/06, ECLI:EU:T:2008:317, Rec. II-02081 : le Tribunal a estimé que les requérantes ont invoqué l'article 152 § 1 CE à titre subsidiaire et que, puisqu'elles n'ont développé aucune argumentation autonome sur ce point, ce grief doit être rejeté.

1°) Présentation du principe de précaution en droit de l'Union européenne

546. Le principe de précaution a été consacré par le Traité de Maastricht, dans le chapitre du Traité instituant la Communauté européenne, relatif à la politique de l'environnement. Depuis l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne, le principe se trouve à l'article 191 § 2 TFUE : « la politique de l'Union dans le domaine de l'environnement (...) est fondée sur les principes de précaution et d'action préventive » - c'est la seule disposition de ce traité qui l'énonce⁹¹. C'est ainsi que le Professeur Brosset souligne qu'au sens du droit de l'Union européenne, le principe de précaution est un principe constitutionnel dans le domaine de la politique de l'Union en matière d'environnement⁹². En application de l'article 191 TFUE, de nombreux textes de droit dérivé expriment ce principe, que ce soit sous la forme d'interdictions ou de restrictions d'utilisation⁹³. Nous en verrons des exemples dans ce développement.

547. En premier lieu, selon le Professeur de Sadeleer, « la définition la plus achevée [du principe de précaution en droit de l'Union européenne] se trouve à l'article 7 du règlement sur la sécurité alimentaire⁹⁴ » :

« Principe de précaution :

1. Dans des cas particuliers où une évaluation des informations disponibles révèle la possibilité d'effets nocifs sur la santé, mais où il subsiste une incertitude scientifique, des mesures provisoires de gestion du risque, nécessaires pour assurer le niveau élevé de protection de la santé choisi par la Communauté, peuvent être adoptées dans l'attente d'autres informations scientifiques en vue d'une évaluation plus complète du risque.

2. Les mesures adoptées en application du paragraphe 1 sont proportionnées et n'imposent pas plus de restrictions au commerce qu'il n'est nécessaire pour obtenir le niveau élevé de protection de la santé choisi par la Communauté, en tenant compte des possibilités techniques et économiques et des autres facteurs jugés légitimes en fonction des circonstances en question. Ces mesures sont réexaminées dans un délai raisonnable, en fonction de la nature du risque identifié pour la vie ou la santé et du type d'informations scientifiques nécessaires pour lever l'incertitude scientifique et réaliser une évaluation plus complète du risque⁹⁵ ».

⁹¹ N. DE SADELEER, « Le principe de précaution dans le droit de l'Union européenne, Le juge européen et le principe de précaution », Revue française de droit administratif 2017, p. 1025.

⁹² E. BROSSET, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *op. cit.*

⁹³ *ibid.*

⁹⁴ N. DE SADELEER, « Le principe de précaution dans le droit de l'Union européenne, Le juge européen et le principe de précaution », *op. cit.*

⁹⁵ Règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires.

L'on notera que la référence au « *niveau élevé de protection de la santé choisi par la Communauté* » au premier paragraphe de l'article 7 renvoie, selon le Professeur de Sadeleer⁹⁶, à l'article 168 TFUE.

548. En second lieu, du côté de la jurisprudence, après avoir été qualifié de « principe autonome », le principe de précaution a ensuite été considéré comme un principe général du droit par le Tribunal de première instance des Communautés européennes⁹⁷ à partir des années 2000 : « *Le principe de précaution peut être défini comme un principe général du droit communautaire imposant aux autorités compétentes de prendre des mesures appropriées en vue de prévenir certains risques potentiels pour la santé publique, la sécurité et l'environnement, en faisant prévaloir les exigences liées à la protection de ces intérêts sur les intérêts économiques*⁹⁸ ».

549. Cependant, même avant sa consécration dans le traité, le principe de précaution était déjà utilisé par la Cour de justice, qui l'utilisait implicitement en tant que principe général d'interprétation, notamment dans les cas où le traité permet aux États de justifier, dans le but de protéger la santé et la vie des personnes, des entraves aux grandes libertés consacrées par les textes de l'Union européenne⁹⁹. Selon la Cour¹⁰⁰, les États peuvent décider du niveau approprié de protection de la santé, y compris dans les contextes d'incertitude scientifique¹⁰¹.

550. Le principe de précaution a également été explicité par une communication de février 2000 de la Commission européenne. Elle y recommande d'éviter « *tout recours injustifié au principe de précaution en tant que forme déguisée de protectionnisme* » et précise les conditions pour appliquer correctement le principe : proportionnalité, non-discrimination, cohérence, examen des avantages et des charges résultant de l'action ou de l'absence d'action, examen de

⁹⁶ N. DE SADELEER, « Le principe de précaution dans le droit de l'Union européenne, Le juge européen et le principe de précaution », *op. cit.*

⁹⁷ *ibid.*

⁹⁸ TPICE, 26/11/2002, *Artogodan GmbH et a. contre Commission*, n° T-74/00, T-76/00, T-83/00, T-84/00, T-85/00, T-132/00, T-137/00 et T-141/00, ECLI:EU:T:2002:283, Rec. II-04945, aff. jointes, confirmé par TPICE, 28/01/2003, *Les Laboratoires Servier contre Commission des Communautés européennes*, n° T-147/00, ECLI:EU:T:2003:17, Rec. II-00085.

⁹⁹ E. BROSSET, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *op. cit.*

¹⁰⁰ Par exemple dans ses arrêts CJCE, 14/07/1983, *Procédure pénale contre Sandoz BV*, n° C-174/82, ECLI:EU:C:1983:213, Rec. 02445 et CJCE, 13/12/1990, *Procédure pénale contre Jean-Claude Bellon*, n° C-42/90, ECLI:EU:C:1990:475, Rec. I-04863.

¹⁰¹ E. BROSSET, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *op. cit.*

l'évolution scientifique, charge de la preuve¹⁰². Une résolution adoptée quelques mois plus tard par le Conseil des ministres à Nice a globalement confirmé les options retenues par la Commission. Le Professeur De Sadeleer souligne à ce sujet que bien qu'ils n'aient pas « *pour effet de contraindre les institutions de l'Union à agir dans un sens déterminé, ces documents revêtent une importance politique considérable. On observera par ailleurs que les juridictions de l'Union ainsi que la Cour de justice de l'Association européenne de libre-échange prennent pour argent comptant les critères énoncés dans cette communication*¹⁰³ ».

551. Il résulte de tous ces éléments que le principe de précaution en droit de l'Union européenne prend pleinement en compte la protection de la santé – nous verrons ce qu'il en est du principe de précaution en droit français dans la seconde partie de la thèse. Il semble en fait qu'aucune distinction ne soit faite par les institutions et la jurisprudence européennes entre un principe de précaution en matière d'environnement et un même principe en matière de santé.

2°) L'application du principe de précaution dans d'autres secteurs que celui de l'environnement

552. Cette application est assez prévisible, au regard des définitions qui viennent d'être présentées. La jurisprudence européenne a rapidement étendu la portée du principe de précaution, et c'est dans les arrêts relatifs à la protection de la santé publique que cette extension s'est manifestée le plus fortement. Il ressort de nombreuses décisions que le champ d'application du principe de précaution est en effet plus vaste que celui qui lui est en principe réservé par les auteurs du traité¹⁰⁴. Comme le rappelle le Professeur de Sadeleer, cette extension n'est pas surprenante, au regard du caractère transversal de la question de la santé publique telle que consacrée dans l'article 168 § 1 TFUE¹⁰⁵. L'auteur souligne également que lorsqu'il est énoncé dans le domaine de la protection de la santé publique, le principe de précaution peut se confondre avec des préoccupations environnementales¹⁰⁶.

¹⁰² Commission européenne, Communication sur le recours au principe de précaution, COM(2000) 1 final, 2 février 2000.

¹⁰³ N. DE SADELEER, « Le principe de précaution dans le droit de l'Union européenne, Le juge européen et le principe de précaution », *op. cit.*

¹⁰⁴ *ibid.*

¹⁰⁵ *ibid.*

¹⁰⁶ *ibid.*

553. Dès les années 1990, avant même que le principe ne soit consacré par le Traité de Maastricht, il s'est diffusé dans différentes branches du droit : l'arrêt *Fedesa* de la CJCE du 13 novembre 1990¹⁰⁷ le montre dans la mesure où « la Cour a validé le choix des institutions communautaires d'interdire l'utilisation de certaines substances à effet hormonal par les éleveurs, alors même qu'aucune donnée scientifique certaine sur les dangers occasionnés par ces substances n'était disponible¹⁰⁸ ».
554. En 1998, le Tribunal de première instance des Communautés européennes confirme la démarche adoptée par la Cour dans son arrêt « vache folle » de la même année, précédemment commenté : le Tribunal avait à juger du cas d'une société qui contestait la limitation imposée par la Commission de la concentration maximale admissible du bergasol, une substance utilisée dans la préparation des produits cosmétiques¹⁰⁹. La Commission avait suivi l'avis du comité scientifique de cosmétologie sur la nocivité de cette substance potentiellement cancérigène. Le Tribunal a souligné que « lorsque des incertitudes subsistent quant à l'existence et à la portée de risques pour la santé des consommateurs, les institutions peuvent prendre des mesures de protection sans avoir à attendre que la réalité et la gravité de ces risques soient pleinement démontrées¹¹⁰ ». La Cour a confirmé le jugement¹¹¹ du tribunal sans se prononcer sur la référence au principe de précaution qui est une motivation surabondante dans ce cas¹¹².
555. À peu près au même moment, la Commission européenne a elle aussi confirmé l'application du principe de précaution à d'autres secteurs que son secteur d'origine, définissant le principe comme « un principe d'application générale qui doit être notamment pris en compte dans les domaines de la protection de l'environnement et de la santé humaine, animale ou végétale¹¹³ ».

¹⁰⁷ CJCE, 13/11/1990, *The Queen contre Minister of Agriculture, Fisheries and Food et Secretary of State for Health, ex parte: Fedesa e.a.*, n° C-331/88, ECLI:EU:C:1990:391, Rec. I-04023.

¹⁰⁸ E. BROSSET, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *op. cit.*

¹⁰⁹ TPICE, 16/07/1998, *Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm SA et Jean-Jacques Goupil contre Commission des Communautés européennes*, n° T-199/96, ECLI:EU:T:1998:176, Rec. II-02805.

¹¹⁰ *ibid.*

¹¹¹ CJCE, 04/07/2000, *Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm SA et Jean-Jacques Goupil contre Commission des Communautés européennes*, n° C-352/98 P, ECLI:EU:C:2000:361, Rec. I-05291.

¹¹² E. BROSSET, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *op. cit.*

¹¹³ Commission européenne, Communication sur le recours au principe de précaution, *op. cit.*

556. Dans un arrêt du 2 décembre 2004 portant sur la mise en œuvre de l'exception de santé publique de l'article 36 du Traité CE pour une restriction au fonctionnement du marché intérieur, la Cour rappelle que selon sa jurisprudence, « le principe de précaution a également vocation à s'appliquer dans la politique de protection de la santé humaine, qui, selon l'article 129 du traité CE (devenu, après modification, article 152 CE), vise pareillement à atteindre un niveau élevé de protection » de la même façon qu'en matière d'environnement (article 130 R CE, devenu 174 CE)¹¹⁴.
557. En 2010, dans son arrêt *Gowan Comercio Internacional e Serviços Lda*¹¹⁵, portant sur l'autorisation de mise sur le marché de produits phytopharmaceutiques et précédemment évoqué, la Cour considère que le principe de précaution s'applique aussi en matière de santé. Dans le cadre d'un litige opposant Gowan Comércio Internacional e Serviços Lda, société de droit portugais, au ministère de la Santé italien, et visant à l'annulation des décisions relatives aux autorisations de mise sur le marché délivrées en Italie pour des produits phytopharmaceutiques contenant du fénarimol, une demande de décision préjudicielle au titre de l'article 234 TCE a été introduite par un tribunal italien. Ce dernier pose au juge européen la question de savoir si la directive n° 2006/134/CE est valide¹¹⁶.
558. Dans un premier temps, la directive n° 91/414/CEE du Conseil du 15 juillet 1991 met en place des règles uniformes concernant les conditions et les procédures d'autorisation de mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques ainsi que de leur révision et de leur retrait. Elle vise à harmoniser les règles relatives aux conditions et aux procédures d'agrément desdits produits, et à assurer un niveau élevé de protection de la santé des personnes et des animaux ainsi que de l'environnement contre les menaces et les risques induits par un usage mal contrôlé de ces produits. Elle vise aussi à écarter les entraves à la libre circulation de ceux-ci.
559. Dans un second temps, la directive n° 2006/134/CE de la Commission, du 11 décembre 2006, modifiant la directive n° 91/414/CEE du Conseil en vue d'y inscrire la substance active fénarimol, fixe les restrictions à l'emploi de cette substance au cours de sa

¹¹⁴ CJCE, 02/12/2004, *Commission des Communautés européennes contre Royaume des Pays-Bas*, n° C-41/02, ECLI:EU:C:2004:762, Rec. I-11375.

¹¹⁵ CJUE, 22/12/2010, *Gowan Comercio Internacional e Serviços*, n° C-77/09, *op. cit.*

¹¹⁶ « La directive 2006/134/CE qui a significativement limité l'usage du fénarimol est-elle valide compte tenu du fait que le résultat de l'évaluation technico-scientifique conduite par l'État rapporteur semblerait conclure que le risque découlant de cet usage est acceptable ? » (*ibid*).

période d'inscription à l'annexe I de la directive n° 91/414, du 1^{er} janvier 2007 au 30 juin 2008.

560. La Cour répond à la question préjudicielle en examinant la validité de la directive n° 2006/134 au regard du principe de sécurité juridique, de l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation ainsi que des principes de précaution et de proportionnalité. S'agissant du principe de précaution, la Cour garde à l'esprit que ce principe a d'abord été consacré en matière environnementale : « *Il convient de rappeler qu'il ressort de l'article 191, paragraphes 1 et 2, TFUE que la protection de la santé des personnes relève des objectifs de la politique de l'Union dans le domaine de l'environnement. Cette politique, qui vise un niveau de protection élevé, se fonde, notamment, sur le principe de précaution. Les exigences de cette politique doivent être intégrées dans la définition et la mise en œuvre des autres politiques de l'Union*¹¹⁷ ». Ce principe ne s'arrête toutefois pas à la frontière de l'environnement. En effet, la Cour affirme que « *le principe de précaution s'applique lorsque les institutions de l'Union prennent, dans le cadre de la politique agricole commune, des mesures de protection de la santé humaine*¹¹⁸ ». Selon le Professeur Trébulle, la Cour « *considère que le principe fait partie intégrante du processus de décision conduisant à l'adoption de toute mesure de protection de la santé humaine, lorsque la Commission ou le Conseil statue sur une demande d'inscription d'une substance active*¹¹⁹ ». Au final, elle conclut qu'il n'y a pas eu application manifestement erronée du principe de précaution dans l'adoption de restrictions d'utilisation¹²⁰.

561. Peu après, en 2011, le Tribunal confirme encore la nature et le champ d'application du principe de précaution, dans un arrêt où la France conteste l'allègement des mesures imposées en cas de découverte d'une encéphalopathie spongiforme transmissible dans un troupeau ovin ou caprin. Le Tribunal rappelle qu'il s'agit bien d'un « *principe général du droit de l'Union* » imposant « *aux autorités concernées de prendre, dans le cadre précis de l'exercice des compétences qui leur sont attribuées par la réglementation pertinente, des mesures appropriées en vue de prévenir certains risques potentiels pour la santé publique, la sécurité et l'environnement, en faisant prévaloir les exigences liées à la protection de ces intérêts sur les intérêts économiques*¹²¹ ».

¹¹⁷ *ibid.*

¹¹⁸ *ibid.*

¹¹⁹ F. G. TRÉBULLE, « Droit de l'environnement août 2010 - août 2011 », Recueil Dalloz 2011, p. 2694.

¹²⁰ *ibid.*

¹²¹ TUE, 09/09/2011, *République française contre Commission européenne*, n° T-257/07, *op. cit.*

562. La Cour a encore récemment affirmé la propension du principe de précaution à s'appliquer à d'autres secteurs que l'environnement, dans son arrêt de 2019 *Procédure pénale contre Mathieu Blaise et a.* : « Il importe de relever, à titre liminaire, que, si l'article 191, paragraphe 2, TFUE prévoit que la politique de l'environnement est fondée, notamment, sur le principe de précaution, ce principe a également vocation à s'appliquer dans le cadre d'autres politiques de l'Union, en particulier de la politique de protection de la santé publique ainsi que lorsque les institutions de l'Union adoptent, au titre de la politique agricole commune ou de la politique du marché intérieur, des mesures de protection de la santé humaine¹²² ». Dans cette affaire, les faits en cause se sont déroulés dans le département de l'Ariège, en France, où un groupe de personnes s'est introduit dans des magasins et a détruit des stocks de glyphosate¹²³. Poursuivis pénalement pour ces faits, ils invoquent pour leur défense, l'état de nécessité, le principe de précaution et la nécessité d'alerter les gérants des magasins concernés et la population sur les risques pour la santé publique créés par les produits contenant du glyphosate. Au cours du litige français, le Tribunal de Foix pose quatre questions préjudicielles à la CJUE sur la validité du règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 21 octobre 2009, concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et abrogeant les directives n° 79/117/CEE et n° 91/414/CEE du Conseil¹²⁴. Le juge français souhaite savoir si les règles générales établies par ce règlement remplissent réellement les exigences découlant du principe de précaution.
563. Si, du fait de la nature même du principe, l'utilisation du principe de précaution dans d'autres secteurs que celui de l'environnement est compréhensible, il n'en est pas de même

¹²² CJUE, 01/10/2019, *Procédure pénale contre Mathieu Blaise et a.*, n° C-616/17, ECLI:EU:C:2019:800, Rec. num.

¹²³ Les faits ont eu lieu dans le contexte du vif débat sur l'approbation du glyphosate : « l'approbation initiale du glyphosate, délivrée sur la base de la directive n° 91/414/CEE concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques, datait du 1^{er} juillet 2002 et [...] elle arrivait donc à échéance au 30 juin 2012. La directive ayant été abrogée par le règlement (CE) n° 1107/2009 du 21 octobre 2009 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques, une demande de renouvellement de l'approbation avait été effectuée dans ce cadre » (E. BROSSET, « Le glyphosate devant la Cour : quels enseignements sur le droit d'accès aux documents et à la justice dans le domaine de l'environnement ? », *Revue trimestrielle de droit européen* 2019, p. 629).

¹²⁴ Ce règlement n° 1107 en son considérant 8 énonce : « Le présent règlement a pour objet de garantir un niveau élevé de protection de la santé humaine et animale et de l'environnement, et dans le même temps de préserver la compétitivité de l'agriculture communautaire. [...] Le principe de précaution devrait être appliqué et le présent règlement devrait assurer que l'industrie démontre que les substances ou produits fabriqués ou mis sur le marché n'ont aucun effet nocif sur la santé humaine ou animale ni aucun effet inacceptable sur l'environnement ». Ce règlement fait donc lui aussi un rapprochement entre principe de précaution en santé et principe de précaution environnemental.

pour la tendance de la jurisprudence européenne à considérer comme équivalent au principe de précaution, le principe consacré à l'article 168 § 1 TFUE.

B) Le rapprochement par la jurisprudence européenne du principe d'intégration de la santé et du principe de précaution

564. Ce rapprochement peut sembler excessivement simplificateur, pour les raisons suivantes. Nous savons que le principe de précaution ne figure pas à l'article 168 TFUE relatif à la prise en compte de la santé dans les politiques et actions de l'Union européenne ; il n'apparaît pas non plus dans la Charte des droits fondamentaux, y compris dans l'article 37 relatif à l'environnement¹²⁵.
565. Le principe de précaution et le principe d'intégration pour la santé sont deux principes distincts. D'une part, dans le cadre du principe de précaution, le risque n'est pas toujours identifié¹²⁶. Le Professeur Brosset rappelle que « *la prévention est l'affaire des experts certains de leurs savoirs. La précaution vise une autre nature de l'incertitude : l'incertitude des savoirs scientifiques eux-mêmes*¹²⁷ ». Elle précise que « *le principe de précaution [...] exige deux [incertitudes] (l'existence du risque et la réalisation du dommage qui y est attaché)*¹²⁸ ». Le principe de précaution comprend donc une approche par la négative, puisqu'il implique de mener une action en prenant soin de limiter un risque et un dommage.
566. Le principe général d'intégration de la santé implique quant à lui une démarche proactive et constructive, dans la mesure où il impose de mener toutes les actions et politiques de l'Union au regard de l'objectif de protection et d'amélioration de la santé. Par ailleurs, contrairement au principe de précaution tel que consacré en droit de l'Union européenne, le principe d'intégration de la santé ne prévoit aucune règle à observer dans les différentes étapes de sa mise en œuvre : aucune évaluation des risques n'est imposée, et aucun principe directeur (proportionnalité, examen de l'évolution scientifique...) n'est identifié ou imposé. Le principe d'intégration de la santé n'implique pas une incertitude scientifique.

¹²⁵ E. BROSSET, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *op. cit.*

¹²⁶ Contrairement au principe de protection contre un danger (F. EWALD, C. GOLLIER, N. DE SADELEER, *Le principe de précaution*, Presses universitaires de France, Que sais-je ? 2008, 128 p.).

¹²⁷ E. BROSSET, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *op. cit.*

¹²⁸ *ibid.*

Le principe de précaution, dans certaines de ses applications, poursuit le même but que le principe d'intégration pour la santé, à savoir la protection de la santé même dans des domaines d'activités autres que la santé, mais les deux approches restent différentes. Nous allons voir que le rapprochement des deux principes (1°) se manifeste de façon nuancée (2°).

1°) L'article 168 § 1 TFUE et ses prédécesseurs, vus comme porteurs du principe de précaution

567. Dans un arrêt du 9 septembre 2011¹²⁹ puis un arrêt du 16 septembre 2013¹³⁰, le Tribunal de l'Union européenne considère que « le principe de précaution constitue un principe général du droit communautaire, découlant de l'article 3, sous p), CE, de l'article 6 CE, de l'article 152, paragraphe 1, CE, de l'article 153, paragraphes 1 et 2, CE et de l'article 174, paragraphes 1 et 2, CE, imposant aux autorités concernées de prendre, dans le cadre précis de l'exercice des compétences qui leur sont attribuées par la réglementation pertinente, des mesures appropriées en vue de prévenir certains risques potentiels pour la santé publique, la sécurité et l'environnement, en faisant prévaloir les exigences liées à la protection de ces intérêts sur les intérêts économiques ».
568. Il y a une cohérence entre les deux niveaux de juridictions européennes. En effet, dans un arrêt du 4 mai 2016, dit *Pillbox 38*¹³¹, la Cour considère aussi que le principe de précaution en santé est consacré entre autres à l'article 168 § 1 du TFUE. Dans cette affaire, la société *Pillbox 38 (UK) Ltd* s'opposait au Secrétaire d'État à la Santé britannique au sujet de la légalité de l'intention et de l'obligation du gouvernement du Royaume-Uni de transposer la directive européenne n° 2014/40/UE¹³² dans l'ordre juridique national. Cette directive du 3 avril 2014 est relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des

¹²⁹ TUE, 09/09/2011, *Dow AgroSciences Ltd et autres contre Commission européenne*, n° T-475/07, ECLI:EU:T:2011:445, Rec. II-05937.

¹³⁰ TUE, 16/09/2013, *Animal Trading Company (ATC) BV e. a. contre Commission européenne*, n° T-333/10, ECLI:EU:T:2013:451, Rec. num. Le Tribunal reprend ensuite ces propos pour l'article 168 § 1 TFUE dans l'arrêt du 17/03/2016, *Zoofachhandel Züpke GmbH e. a. contre Commission européenne*, n° T-817/14, ECLI:EU:T:2016:157, Rec. num.

¹³¹ CJUE, 04/05/2016, *Pillbox 38 (UK) Ltd contre Secretary of State for Health*, n° C-477/14, ECLI:EU:C:2016:324, Rec. num.

¹³² Directive n° 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive n° 2001/37/CE.

produits du tabac et des produits connexes, et abroge la directive n° 2001/37/CE. Concrètement, la société Pillbox estimait que les cigarettes électroniques ne devraient pas faire l'objet d'une réglementation spécifique et encore moins d'une réglementation comparable, voire plus stricte que celle applicable aux produits du tabac, du fait de leur caractère moins nocif, voire bénéfique pour la santé publique¹³³. Elle faisait valoir en particulier que l'article 20 de cette directive était invalide au motif qu'il méconnaissait les principes de proportionnalité, de sécurité juridique, d'égalité de traitement, de libre concurrence et de subsidiarité, ainsi que les articles 16 et 17 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne¹³⁴.

569. Au cours du litige, la juridiction britannique formule une demande de décision préjudicielle auprès du juge européen, au titre de l'article 267 TFUE. Sa question porte sur la validité de l'article 20 de la directive n° 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil. La Cour répond point par point à la question préjudicielle. S'agissant de la violation alléguée des principes de proportionnalité et de sécurité juridique, elle appelle notamment à l'appui de sa réponse, le principe de précaution. Le passage suivant mérite d'être cité :

« La circonstance que les produits du tabac ont pu bénéficier pendant de longues années de campagnes publicitaires ne peut en aucun cas constituer un motif imposant au législateur de l'Union de permettre de telles campagnes également au profit des cigarettes électroniques. Au contraire, dès lors qu'il a eu connaissance d'informations scientifiques sérieuses dénonçant l'existence de risques potentiels pour la santé humaine qu'un produit relativement nouveau sur le marché est susceptible d'engendrer, le législateur de l'Union était tenu d'agir conformément au principe de précaution, à l'article 35, deuxième phrase, de la Charte, à l'article 9 TFUE et aux articles 114, paragraphe 3, TFUE et 168, paragraphe 1, TFUE qui lui imposent d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union¹³⁵ ».

570. Juste après l'invocation du principe de précaution par le juge, nous avons là une énumération d'articles sur la protection de la santé : l'article 35 de la Charte des droits

¹³³ S. BERNHEIM-DESVAUX, « Santé des consommateurs : Rejet des trois procédures intentées par les géants de la distribution et de la fabrication de cigarettes », Revue mensuelle Lexisnexis Jurisclasseur 2016.

¹³⁴ Ces articles concernent la liberté d'entreprise et le droit de propriété.

¹³⁵ CJUE, 04/05/2016, *Pillbox 38 (UK) Ltd contre Secretary of State for Health*, n° C-477/14, *op. cit.*

fondamentaux¹³⁶, l'article 9¹³⁷, l'article 114 § 3¹³⁸ et l'article 168 § 1¹³⁹ TFUE. La difficulté ici réside dans le choix fait par le juge de juxtaposer cette énumération d'articles à sa mention du principe de précaution : « le législateur de l'Union était tenu d'agir conformément au principe de précaution, à l'article 35, etc.¹⁴⁰ ». Cela signifie-t-il que, selon la Cour, le principe de précaution est présent dans tous ces articles, ou cela veut-il dire au contraire que le principe de précaution et la série d'articles cités sont deux choses distinctes qu'il convient de respecter séparément ? La réponse n'est pas évidente, car si l'article 114 comporte bien une référence aux connaissances scientifiques, et peut donc en théorie renvoyer implicitement au principe de précaution, ce n'est pas le cas des autres articles visés. Affirmer que ces articles sont porteurs du principe de précaution ne tombe donc pas sous le sens. Une vérification de la version anglaise de l'arrêt de la Cour permet de dissiper l'ambiguïté¹⁴¹ : le juge européen considère bel et bien que le principe de précaution est consacré à l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux et aux articles 9, 114 et 168 § 1 du TFUE. Selon cette décision de la CJUE, la nécessaire intégration de la santé dans toutes les politiques et actions de l'Union européenne est donc un équivalent du principe de précaution tel que consacré par le droit de l'Union européenne.

2°) Un rapprochement entre les deux principes néanmoins nuancé

571. On observe une posture moins tranchée adoptée par le Tribunal dans un arrêt rendu le 9

¹³⁶ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, article 35 : « Protection de la santé : Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

¹³⁷ TFUE, article 9 : « Dans la définition et la mise en œuvre de ses politiques et actions, l'Union prend en compte les exigences liées à la promotion d'un niveau d'emploi élevé, à la garantie d'une protection sociale adéquate, à la lutte contre l'exclusion sociale ainsi qu'à un niveau élevé d'éducation, de formation et de protection de la santé humaine ».

¹³⁸ TFUE, article 114 § 3 : « La Commission, dans ses propositions prévues au paragraphe 1 en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs, prend pour base un niveau de protection élevé en tenant compte notamment de toute nouvelle évolution basée sur des faits scientifiques. Dans le cadre de leurs compétences respectives, le Parlement européen et le Conseil s'efforcent également d'atteindre cet objectif ».

¹³⁹ TFUE, article 168 § 1, alinéa 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 ».

¹⁴⁰ CJUE, 04/05/2016, *Pillbox 38 (UK) Ltd contre Secretary of State for Health*, n° C-477/14, *op. cit.*

¹⁴¹ « The fact that tobacco products have been able to benefit for many years from advertising campaigns cannot under any circumstances constitute a reason requiring the EU legislature to allow such campaigns also for electronic cigarettes. On the contrary, as soon as it became aware of serious scientific information alleging the existence of potential risks to human health to which a relatively new product on the market might give rise, the EU legislature was required to act in accordance with the precautionary principle in the second sentence of Article 35 of the Charter, Article 9 TFEU and Articles 114(3) TFEU and 168(1) TFEU which require it to ensure a high level of protection of human health in the definition and implementation of all Union policies and activities ». (CJUE, 04/05/2016, *Pillbox 38 (UK) Ltd contre Secretary of State for Health*, n° C-477/14, *op. cit.*)

septembre 2011¹⁴². En l'espèce, la République française a introduit un recours visant à l'annulation du point 3 de l'annexe du règlement n° 727/2007¹⁴³, pour violation du principe de précaution, en ce que ce texte introduit, dans l'annexe VII du règlement n° 999/2001, le point 2.3, sous b), iii), le point 2.3, sous d), et le point 4 qui assouplissent le régime d'éradication des encéphalopathies spongiformes transmissibles (EST). Elle a également introduit une demande en référé afin d'obtenir le sursis à l'exécution dudit régime.

572. Précisons pour commencer que pour appuyer sa demande, la France n'a pas invoqué l'article 152 § 1 du Traité sur la Communauté européenne. En ce qui la concerne, elle ne fait pas d'assimilation entre cet article et le principe de précaution. Elle se fonde en revanche sur l'article 24 bis du règlement n° 999/2001, selon lequel « *les décisions à adopter conformément à l'une des procédures visées à l'article 24 sont fondées sur une évaluation appropriée des risques potentiels pour la santé humaine et animale et, en tenant compte des preuves scientifiques existantes, maintiennent, ou si cela est justifié du point de vue scientifique, augmentent le niveau de protection de la santé humaine et animale assuré dans la Communauté*¹⁴⁴ ». Or, l'article 24 bis, selon le Tribunal, fait référence implicitement à l'article 152 : « *l'article 24 bis du règlement n° 999/2001 transcrit l'obligation contenue dans l'article 152, paragraphe 1, CE en exigeant que, lors de l'adoption de décisions dans le contexte dudit règlement, soit maintenu, ou si cela est justifié du point de vue scientifique, soit augmenté le niveau de protection de la santé humaine assuré dans la Communauté*¹⁴⁵ ».

573. Tout au long de son jugement, le Tribunal adopte une double posture vis-à-vis du principe de précaution et du principe d'intégration tel que consacré à l'article 152 § 1 TCE, sur la santé publique. D'une part, il joint étroitement ces deux principes, puisqu'il considère que « *le principe de précaution constitue un principe général du droit de l'Union, découlant de l'article 3, sous p), CE, de l'article 6 CE, de l'article 152, paragraphe 1, CE, de l'article 153, paragraphes 1 et 2, CE et de l'article 174, paragraphes 1 et 2, CE*¹⁴⁶ ». Cette interprétation très libre des textes prête à penser que l'article 152 § 1 TCE est l'un des fondements du principe de précaution. D'autre part, le Tribunal conclut son jugement en estimant que « *la Commission n'a pas violé le principe de*

¹⁴² TUE, 09/09/2011, *République française contre Commission européenne*, n° T-257/07, *op. cit.*

¹⁴³ Règlement (CE) n° 727/2007 de la Commission du 26 juin 2007 modifiant les annexes I, III, VII et X du règlement (CE) n° 999/2001 du Parlement européen et du Conseil fixant les règles pour la prévention, le contrôle et l'éradication de certaines encéphalopathies spongiformes transmissibles.

¹⁴⁴ TUE, 09/09/2011, *République française contre Commission européenne*, n° T-257/07, *op. cit.*

¹⁴⁵ *ibid.*

¹⁴⁶ *ibid.*

précaution et l'obligation de maintenir un niveau élevé de protection de la santé consacrée par l'article 152, paragraphe 1, CE et l'article 24 bis du règlement n° 999/2001 en adoptant les mesures contestées. Le recours doit donc être rejeté¹⁴⁷ ». Mettant le principe de précaution et le principe d'intégration de la santé sur un pied d'égalité dans sa réponse, le Tribunal considère ainsi que les deux principes sont étroitement liés.

574. Cependant, le Tribunal marque aussi la différence entre les deux principes. Il le fait lorsqu'il présente les considérations de principe sur le fond, au début de l'arrêt, distinguant bien dans des paragraphes distincts l'article 152, qui relève de la protection de la santé humaine, et d'autre part le principe de précaution. La distinction peut apparaître toutefois moins évidente, plus ambiguë lorsque, pour rejeter la demande de la France, le Tribunal retient notamment que *« la circonstance que les mesures contestées entraînent une augmentation du risque d'exposition de l'homme aux EST affectant des petits ruminants ne suffit pas pour établir une violation du principe de précaution ou de l'obligation pour la Commission de maintenir un niveau élevé de protection de la santé humaine consacré par l'article 152 § 1 CE et l'article 24 bis du règlement n° 999/2001. En effet, une telle violation ne peut être établie que pour autant que l'adoption des mesures contestées et, partant, l'augmentation du risque d'exposition de l'homme aux EST affectant les petits ruminants entraînent des risques pour la santé humaine qui dépassent le niveau jugé acceptable pour la société¹⁴⁸ »*. Sans plus d'explication, le Tribunal a utilisé tantôt le « et », tantôt le « ou » dans l'association entre les deux principes, ce qui laisse la porte ouverte aux interrogations.

575. Cette affaire s'est poursuivie avec l'arrêt de la CJUE du 11 juillet 2013¹⁴⁹ qui apporte peu d'éclaircissements sur ce point. Après avoir été déboutée en première instance, la République française demande à la Cour d'annuler l'arrêt du Tribunal du 9 septembre 2011, de statuer à titre définitif et d'annuler le règlement litigieux ou, à titre subsidiaire, de renvoyer l'affaire devant le Tribunal, et de condamner la Commission aux dépens. La Commission demande quant à elle à la Cour de rejeter le pourvoi et de condamner la République française aux dépens. À l'appui de sa demande, la République française invoque quatre moyens tirés d'une violation de l'obligation de motivation, d'une dénaturation des faits, d'une erreur dans la qualification juridique des faits et enfin d'une erreur de droit

¹⁴⁷ *ibid.*

¹⁴⁸ *ibid.*

¹⁴⁹ CJUE, 11/07/2013, *République française contre Commission européenne*, n° C-601/11 P, *op. cit.*

tenant à la violation de l'article 24 bis du règlement n° 999/2001¹⁵⁰ et du principe de précaution - c'est encore une fois ce dernier moyen qui nous intéresse ici. Dans sa réponse, la Cour ne nomme pas explicitement le principe de précaution mais elle en utilise les concepts, invoquant l'incertitude scientifique, la gestion et le réexamen du risque en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, et la nécessité d'adopter des mesures proportionnées qui n'imposeraient pas plus de restrictions au commerce qu'il n'est nécessaire pour obtenir le niveau élevé de protection de la santé choisi par l'Union. Elle ne s'attarde pas sur le lien entre l'article 152 (devenu 168 TFUE entre-temps) paragraphe 1 du Traité CE et le principe de précaution, mais l'on pourrait interpréter les propos suivants comme une forme d'association entre les deux principes : « *le niveau de protection de la santé humaine est en étroite corrélation avec le niveau de risque jugé acceptable pour la société, lequel dépend, à son tour, des connaissances scientifiques disponibles à un moment donné*¹⁵¹ ».

576. On peut enfin évoquer une autre perspective, qui correspond au recours au principe de précaution comme outil pour atteindre l'objectif de l'intégration pour la santé. La démarche d'assimilation vue ci-dessus semble coexister avec un autre raisonnement de la Cour, développé parfois au sein des mêmes arrêts. Par exemple, dans un arrêt de 2019¹⁵², la Cour semble voir le principe de précaution comme un moyen de faire respecter l'exigence posée à l'article 168 TFUE § 1 : « *Il incombe donc au législateur de l'Union, lorsqu'il adopte des règles régissant la mise sur le marché de produits phytopharmaceutiques, telles que celles énoncées par le règlement n° 1107/2009, de se conformer au principe de précaution, en vue notamment d'assurer, conformément à l'article 35 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ainsi qu'à l'article 9 et à l'article 168, paragraphe 1, TFUE, un niveau élevé de protection de la santé humaine* ».

577. Le principe de proportionnalité est un autre principe qui mérite développement ici. Il n'est pas sans lien avec le principe de précaution, comme le soulignait le Professeur Molinier : « *aujourd'hui encore la légalité d'une mesure est fréquemment appréciée conjointement au regard des principes de proportionnalité et de précaution, qui apparaissent souvent indissolublement liés*¹⁵³ ». Un

¹⁵⁰ Règlement (CE) n° 999/2001 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2001 fixant les règles pour la prévention, le contrôle et l'éradication de certaines encéphalopathies spongiformes transmissibles.

¹⁵¹ CJUE, 11/07/2013, *République française contre Commission européenne*, n° C-601/11 P, *op. cit.*

¹⁵² CJUE, 01/10/2019, *Procédure pénale contre Mathieu Blaise et a.*, n° C-616/17, *op. cit.*

¹⁵³ J. MOLINIER, « Principes généraux - Teneur des principes généraux du droit, Principe de précaution », Répertoire de droit européen 2011. L'auteur renvoie ici à un exemple : CJUE, 08/07/2010, *Afton Chemical Limited contre Secretary of State for Transport*, n° C-343/09, ECLI:EU:C:2010:419, Rec. I-07027.

exemple intéressant de cette proximité entre les principes de précaution et de proportionnalité dans les cas qui concernent l'objet de cette étude, se trouve dans l'arrêt « vache folle » de 1998, commenté précédemment : « outre pour la clarté de son énoncé du principe, l'arrêt « vache folle » est également resté dans les annales parce que la Cour a admis que le principe de précaution pouvait fonder « une mise entre parenthèses des principes juridiques structurant le marché unique » bien au-delà du champ de l'environnement, ici en matière de protection de la santé¹⁵⁴ ». Il y a donc un arbitrage opéré entre plusieurs principes, parfois au bénéfice de la protection de la santé. Nous verrons dans la prochaine sous-section que dans cette décision de 1998, la Cour utilise le principe de précaution dans sa réponse au moyen invoquant la violation du principe de proportionnalité.

§ 2) Le principe d'intégration de la santé et le principe de proportionnalité

578. Selon l'article 5 § 4 du Traité sur l'Union européenne, « en vertu du principe de proportionnalité, le contenu et la forme de l'action de l'Union n'excèdent pas ce qui est nécessaire pour atteindre les objectifs des traités. Les institutions de l'Union appliquent le principe de proportionnalité conformément au protocole sur l'application des principes de subsidiarité et de proportionnalité ».
579. La Cour se repose dans plusieurs de ses arrêts¹⁵⁵ sur une jurisprudence constante, selon laquelle « le principe de proportionnalité exige que les actes des institutions de l'Union soient aptes à réaliser les objectifs légitimes poursuivis par la réglementation en cause et ne dépassent pas les limites de ce qui est nécessaire à la réalisation de ces objectifs, étant entendu que, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante et que les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux buts visés ». En présence de plusieurs objectifs poursuivis, notamment celui de la protection de la santé, il convient alors d'opérer un arbitrage (A) mais cela ne permet pas toujours d'atteindre un équilibre (B).

¹⁵⁴ E. BROSSET, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *op. cit.*

¹⁵⁵ Par exemple CJUE, 04/05/2016, *République de Pologne contre Parlement européen et Conseil de l'Union européenne*, n° C-358/14, ECLI:EU:C:2016:323, Rec. num. La Cour renvoie à ses arrêts CJCE, 10/12/2002, *The Queen contre Secretary of State for Health, ex parte British American Tobacco (Investments) Ltd et Imperial Tobacco Ltd.*, n° C-491/01, ECLI:EU:C:2002:741, Rec. I-11453 ; CJUE, 09/03/2010, *Raffinerie Mediterranée (ERG) SpA, Polimeri Europa SpA et Syndial SpA contre Ministero dello Sviluppo economico et autres* (C-379/08) et *ENI SpA contre Ministero Ambiente e Tutela del Territorio e del Mare et autres* (C-380/08), ECLI:EU:C:2010:127, Rec. I-02007, aff. jointes ; ainsi que CJUE, 16/06/2015, *Peter Gauweiler e.a. contre Deutscher Bundestag*, n° C-62/14, ECLI:EU:C:2015:400, Rec. num.

A) La conciliation de différents objectifs

580. L'affaire de la « vache folle » est un exemple de cas où différents intérêts - notamment la santé publique - sont en présence (1°). La démarche adoptée par la CJUE à cette occasion se répétera par la suite dans d'autres affaires (2°).

1°) L'exemple de l'arrêt Royaume-Uni contre Commission du 5 mai 1998

581. L'arrêt « vache folle » du 5 mai 1998¹⁵⁶ rendu par la Cour de justice offre une illustration de l'intrication entre les objectifs de protection de la santé et le bon fonctionnement du marché intérieur¹⁵⁷. Cet arrêt et l'ordonnance qui y est associée¹⁵⁸, pris « suite à la crise de l'ESB et à l'occasion du contentieux relatif à l'embargo appliqué à l'égard de certains produits bovins britanniques¹⁵⁹ » sont une confirmation de la jurisprudence « hormones »¹⁶⁰ de 1988 vue précédemment et ont rappelé que « les institutions communautaires devaient garantir une protection adéquate de la santé publique dans la mise en œuvre du principe de libre circulation des marchandises¹⁶¹ ».

582. L'affaire « vache folle »¹⁶² portait sur une décision adoptée par la Commission le 27 mars 1996 relative à certaines mesures d'urgence en matière de protection contre l'ESB¹⁶³. Le Royaume-Uni demandait l'annulation de cette décision et de certains autres actes de la Commission¹⁶⁴. Le Royaume-Uni invoquait de nombreux moyens au soutien de

¹⁵⁶ CJCE, 05/05/1998, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96, *op. cit.*

¹⁵⁷ « La Commission considère par ailleurs que le requérant tente de procéder à une distinction artificielle entre la santé publique et le bon fonctionnement du marché intérieur. Examinées dans une perspective de long terme, les mesures prises étaient nécessaires à la réalisation des objectifs des directives 90/425 et 89/662, à savoir la protection de la santé publique et animale dans le contexte du bon fonctionnement du marché intérieur ».

¹⁵⁸ CJCE, 12/07/1996, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96 R, *op. cit.*

¹⁵⁹ Y. PETIT, « Agriculture, Portée des objectifs de la PAC », *op. cit.*

¹⁶⁰ CJCE, 23/02/1988, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Conseil des Communautés européennes*, n° C-68/86, *op. cit.*

¹⁶¹ Y. PETIT, « Agriculture, Portée des objectifs de la PAC », *op. cit.*

¹⁶² CJCE, 05/05/1998, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96, *op. cit.*

¹⁶³ Commission des Communautés européennes, Décision n° 96/239/CE du 27 mars 1996 relative à certaines mesures d'urgence en matière de protection contre l'encéphalopathie spongiforme bovine.

¹⁶⁴ Par acte séparé du même jour, le Royaume-Uni avait également demandé le sursis à l'exécution de la décision attaquée et/ou l'octroi de certaines mesures provisoires. Cette demande en référé avait été rejetée par ordonnance de la Cour du 12/07/1996, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96 R, *op. cit.*

sa demande d'annulation de la décision attaquée, et parmi ceux-ci il estimait qu'il y avait une violation du principe de proportionnalité. Sur ce dernier moyen, le Royaume-Uni estimait que la décision attaquée était inappropriée au regard de l'objectif de protection de la santé publique ou animale puisqu'il avait déjà adopté les mesures adéquates, et que celles-ci avaient également été prises au niveau communautaire, et il soulignait en outre que ces mesures avaient démontré leur efficacité par la diminution rapide de l'incidence de l'ESB au Royaume-Uni¹⁶⁵.

583. Dans sa réponse, la Cour a d'abord insisté sur l'importance du principe de proportionnalité, ce principe général du droit communautaire, qui « exige que les actes des institutions communautaires ne dépassent pas les limites de ce qui est approprié et nécessaire à la réalisation des objectifs légitimes poursuivis par la réglementation en cause, étant entendu que, lorsqu'un choix s'offre entre plusieurs mesures appropriées, il convient de recourir à la moins contraignante, et que les inconvénients causés ne doivent pas être démesurés par rapport aux buts visés¹⁶⁶ ».

584. Pour effectuer son analyse, la Cour se fonde sur le principe de précaution du droit communautaire, rappelant son fondement à « l'article 130 R, paragraphe 1, du traité CE, selon lequel la protection de la santé des personnes relève des objectifs de la politique de la Communauté dans le domaine de l'environnement. Le paragraphe 2 du même article prévoit que cette politique, visant un niveau de protection élevé, se fonde notamment sur les principes de précaution et d'action préventive et que les exigences en matière de protection de l'environnement doivent être intégrées dans la définition et la mise en œuvre des autres politiques de la Communauté¹⁶⁷ ».

585. Elle tient compte du fait que lorsque la décision attaquée a été prise par la Commission, il y avait une grande incertitude vis-à-vis des risques présentés par les animaux vivants, la viande bovine ou les produits dérivés¹⁶⁸. Elle applique donc le principe de précaution en

¹⁶⁵ CJCE, 05/05/1998, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96, *op. cit.*

¹⁶⁶ *ibid.*

¹⁶⁷ *ibid.*

¹⁶⁸ D'où son article 1 : « Dans l'attente d'un examen global de la situation et nonobstant les dispositions communautaires adoptées en matière de protection contre l'encéphalopathie spongiforme bovine, le Royaume-Uni n'expédie pas de son territoire vers les autres États membres et les pays tiers :

- de bovins vivants, de leurs spermes et embryons,
- des viandes de l'espèce bovine abattus au Royaume-Uni, des produits obtenus à partir d'animaux de l'espèce bovine abattus au Royaume-Uni, qui sont susceptibles d'entrer dans la chaîne alimentaire humaine ou animale, et les produits destinés à usage médical, cosmétique ou pharmaceutique,
- des farines de viande et d'os provenant de mammifères » (Commission des Communautés européennes,

admettant que « *lorsque des incertitudes subsistent quant à l'existence ou à la portée de risques pour la santé des personnes, les institutions peuvent prendre des mesures de protection sans avoir à attendre que la réalité et la gravité de ces risques soient pleinement démontrées*¹⁶⁹ ».

586. La décision attaquée a été adoptée à titre de « *mesure d'urgence* », édictant une interdiction d'exportation « *de façon transitoire* » (cinquième considérant)¹⁷⁰. Par ailleurs, la Commission y reconnaît la nécessité d'approfondir sur le plan scientifique la portée des nouvelles informations et les mesures à prendre et, par conséquent, la nécessité de revoir la décision attaquée après un examen de l'ensemble de la situation (septième considérant).
587. En ce qui concerne tout d'abord les animaux vivants, la Cour relève que l'interdiction d'exportation résultant de la décision attaquée ne vise que « *les bovins âgés de moins de six mois issus de vaches pour lesquelles l'ESB n'était ni suspectée ni confirmée* » et que les incertitudes scientifiques quant aux modes de transmission de l'ESB conduisent à l'impossibilité d'avoir la certitude qu'un veau soit issu d'une vache totalement exempte d'ESB ou, même si tel était le cas, qu'il soit lui-même totalement exempt de la maladie¹⁷¹. C'est pourquoi sur ce premier point, la Cour considère que l'interdiction de l'exportation des bovins vivants ne saurait être considérée comme étant une mesure manifestement inappropriée, au regard des exigences du principe de proportionnalité¹⁷².
588. Deuxièmement, s'agissant de la viande bovine, la Cour se fonde sur le fait qu'en raison « *de la longue période d'incubation de la maladie, tout animal âgé de six mois ou plus devait être traité comme potentiellement infecté par l'ESB, même s'il n'en présentait pas les signes*¹⁷³ ». Des mesures particulières avaient été adoptées au Royaume-Uni, relatives à l'abattage des animaux et au découpage des viandes, mais elles ne sont pas apparues suffisantes pour la Cour. Elle considère donc que l'interdiction de l'exportation de la viande bovine n'est pas une mesure manifestement inappropriée.

Décision n° 96/239/CE du 27 mars 1996 relative à certaines mesures d'urgence en matière de protection contre l'encéphalopathie spongiforme bovine, *op. cit.*)

¹⁶⁹ CJCE, 05/05/1998, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96, *op. cit.*

¹⁷⁰ *ibid.*

¹⁷¹ *ibid.*

¹⁷² *ibid.*

¹⁷³ *ibid.*

589. Enfin, s'agissant des produits dérivés, la Cour retient que concernant le sperme et les embryons, il n'était pas possible d'exclure complètement le risque de transmission verticale au moment de l'adoption de la décision attaquée. Concernant les autres produits dérivés tels le suif et la gélatine, elle estime que « *la Commission a fait preuve d'une prudence adéquate en interdisant leur exportation jusqu'à ce qu'un réexamen global de la situation ait lieu*¹⁷⁴ ».
590. Ainsi la Cour conclut que « *compte tenu de la gravité du danger et de l'urgence, la Commission n'a pas réagi de façon manifestement inappropriée en adoptant, à titre transitoire et en attendant de plus amples informations scientifiques, une interdiction globale d'exportation des bovins, de la viande bovine et des produits dérivés. Par conséquent, le moyen tiré de la violation du principe de proportionnalité n'est pas fondé*¹⁷⁵ ». Sur la base de cet arrêt, il a été observé que la santé publique, « *cet intérêt public péremptoire, prime les intérêts économiques*¹⁷⁶ ».

2°) Une conciliation poursuivie dans la jurisprudence ultérieure

591. Peu de temps après, par un arrêt du 9 septembre 2003¹⁷⁷ portant sur une mesure de suspension préventive de la commercialisation et de l'utilisation de certains produits transgéniques en Italie, la Cour a, à nouveau, à se prononcer sur le respect du principe de proportionnalité.
592. Il s'agit d'un litige entre Monsanto Agricoltura Italia SpA e.a. et la Présidence du Conseil des ministres italien. L'Italie s'oppose à ce qu'un certain type de nouveaux aliments soit qualifié de « *substantiellement équivalents* » à des aliments existants au sens de l'article 3, paragraphe 4, premier alinéa, du règlement n° 258/97. Depuis janvier 1998, la Commission et les États membres s'étaient mis d'accord pour ne pas continuer à utiliser la procédure simplifiée pour les nouveaux aliments, dérivés d'organismes génétiquement modifiés, qui contiennent des protéines transgéniques. Par lettres des 23 novembre 1998, 4 février et 2 avril 1999, adressées à la Commission, le ministre de la Santé italien invoque l'irrégularité

¹⁷⁴ *ibid.*

¹⁷⁵ *ibid.*

¹⁷⁶ N. DE SADELEER, « Le principe de précaution dans le droit de l'Union européenne, Le juge européen et le principe de précaution », *op. cit.*

¹⁷⁷ CJCE, 09/09/2003, *Monsanto Agricoltura Italia SpA et autres contre Presidenza del Consiglio dei Ministri et autres*, n° C-236/01, *op. cit.*

du recours à la procédure simplifiée pour la mise sur le marché de nouveaux aliments ou de nouveaux ingrédients alimentaires dérivés des lignées de maïs Bt-11, MON 809 et MON 810.

593. Dans le cadre du litige entre Monsanto Agricoltura Italia SpA e.a. et la Présidence du Conseil des ministres italien, le tribunal compétent adresse des questions préjudicielles au juge européen concernant l'interprétation et la validité des articles 3, paragraphe 4, premier alinéa, et 5, premier alinéa, du règlement (CE) n° 258/97 du Parlement européen et du Conseil du 27 janvier 1997 relatif aux nouveaux aliments et aux nouveaux ingrédients alimentaires, ainsi que sur l'interprétation de l'article 12 de ce règlement.
594. Parmi les questions auxquelles la Cour doit répondre, la quatrième concerne la validité de la procédure simplifiée en ce qui concerne l'une des conditions d'application prévue à l'article 5 du règlement n° 258/97 : il s'agit de celle relative à l'équivalence substantielle au sens de l'article 3, paragraphe 4, premier alinéa, de ce règlement, dans l'hypothèse où cette condition devrait être considérée comme remplie en l'espèce. Selon la Cour, il s'agit en fait de savoir si la procédure simplifiée, n'exigeant pas une évaluation intégrale des risques, est assortie « *de modalités suffisantes pour assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine et de l'environnement au sens, respectivement, des articles 152, paragraphe 1, CE ainsi que 174, paragraphe 2, CE et pour garantir le respect des principes de précaution et de proportionnalité*¹⁷⁸ ». La Cour rappelle que pour vérifier si une disposition de droit communautaire est conforme au principe de proportionnalité, il implique de vérifier si les moyens qu'elle met en œuvre permettent de réaliser l'objectif visé et s'ils ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre. En l'espèce, elle juge qu'il « *n'apparaît pas que la procédure simplifiée, fondée notamment sur la condition d'équivalence substantielle, soit inappropriée pour atteindre à la fois l'objectif d'assurer le fonctionnement du marché intérieur des nouveaux aliments et celui de la protection de la santé humaine ainsi que de l'environnement qui sous-tendent le règlement n° 258/97*¹⁷⁹ ». Pour fonder cette décision, elle retient notamment qu'il s'agit « *d'une procédure dérogatoire à la procédure normale qui n'est applicable que pour certains types de nouveaux aliments et lorsque la condition d'équivalence substantielle est remplie* ». La procédure simplifiée doit selon la Cour être considérée comme compatible avec le principe de proportionnalité.

¹⁷⁸ *ibid.*

¹⁷⁹ *ibid.*

595. Dans la même veine que ces jurisprudences, la Cour, dans deux affaires jointes du 12 juillet 2005 portant sur la libre circulation des compléments alimentaires (commercialisés comme des denrées alimentaires) dans le marché intérieur est amenée notamment à déterminer s'il y a eu ou non une violation du principe de proportionnalité¹⁸⁰.
596. Dans la première affaire, les requérantes au principal sont une association européenne regroupant des fabricants, des grossistes, des distributeurs, des détaillants et des consommateurs de compléments alimentaires ainsi qu'un petit distributeur-détaillant spécialisé dans la commercialisation des compléments alimentaires au Royaume-Uni. Dans la deuxième affaire, les requérantes au principal sont deux associations professionnelles représentant environ 580 sociétés qui distribuent des produits diététiques au Royaume-Uni. Elles introduisent des requêtes afin d'obtenir l'autorisation d'exercer un recours en contrôle de légalité des *Food Supplements (England) Regulations 2003* et des *Food Supplements (Wales) Regulations 2003*, qui transposent la directive n° 2002/46 en droit britannique. Elles allèguent que l'interdiction découlant des dispositions visées constitue une restriction au commerce intracommunautaire et international de compléments alimentaires jusqu'ici légalement mis en circulation. Au cours des litiges, des demandes de décision préjudicielle au titre de l'article 234 TCE sont introduites par les tribunaux britanniques auprès du juge européen pour savoir si les articles 3, 4 § 1, et 15, sous b), de la directive n° 2002/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 10 juin 2002 relative au rapprochement des législations des États membres concernant les compléments alimentaires sont valides, notamment au regard du principe de proportionnalité.
597. Parmi les questions à traiter, la Cour doit se prononcer sur la violation des articles 28 TCE et 30 TCE et des articles 1^{er} § 2, et 24 § 2, sous a), du règlement CE du 22 décembre 1994 relatif au régime commun applicable aux importations¹⁸¹, violation qui aurait selon les requérantes entraîné l'invalidité des articles 3, 4 § 1, et 15, deuxième alinéa, sous b), de la directive n° 2002/46¹⁸². Elle répond en deux temps, c'est-à-dire d'abord eu égard à la

¹⁸⁰ CJCE, 12/07/2005, *Alliance for natural health e.a.*, n° C-154/04, *op. cit.* et CJUE, 12/07/2005, *National Association of Health Stores e.a.*, n° C-155/04, *op. cit.* (aff. jointes).

¹⁸¹ Règlement (CE) n° 3285/94 du Conseil du 22 décembre 1994 relatif au régime commun applicable aux importations et abrogeant le règlement (CE) n° 518/94.

¹⁸² Question b.

restriction du commerce en raison d'un motif de santé publique, puis eu égard au principe de proportionnalité¹⁸³.

598. La Cour commence par rappeler que comme le prévoit l'article 30 TCE, l'article 28 TCE ne fait pas obstacle aux interdictions ou aux restrictions justifiées, notamment, par des raisons de protection de la santé et de la vie des personnes. Elle reconnaît que les dispositions des articles 3, 4 § 1, et 15, deuxième alinéa, sous b), de la directive n° 2002/46 sont effectivement une restriction visée à l'article 28 TCE, dans la mesure où elles interdisent la commercialisation dans la Communauté des compléments alimentaires contenant des vitamines, des minéraux ou des substances vitaminiques ou minérales ne figurant pas sur les listes positives. Elles restreignent donc la libre circulation des compléments alimentaires à l'intérieur de la Communauté. La Cour prend note du fait qu'à la lecture de la directive n° 2002/46, il apparaît que le législateur communautaire motive cette mesure d'interdiction par des considérations liées à la protection de la santé humaine. Elle vérifie alors si cette mesure « *est nécessaire et proportionnée au regard de l'objectif de protection de la santé des personnes* », puisque les requérantes plaident le contraire¹⁸⁴.

599. En ce qui concerne le caractère prétendument disproportionné des mesures attaquées, la Cour retient que « *eu égard à la nécessité pour le législateur communautaire de prendre en compte le principe de précaution lorsqu'il adopte, dans le cadre de la politique du marché intérieur, des mesures visant à protéger la santé humaine, les auteurs de la directive 2002/46 ont pu raisonnablement considérer que la manière appropriée de concilier l'objectif du marché intérieur, d'une part, et celui relatif à la protection de la santé humaine, d'autre part, consistait à réserver le bénéfice de la libre circulation aux compléments alimentaires comportant des substances pour lesquelles, au moment de l'adoption de ladite directive, les autorités scientifiques européennes compétentes disposaient de données scientifiques suffisantes et appropriées propres à fonder un avis favorable de leur part, tout en prévoyant la possibilité [...] d'obtenir une modification du contenu des listes positives en fonction de l'évolution des sciences et des technologies*¹⁸⁵ ». Elle approuve, ce faisant, la démarche du législateur communautaire et ne voit pas ici de violation du principe de proportionnalité.

¹⁸³ CJCE, 12/07/2005, *Alliance for natural health e.a.*, n° C-154/04, *op. cit.* et CJUE, 12/07/2005, *National Association of Health Stores e.a.*, n° C-155/04, *op. cit.* (aff. jointes).

¹⁸⁴ *ibid.*

¹⁸⁵ *ibid.*

600. L'autre question méritant commentaire est celle par laquelle la juridiction de renvoi demande si les dispositions des articles 3, 4 § 1 et 15, deuxième alinéa, sous b), de la directive n° 2002/46 sont invalides en raison d'une violation du principe de proportionnalité¹⁸⁶. Selon les requérantes au principal, ces dispositions constituent un moyen disproportionné pour parvenir à l'objectif visé. La Cour balaye cette question par un argumentaire très court. Elle retient que les dispositions visées permettent bien de réaliser l'objectif qu'elles visent et que, « *compte tenu de l'obligation pour le législateur communautaire de garantir un niveau élevé de protection de la santé des personnes, elles ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif* ¹⁸⁷ ». Elle conclut que ces dispositions ne sont pas invalides en raison d'une violation du principe de proportionnalité.
601. Dans un arrêt du 16 mars 2016¹⁸⁸, le Tribunal de l'Union européenne a lui aussi rejeté l'argument de la société requérante qui invoquait une violation du principe de proportionnalité. La société Dextro Energy GmbH & Co. KG demande l'annulation du règlement n° (UE) 2015/8 de la Commission du 6 janvier 2015 concernant le refus d'autoriser certaines allégations de santé portant sur les denrées alimentaires, autres que celles faisant référence à la réduction du risque de maladie ainsi qu'au développement et à la santé des enfants.
602. Parmi ses moyens, la société estime en effet que la Commission a violé l'article 18 § 4 du règlement n° 1924/2006¹⁸⁹ car elle aurait refusé, en dépit des avis positifs de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA), l'inclusion des cinq allégations de santé demandées dans la liste de l'Union des allégations autorisées, visée à l'article 13 § 3 de ce règlement. La requérante avance aussi l'argument selon lequel la Commission aurait violé le principe de proportionnalité en adoptant le règlement attaqué. Selon la société, la décision de refus de la Commission n'était ni appropriée ni nécessaire pour atteindre l'objectif du

¹⁸⁶ Question d.

¹⁸⁷ CJCE, 12/07/2005, *Alliance for natural health e.a.*, n° C-154/04, *op. cit.* et CJUE, 12/07/2005, *National Association of Health Stores e.a.*, n° C-155/04, *op. cit.* (aff. jointes).

¹⁸⁸ TUE, 16/03/2016, *Dextro Energy GmbH & Co. KG contre Commission européenne*, n° T-100/15, ECLI:EU:T:2016:150, Rec. num.

¹⁸⁹ Règlement (CE) n° 1924/2006 du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires.

règlement n° 1924/2006, à savoir l'utilisation d'allégations de santé suffisamment établies sur le plan scientifique¹⁹⁰.

603. Pour écarter le moyen fondé sur la violation du principe de proportionnalité, le Tribunal répond en plusieurs points. En ce qui concerne plus particulièrement le caractère supposément inapproprié du règlement attaqué, dans son deuxième point, le Tribunal retient que la requérante fait référence à la jurisprudence de la Cour selon laquelle en cas d'interdiction nationale de publicité, « *la protection des consommateurs pourrait être suffisamment garantie par une obligation appropriée de marquage telle qu'un étiquetage assurant la transparence des offres faites aux consommateurs* ». Il fait cependant remarquer que cette jurisprudence concerne des mesures nationales non harmonisées. Or, il rappelle que le règlement attaqué a comme base juridique l'article 18 § 4 du règlement n° 1924/2006, règlement lui-même fondé sur l'article 95 TCE selon lequel le législateur arrête les mesures relatives au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres qui ont pour objet l'établissement et le fonctionnement du marché intérieur. À cet égard, le Tribunal souligne que « *l'article 168, paragraphe 1, premier alinéa, TFUE prévoit qu'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* » et que « *l'article 95, paragraphe 3, CE ainsi que l'article 114, paragraphe 3, TFUE exigent de façon expresse que, dans l'harmonisation réalisée, un niveau élevé de protection de la santé des personnes soit garanti* ¹⁹¹ ».

B) Une tendance au déséquilibre au profit de la protection de la santé

604. La CJUE tranche parfois en faveur de l'intérêt sanitaire, comme dans son arrêt *Philip Morris* (1°) mais aussi dans des arrêts qui suivront (2°).

¹⁹⁰ TUE, 16/03/2016, *Dextro Energy GmbH & Co. KG contre Commission européenne*, n° T-100/15, *op. cit.*

¹⁹¹ *ibid.*

1°) L'exemple de l'arrêt *Philip Morris Brands SARL e.a. contre Secretary of State for Health*

605. Dans son arrêt du 4 mai 2016, dit *Philip Morris*¹⁹², la Cour a statué sur des questions préjudicielles posées au cours d'une affaire dans laquelle les groupes Philip Morris International et British American Tobacco contestaient des nouvelles mesures d'uniformisation de l'étiquetage et du conditionnement des produits du tabac, issues de la directive n° 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive n° 2001/37/CE. Ils reprochaient à l'État britannique d'avoir imposé, lors de la transposition de ces exigences européennes, le recouvrement de 65 % des paquets de cigarettes par l'apposition d'avertissements sanitaires, et mettaient notamment en cause la proportionnalité de ces exigences au regard de l'objectif du droit de l'Union européenne exigeant d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine¹⁹³.
606. La directive n° 2014/40 rappelle notamment qu'une action législative au niveau de l'Union européenne est nécessaire pour mettre en œuvre la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac (CCLAT), qui est une convention contraignante à laquelle sont parties l'Union européenne et ses États membres. La CCLAT comporte des dispositions sur « *la réglementation de la composition des produits du tabac, la réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer, le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac, la publicité et le commerce illicite des produits du tabac*¹⁹⁴ ». La Cour britannique pose une question préjudicielle au juge européen, au sujet de l'interprétation et de la validité de plusieurs dispositions de la directive n° 2014/40.
607. La CJUE répond aux différentes questions préjudicielles. Parmi les points à vérifier, la Cour devait se pencher sur la validité de l'article 13 § 1 de la directive n° 2014/40, au regard de

¹⁹² CJUE, 04/05/2016, *Philip Morris Brands SARL e.a. contre Secretary of State for Health*, n° C-547/14, ECLI:EU:C:2016:325, Rec. num. Voir N. DE GROVE-VALDEYRON, « Santé publique », Répertoire de droit européen 2020 (Oct.).

¹⁹³ S. BERNHEIM-DESVAUX, « Santé des consommateurs : Rejet des trois procédures intentées par les géants de la distribution et de la fabrication de cigarettes », *op. cit.*

¹⁹⁴ CJUE, 04/05/2016, *Philip Morris Brands SARL e.a. contre Secretary of State for Health*, n° C-547/14, *op. cit.*

l'article 11 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne et du principe de proportionnalité. L'article 11 de la charte consacre la liberté d'expression et d'information. L'article 13 § 1 de la directive concerne l'interdiction de faire figurer sur l'étiquetage des unités de conditionnement, sur l'emballage extérieur ainsi que sur le produit du tabac lui-même des éléments et des dispositifs précis¹⁹⁵.

608. La Cour reconnaît que cette interdiction constitue une ingérence dans la liberté d'expression et d'information de l'entrepreneur et elle rappelle que l'article 52 § 1 de la charte prévoit que toute limitation de l'exercice des droits et des libertés consacrés par celle-ci doit être prévue par la loi, doit respecter leur contenu essentiel et ne peut être admise, dans le respect du principe de proportionnalité, que si elle est nécessaire et répond à des objectifs d'intérêt général reconnus par l'Union ou au besoin de protection des droits et libertés d'autrui¹⁹⁶.

609. Néanmoins, la Cour retient que l'ingérence invoquée ici, à savoir une ingérence dans la liberté d'expression et d'information de l'entrepreneur (telle que relevée au point 148 de l'arrêt), est bien prévue par une loi, c'est-à-dire un texte adopté par le législateur de l'Union, à savoir l'objectif d'intérêt général de protection de la santé. Le juge affirme que « *dans la mesure où il est constant que la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac sont des causes de décès, de maladie et d'incapacité, l'interdiction édictée à l'article 13, paragraphe 1, de la directive 2014/40 contribue à la réalisation dudit objectif en ce qu'elle vise à empêcher la promotion des produits du tabac et l'incitation à les consommer*¹⁹⁷ ».

¹⁹⁵ Article 13 : « *Présentation du produit : 1. L'étiquetage des unités de conditionnement, tout emballage extérieur ainsi que le produit du tabac proprement dit ne peuvent comprendre aucun élément ou dispositif qui :*

a) contribue à la promotion d'un produit du tabac ou incite à sa consommation en donnant une impression erronée quant aux caractéristiques, effets sur la santé, risques ou émissions du produit ; les étiquettes ne comprennent aucune information sur la teneur en nicotine, en goudron ou en monoxyde de carbone du produit du tabac ;

b) suggère qu'un produit du tabac donné est moins nocif que d'autres ou vise à réduire l'effet de certains composants nocifs de la fumée ou présente des propriétés vitalisantes, énergisantes, curatives, rajeunissantes, naturelles, biologiques ou a des effets bénéfiques sur la santé ou le mode de vie ;

c) évoque un goût, une odeur, tout arôme ou tout autre additif, ou l'absence de ceux-ci ;

d) ressemble à un produit alimentaire ou cosmétique ;

e) suggère qu'un produit du tabac donné est plus facilement biodégradable ou présente d'autres avantages pour l'environnement.

2. Les unités de conditionnement et tout emballage extérieur ne suggèrent pas d'avantages économiques au moyen de bons imprimés, d'offres de réduction, de distribution gratuite, de promotion de type « deux pour le prix d'un » ou d'autres offres similaires.

3. Les éléments et dispositifs qui sont interdits en vertu des paragraphes 1 et 2 peuvent comprendre notamment les messages, symboles, noms, marques commerciales, signes figuratifs ou autres ».

¹⁹⁶ CJUE, 04/05/2016, Philip Morris Brands SARL e.a. contre Secretary of State for Health, n° C-547/14, op. cit.

¹⁹⁷ *ibid.*

610. Enfin, la Cour termine son raisonnement en reconnaissant que l'ingérence constatée répond bien au principe de proportionnalité, car « *la protection de la santé humaine dans un domaine caractérisé par la grande nocivité avérée de la consommation de produits du tabac, par les effets de ces derniers en matière de dépendance et par la survenance de maladies graves provoquées par des composés pharmacologiquement actifs, toxiques, mutagènes et cancérigènes contenus dans ces produits, revêt une importance supérieure par rapport aux intérêts avancés par les requérantes au principal*¹⁹⁸ ». Elle rappelle à ce titre que l'article 35, deuxième phrase, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ainsi que les articles 9 TFUE, 114 § 3 TFUE et 168 § 1 TFUE exigent qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine soit assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. Elle conclut que « *l'appréciation de la validité de l'article 13, paragraphe 1, de la directive 2014/40 doit être effectuée de façon à assurer la conciliation nécessaire des exigences liées à la protection de ces différents droits fondamentaux et objectifs légitimes d'intérêt général protégés par l'ordre juridique de l'Union et un juste équilibre entre eux*¹⁹⁹ ». Elle en déduit que l'interdiction prévue à l'article 13 § 1, de la directive n° 2014/40 permet de protéger les consommateurs contre les risques liés au tabagisme, et que cette interdiction ne dépasse pas les limites de ce qui est nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi. Ainsi, par la disposition mise en cause par les requérants, la Cour considère que « *le législateur de l'Union ne s'est pas départi d'un juste équilibre entre les exigences liées à la protection de la liberté d'expression et d'information et celles liées à la protection de la santé humaine*²⁰⁰ ».

611. Parmi les dispositions de la directive mises en cause par les requérants, et donc soulevées dans le cadre de la question préjudicielle, la Cour a aussi eu à se prononcer sur la validité de l'article 7, paragraphes 1 et 7 de la directive n° 2014/40 au regard du principe de proportionnalité. Les dispositions visées interdisent la mise sur le marché de produits du tabac contenant un arôme caractérisant ou contenant des arômes dans l'un de leurs composants tels que les filtres, le papier, le conditionnement et les capsules, ou tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac concernés ou leur intensité de combustion. Elles sont contestées au motif que l'interdiction de l'utilisation du menthol ne serait ni appropriée ni nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi par cette directive et que l'impact de ladite interdiction serait disproportionné, en

¹⁹⁸ *ibid.*

¹⁹⁹ *ibid.*

²⁰⁰ *ibid.*

raison des conséquences économiques et sociales négatives que cette interdiction entraînerait.

612. En ce qui concerne plus précisément le caractère disproportionné des dispositions, la Cour estime que « *le législateur de l'Union a veillé à ce que les conséquences économiques et sociales négatives de l'interdiction de la mise sur le marché de produits du tabac contenant un arôme caractérisant soient atténuées*²⁰¹ ». En effet, elle souligne que dans le but d'accorder tant à l'industrie du tabac qu'aux consommateurs une période d'adaptation, l'article 7 § 14 de la directive en cause prévoit qu'en ce qui concerne les produits du tabac contenant un arôme caractérisant particulier, l'interdiction de la mise sur le marché de l'Union de ces produits ne s'applique qu'à partir du 20 mai 2020. Elle se fonde également sur les résultats d'une analyse d'impact montrant que cette interdiction se traduirait par une baisse de 0,5 % à 0,8 % de la consommation de cigarettes dans l'Union pendant une période de cinq années. Elle en déduit que le législateur de l'Union a réellement opéré une « *mise en balance entre, d'une part, les conséquences économiques de ladite interdiction et, d'autre part, l'impératif consistant à assurer, conformément à l'article 35, deuxième phrase, de la Charte, ainsi qu'aux articles 9 TFUE, 114 § 3 TFUE et 168 § 1 TFUE, un niveau élevé de protection de la santé humaine en ce qui concerne un produit caractérisé par ses propriétés cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction*²⁰² ». La conclusion de la Cour est la suivante : l'impact de l'interdiction prévue à l'article 7 de la directive n° 2014/40 n'apparaît pas manifestement disproportionné.

613. Dans cet arrêt, en suivant la position de l'avocat général, la Cour de justice juge que les mesures étaient de nature à protéger les consommateurs contre les risques liés au tabagisme et qu'elles étaient proportionnées au regard des objectifs poursuivis. Ce faisant, elle a porté « *un coup important et symbolique à l'industrie du tabac, au nom de la santé des consommateurs*²⁰³ ».

²⁰¹ *ibid.*

²⁰² *ibid.*

²⁰³ S. BERNHEIM-DESVAUX, « Santé des consommateurs : Rejet des trois procédures intentées par les géants de la distribution et de la fabrication de cigarettes », *op. cit.*

2°) Un déséquilibre confirmé dans la jurisprudence ultérieure

614. Dans un arrêt du même jour²⁰⁴, la CJUE rejette le recours formé par la Pologne concernant l'interdiction de la vente des cigarettes mentholées sur le marché intérieur européen à compter du 20 mai 2020 en application de la directive n° 2014/40/UE, estimant que « *la dangerosité des cigarettes mentholées justifie pleinement leur interdiction*²⁰⁵ ». Elle considère que « *le législateur de l'Union a procédé à une mise en balance entre, d'une part, les conséquences économiques de ladite interdiction et, d'autre part, l'impératif d'assurer, conformément à l'article 114, paragraphe 3, TFUE, un niveau élevé de protection de la santé en ce qui concerne un produit caractérisé par ses propriétés cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction* ».
615. Le principe de proportionnalité est un moyen de concilier les différents objectifs consacrés par le droit de l'Union européenne. L'obligation de protéger la santé publique est « mise en balance » par rapport à d'autres principes tels que le bon fonctionnement du marché intérieur. Cet équilibre recherché peut paraître difficile à atteindre. En effet, si dans l'arrêt du 4 mai 2016, *Philip Morris*²⁰⁶, la Cour insiste bien sur le respect du principe de proportionnalité, elle glisse toutefois, au milieu de son développement sur l'équilibre et la conciliation des objectifs, que la protection de la santé « *revêt une importance supérieure par rapport aux intérêts avancés par les requérantes au principal*²⁰⁷ ». La protection de la santé, objectif d'intérêt général, semblerait ainsi primer sur d'autres objectifs, ce qui contredit l'idée de conciliation.
616. Une jurisprudence constante adoptée par la Cour depuis les années 1990 consolide cette hypothèse dans la mesure où elle affirme régulièrement que « *parmi les biens ou intérêts protégés*

²⁰⁴ CJUE, 04/05/2016, *République de Pologne contre Parlement européen et Conseil de l'Union européenne*, n° C-358/14, *op. cit.*

²⁰⁵ S. BERNHEIM-DESVAUX, « Santé des consommateurs : Rejet des trois procédures intentées par les géants de la distribution et de la fabrication de cigarettes », *op. cit.*

²⁰⁶ CJUE, 04/05/2016, *Philip Morris Brands SARL e.a. contre Secretary of State for Health*, n° C-547/14, *op. cit.*

²⁰⁷ Plus précisément elle considère que : « *La protection de la santé humaine dans un domaine caractérisé par la grande nocivité avérée de la consommation de produits du tabac, par les effets de ces derniers en matière de dépendance et par la survenance de maladies graves provoquées par des composés pharmacologiquement actifs, toxiques, mutagènes et cancérigènes contenus dans ces produits, revêt une importance supérieure par rapport aux intérêts avancés par les requérantes au principal* » (*ibid.*).

par l'article 36 [TFUE]²⁰⁸, la santé et la vie des personnes occupent le premier rang²⁰⁹ ». De façon similaire, la Cour a retenu dans un arrêt du 17 juillet 1997²¹⁰ que « compte tenu de l'obligation, affichée à l'article 152, paragraphe 1er, alinéa 1er, du traité CE, d'assurer « un niveau élevé de protection de la santé humaine (...) dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté », les institutions doivent [...] accorder à cette exigence une importance prépondérante par rapport aux considérations économiques, allant jusqu'à imposer des « conséquences économiques négatives, même considérables, pour certains opérateurs »²¹¹ ». Le Tribunal de l'Union européenne a lui aussi rappelé notamment en 2011²¹² que « l'article 152, paragraphe 1, CE dispose qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et dans la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté. Cette protection de la santé publique a une importance prépondérante par rapport aux considérations économiques, de sorte qu'elle est de nature à justifier des conséquences économiques négatives, même considérables, pour certains opérateurs »²¹³ ». On trouve le même raisonnement dans un arrêt de la Cour du 1^{er} juin 2010²¹⁴, appliqué à l'article 52 TFUE qui porte sur le droit d'établissement et les régimes spéciaux pour les ressortissants étrangers

²⁰⁸ Article 36 TFUE : « Les dispositions des articles 34 et 35 ne font pas obstacle aux interdictions ou restrictions d'importation, d'exportation ou de transit, justifiées par des raisons de moralité publique, d'ordre public, de sécurité publique, de protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou de préservation des végétaux, de protection des trésors nationaux ayant une valeur artistique, historique ou archéologique ou de protection de la propriété industrielle et commerciale. Toutefois, ces interdictions ou restrictions ne doivent constituer ni un moyen de discrimination arbitraire ni une restriction déguisée dans le commerce entre les États membres ».

²⁰⁹ Notamment dans les arrêts CJCE, 10/11/1994, *Lucien Ortscheit GmbH contre Eurim-Pharm Arzneimittel GmbH*, n° C-320/93, ECLI:EU:C:1994:379, Rec. I-05243 et CJCE, 11/07/2000, *Kemikalieinspektionen contre Toolex Alpha AB*, n° C-473/98, ECLI:EU:C:2000:379, Rec. I-05681.

²¹⁰ CJCE, 17/07/1997, *Affish BV contre Rijksdienst voor de keuring van Vee en Vlees*, n° C-183/95, ECLI:EU:C:1997:373, Rec. I-04315.

²¹¹ E. MEISSE, « Principes généraux du droit communautaire - Principe de proportionnalité », Europe 2006, n° 3.

²¹² Voir notamment arrêts du TUE, 09/09/2011, *République française contre Commission européenne*, n° T-257/07, *op. cit.*, et TUE, 09/09/2011, *Dow AgroSciences Ltd et autres contre Commission européenne*, n° T-475/07, *op. cit.* Ce propos est aussi réitéré en 2016 dans l'arrêt TUE, 15/12/2016, *TestBioTech eV e.a. contre Commission européenne*, n° T-177/13, ECLI:EU:T:2016:736, Rec. num à propos de l'article 168 § 1 TFUE : « Il y a lieu de rappeler que l'article 168, paragraphe 1, TFUE dispose qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et dans la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. Cette protection de la santé publique a une importance prépondérante par rapport aux considérations économiques, de sorte qu'elle est de nature à justifier des conséquences économiques négatives, même considérables, pour certains opérateurs » ; ainsi qu'en 2018 dans l'arrêt TUE, 14/12/2018, *Arysta LifeScience Netherlands BV, anciennement Chemtura Netherlands BV contre Autorité européenne de sécurité des aliments*, n° T-725/15, ECLI:EU:T:2018:977, Rec. num, puis en 2019 dans l'arrêt TUE, 19/09/2019, *Arysta LifeScience Netherlands BV contre Commission européenne*, n° T-476/17, ECLI:EU:T:2019:618, Rec. num.

²¹³ Le Tribunal renvoie ici à l'ordonnance de la Cour du 12/07/1996, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96 R, *op. cit.*, point 93, et à son propre arrêt du 28/06/2005, *Industrias Químicas del Vallés, SA contre Commission des Communautés européennes*, n° T-158/03, ECLI:EU:T:2005:253, Rec. II-02425, point 134.

²¹⁴ CJUE, 01/06/2010, *José Manuel Blanco Pérez et María del Pilar Chao Gómez contre Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (C-570/07) et Principado de Asturias (C-571/07)*, ECLI:EU:C:2010:300, Rec. I-04629, affaires jointes.

justifiés par des raisons de santé publique²¹⁵. La Cour y estime que des restrictions à la liberté d'établissement peuvent être justifiées par l'objectif visant à assurer un approvisionnement en médicaments de la population sûr et de qualité, et que l'importance de cet objectif « est confirmée par les articles 168, paragraphe 1, TFUE et 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne en vertu desquels, notamment, 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 européenne²¹⁶ ». Les deux articles 168 et 35 jouent ici un rôle de consolidateurs pour les arguments principaux de la Cour. Cette dernière reprend ses propres propos dans des arrêts du 21 juin 2012²¹⁷ et du 5 décembre 2013²¹⁸.

617. Un autre cas de figure mérite d'être mentionné ici. Dans l'arrêt du 6 décembre 2005²¹⁹ portant sur les affaires *Abna et al.* au sujet d'aliments pour animaux de rente, la Cour conclut à la violation du principe de proportionnalité par une directive. Dans cet arrêt, des demandes préjudicielles ont été posées à la Cour dans le cadre de l'examen de requêtes introduites par des fabricants d'aliments composés pour animaux ou des représentants de cette industrie et tendant à l'annulation ou à la suspension de la réglementation adoptée en vue de la transposition en droit national des dispositions contestées de la directive n° 2002/2. À la suite des crises de l'encéphalopathie spongiforme bovine et de la dioxine, il est apparu nécessaire aux institutions européennes de disposer « d'informations plus détaillées, d'ordre à la fois qualitatif et quantitatif, sur la composition des aliments composés destinés aux animaux de rente²²⁰ ». C'est pourquoi « le Parlement européen et le Conseil ont, sur le fondement de l'article 152, paragraphe 4, lettre b,

²¹⁵ Article 52 § 1 TFUE : « Les prescriptions du présent chapitre et les mesures prises en vertu de celles-ci ne préjugent pas l'applicabilité des dispositions législatives, réglementaires et administratives prévoyant un régime spécial pour les ressortissants étrangers, et justifiées par des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique ».

²¹⁶ « Il ressort de l'article 52, paragraphe 1, TFUE que la protection de la santé publique peut justifier des restrictions aux libertés fondamentales garanties par le traité telles que la liberté d'établissement [...]. Plus précisément, des restrictions à la liberté d'établissement peuvent être justifiées par l'objectif visant à assurer un approvisionnement en médicaments de la population sûr et de qualité ».

²¹⁷ CJUE, 21/06/2012, *Marja-Liisa Susisalo e.a.*, n° C-84/11, ECLI:EU:C:2012:374, Rec. num.

²¹⁸ CJUE, 05/12/2013, *Alessandra Venturini contre ASL Varese e.a. Maria Rosa Gramegna contre ASL Lodi e.a. et Anna Muzzio contre ASL Pavia e.a.*, n° C-159/12 à C-161/12, ECLI:EU:C:2013:791, Rec. num, affaires jointes.

²¹⁹ CJCE, 06/12/2005, *The Queen, à la demande de ABNA Ltd et autres contre Secretary of State for Health et Food Standards Agency* (C-453/03), *Fratelli Martini & C. SpA et Cargill Srl contre Ministero delle Politiche Agricole e Forestali et autres* (C-11/04), *Ferrari Mangimi Srl et Associazione nazionale tra i produttori di alimenti zootecnici (Assalzoo) contre Ministero delle Politiche Agricole e Forestali et autres* (C-12/04) et *Nederlandse Vereniging Diervoederindustrie (Nevedi) contre Productschap Diervoeder* (C-194/04), ECLI:EU:C:2005:741, Rec. I-10423, aff. jointes.

²²⁰ *ibid.*

CE, pris une directive renforçant significativement, aux fins de protéger la santé publique, les obligations en matière d'étiquetage des fabricants d'aliments composés destinés aux animaux de rente²²¹ ».

618. Les questions préjudicielles portent essentiellement sur la validité de la directive n° 2002/2/CE du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002 modifiant la directive n° 79/373/CEE du Conseil concernant la circulation des aliments composés pour animaux et abrogeant la directive n° 91/357/CEE de la Commission, et notamment de son article 1^{er}, points 1, sous b), et 4. Il s'agissait notamment de savoir si ces dispositions, en ce qu'elles modifient l'article 5 quater, paragraphe 2, sous a), de la directive n° 79/373 en imposant l'énumération de pourcentages, étaient nulles pour défaut de base légale au titre de l'article 152, paragraphe 4, sous b), CE, pour violation du droit fondamental de propriété, et pour violation du principe de proportionnalité.
619. Cet arrêt a été remarqué pour sa singularité, dans la mesure où « *la Cour de justice [y] constate l'invalidité d'une directive, relative à la circulation des aliments composés pour animaux, pour violation du principe de proportionnalité* », chose assez rare pour être soulignée²²². Les requérants au principal invoquaient une atteinte caractérisée à l'exigence de proportionnalité, estimant que l'obligation de communication aux clients de la composition exacte des produits concernés n'était pas une mesure nécessaire à la protection de la santé publique²²³. La Cour reconnaît « *l'aptitude des dispositions litigieuses à réaliser l'objectif de protection de la santé publique* » mais « *n'en estime pas moins que le critère de la nécessité n'est nullement satisfait dans le cas d'espèce. En effet, non contente de préjudicier gravement aux droits et intérêts économiques des fabricants, par la divulgation des formules de composition de leurs produits, l'obligation contestée, qui s'impose indépendamment de tout problème de contamination et à la seule demande des clients, paraît assurément superflue, eu égard aux informations obligatoirement inscrites sur les étiquettes ou mises à la disposition des autorités nationales de contrôle*²²⁴ ».
620. Cependant, et curieusement, le point qui nous intéressera le plus ici concerne non pas la validité de la directive au regard du principe de proportionnalité, mais sa validité au regard du principe d'égalité de traitement. De ce point de vue, la Cour juge que la directive est tout

²²¹ E. MEISSE, « Principes généraux du droit communautaire - Principe de proportionnalité », *op. cit.*

²²² *ibid.*

²²³ *ibid.*

²²⁴ *ibid.*

à fait conforme. Ce principe d'égalité de traitement exige que « *les situations comparables ne soient pas traitées de manière différente et que des situations différentes ne soient pas traitées de manière égale, à moins qu'un tel traitement ne soit objectivement justifié*²²⁵ ». La Cour retient qu'« à supposer même que les fabricants d'aliments destinés à la consommation humaine se trouvent dans la même situation que les fabricants d'aliments destinés à la consommation animale, la différence de traitement ainsi introduite au détriment des seconds n'en reste pas moins pleinement justifiée par la poursuite de l'objectif d'intérêt général que constitue la protection de la santé publique ». L'impératif de protection de la santé publique issu de l'article 152 § 1 TCE, « *exigence impérieuse d'intérêt général* » revêtant « *une importance prépondérante par rapport aux considérations économiques*²²⁶ » revient en fait à vider de sa substance le principe d'égalité de traitement.

²²⁵ *ibid.*

²²⁶ *ibid.*

Conclusion du Chapitre 4

621. Cette étude consacrée à des arrêts de la jurisprudence de l'Union européenne, sélectionnés pour la plupart parce qu'ils citent explicitement l'un des fondements écrits du principe d'intégration de la santé, nous éclaire sur la teneur et la mise en œuvre de ce principe. Il apparaît que ce dernier est utilisé dans la jurisprudence avant tout par le juge européen et non par les parties requérantes et défenderesses. Par ailleurs, pour le juge européen, il est clair que ce principe incombe aux institutions européennes – bien que dans certains cas, il s'impose indirectement à d'autres acteurs, comme nous avons pu le voir dans l'arrêt *Philip Morris* de la CJUE du 4 mai 2016²²⁷.
622. Le principe d'intégration de la santé est un principe qui ne se conçoit pas seul dans la jurisprudence, donc qui est dépourvu d'autonomie. Il présente une proximité avec les principes européens de précaution et de proportionnalité. Les arrêts étudiés ne mettent pas en avant la nécessité qui incombe aux institutions européennes d'adopter un rôle proactif vis-à-vis de la santé, c'est-à-dire de chercher sa promotion et son amélioration. Il y a surtout, dans la mise en œuvre du principe de l'article 168 § 1 TFUE – ou de ses prédécesseurs – une volonté du juge d'affirmer une approche défensive de la santé, visant à protéger contre les risques et non à mettre en place par anticipation des éléments en faveur de l'amélioration de l'état de santé.
623. Par ailleurs, le principe d'intégration de la santé est souvent cité dans la jurisprudence dans un « paquet » incluant l'article 168 § 1 TFUE (ou ses prédécesseurs), l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux et les articles 9 et 114 TFUE. Dans le respect de l'obligation prévue dans ces articles, on peut voir au travers des différents arrêts étudiés que la santé est réellement prise en compte dans la PAC, dans les politiques alimentaire et commerciale. Cependant, le champ d'application matériel effectif de ce principe n'est en réalité pas aussi vaste que les traités européens le laissent entendre.
624. Compte tenu de ces développements, il semble que l'on ne puisse pas confirmer les propos du Professeur Brooks, qui considère que l'article 168 TFUE en tant que fondement écrit pour la santé publique en droit de l'Union européenne ouvre la voie à un véritable « *potentiel*

²²⁷ CJUE, 04/05/2016, *Philip Morris Brands SARL e.a. contre Secretary of State for Health*, n° C-547/14, *op. cit.*

*d'expansion créative et d'influence du juge européen*²²⁸ ». Le Professeur de médecine Koivusalo émettait d'ailleurs des doutes vis-à-vis des conséquences que la jurisprudence de la CJUE pourra avoir sur le principe d'intégration de la santé²²⁹.

²²⁸ E. BROOKS, « Crossing borders: A critical review of the role of the European Court of Justice in EU health policy », *Health Policy* 2012, Vol. 105.

²²⁹ M. KOIVUSALO, « The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls », *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010, n° 64, p. 500-503.

Conclusion du Titre 2

625. Le principe d'intégration de la santé se structure au fur et à mesure que la Communauté européenne puis l'Union européenne se construisent. En 2006, la Présidence de l'Union européenne assurée par la Finlande marque une consécration de ce principe : le rapport finlandais produit à cette occasion – cité maintes fois dans nos chapitres²³⁰ - est une reconnaissance pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques européennes et s'ajoute aux conclusions adoptées par le Conseil la même année²³¹. Pourtant, l'adoption du TFUE l'année suivante entraîne une révision mineure de l'article 168 § 1. Ce dernier n'en ressort pas renforcé.
626. Malgré son fondement juridique, le principe d'intégration de la santé est peu désigné comme tel en droit de l'Union européenne. Il n'est pas rare qu'il soit utilisé dans la jurisprudence et dans les textes européens sans mention de l'article 168 § 1. Cela ne signifie pas que le principe d'intégration de la santé soit totalement dépourvu de réelle mise en œuvre. En revanche, cela peut expliquer pourquoi la dimension proactive de la « santé dans toutes les politiques » ne se manifeste pas dans la jurisprudence. Les références à l'OMS, à la vision large de la santé, à la prise en compte des déterminants de la santé et du mode de vie, sont uniquement contenues dans le droit souple européen, tel que les conclusions et résolutions évoquées.

²³⁰ T. STAHL *et al.*, Health in All Policies : Prospects and potentials, Ministère finlandais des affaires sociales et de la santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2006.

²³¹ Conseil de l'Union européenne, Conclusions sur la santé dans toutes les politiques, 30 novembre et 1^{er} décembre 2006, 15487/06.

Conclusion de la Partie 1

627. La « santé dans toutes les politiques » est une approche apparue en Europe dans la seconde partie du XX^{ème} siècle. Elle bénéficie d'une reconnaissance en droit international déclaratoire et d'une définition officiellement adoptée par les États membres de l'OMS en 2013²³². Alors qu'elle se manifeste au niveau international sous des formes variées et dans une nébuleuse de textes de nature souple, elle est au contraire cristallisée en une règle de droit contraignante et inscrite dans le droit primaire de l'Union européenne²³³.
628. Au niveau international, la « santé dans toutes les politiques » reçoit une définition longue et précise insistant sur la prise en compte des conséquences des politiques publiques sur la santé. Cette prise en compte apparaît comme un moyen nécessaire pour atteindre sa finalité : l'amélioration de la santé de la population et de l'équité en santé²³⁴.
629. Au niveau européen, au contraire, l'énonciation du principe de « santé dans toutes les politiques » est très succincte et ne consiste pas en une définition à proprement parler. L'article 168 § 1 TFUE prévoit en effet qu'« *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'alinéa suivant complète l'énonciation de ce principe en précisant l'action de l'UE en matière de santé²³⁵. L'objectif poursuivi au niveau de l'UE est « *un niveau élevé de protection de la santé humaine* » et n'est donc pas tout à fait le même que ceux identifiés par l'approche « santé dans toutes les politiques » au sens de la définition des États membres de l'OMS, comme souligné précédemment.

²³² Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, Helsinki, Finlande, 2013.

²³³ Article 168 § 1 TFUE.

²³⁴ Déclaration d'Helsinki, 2013, *op. cit.* : « *La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé* ».

²³⁵ Article 168 TFUE (suite) : « *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 ».

630. En ce qui concerne les moyens identifiés pour parvenir à ces objectifs, le deuxième alinéa de l'article 168 TFUE, susmentionné, les énumère : amélioration de la santé publique, prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale, etc. Dans le cas de la définition internationale de la « santé dans toutes les politiques », les moyens identifiés sont l'intersectorialité, la prise en compte systématique des conséquences sanitaires des décisions, la recherche de synergies entre les secteurs. On observe ainsi une quasi-inversion des objectifs et des moyens lorsque l'on compare les perceptions internationale et européenne de la « santé dans toutes les politiques ».
631. Néanmoins, au niveau international comme au niveau de l'UE, l'intégration de la santé dans les autres politiques relève de la responsabilité des institutions et des pouvoirs publics et non des personnes physiques ou morales. À l'heure actuelle, les juridictions internationales ne se sont pas emparées de cette approche et l'OMS, malgré son pouvoir normatif²³⁶, s'est, sans surprise, abstenue d'adopter une norme contraignante en la matière. Il semble donc que ce soit aux États d'agir à leur niveau sur le plan juridique pour donner de l'effectivité à l'approche « santé dans toutes les politiques ». Dans la mesure où cette approche a circulé du droit international au droit européen, il s'agira, dans une seconde partie, de préciser comment le système juridique français absorbe celle-ci progressivement.

²³⁶ Articles 19 et suivants de la Constitution de l'OMS adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19 juin au 22 juillet 1946.

Seconde partie : La « santé dans toutes les politiques » en droit français : la diffusion d'un flux normatif

« Ce n'est point le corps des lois que je cherche, mais leur âme »

Montesquieu, *De l'esprit des lois*, 1748

632. Nous avons vu dans la première partie de cette thèse que l'OMS et les États ont maintes fois affirmé leur intérêt pour l'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques. Au sein de l'Union européenne, le droit communautaire a adopté ce principe dans ses traités fondateurs, et en particulier dans l'article 168 § 1 TFUE. Cette norme juridique principale permet de dicter les actions des institutions de l'Union européenne, qui doivent respecter ce principe¹. La règle juridique d'intégration de la santé se retrouve dans le droit de l'Union européenne adopté par la suite : des règlements et directives y font référence et suivent ce principe².
633. En droit français, il n'existe pas de norme juridique consacrant l'obligation pour l'État d'intégrer la santé dans toutes ses politiques et actions. En dépit de cette absence de norme juridique principale, qui est à notre sens une méta-norme, c'est-à-dire une norme qui porte sur d'autres normes³, nous constatons que, du fait de divers phénomènes juridiques qui

¹ Voir Titre 2 (Partie 1).

² *ibid.*

³ La notion de « méta-norme » est notamment utilisée par le Professeur MILLARD dans au moins deux de ses ouvrages : E. MILLARD, « Qu'est-ce qu'une norme juridique ? Dossier : la normativité », Cahiers du conseil constitutionnel 2007, n° 21 et E. MILLARD, *Théorie générale du droit*, Dalloz, 2006, 124 p. On trouve aussi des développements sur la méta-norme dans E. CATTI, « Les techniques de codification : de la cire au silicium... », L'actualité juridique droit administratif 1997, p. 647 ; J. MORIN, « La réglementation conventionnelle du contrat de travail », Droit social 2020, p. 936 ; R. GUASTINI, « Lex superior, Pour une théorie des hiérarchies normatives », Revus 2013, n° 21.

seront identifiés dans le Chapitre 4, de nombreux textes de droit français concrétisent l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

634. Le contexte juridique actuel, parfois qualifié de chaotique, où la production du droit semble désordonnée⁴, peut altérer les différents flux normatifs existants. À propos de flux normatif, le Professeur Dondero écrit sur le droit du XXI^{ème} siècle que « *si l'on file la métaphore climatique, l'idée de flux donne bien l'image d'une montée des eaux législatives liée au réchauffement de la planète juridique, rendant de plus en plus probable le risque de se trouver noyé par la loi*⁵ ». L'idée de flux en droit paraît d'autant plus pertinente à présent que l'inflation législative et, plus largement, normative, est un phénomène reconnu⁶. Derrière l'idée de flux il y a en effet l'idée d'abondance, de « *flot de paroles et de textes*⁷ ».
635. Pour évoquer les sources du droit, « l'hydraulique » a envahi de longue date le paysage doctrinal⁸. Alors que Jean-Etienne-Marie Portalis filait déjà une métaphore liée à l'eau dans son Discours préliminaire du premier projet de Code civil en 1801⁹, le concept de flux normatif est relativement nouveau puisqu'il est apparu à partir des années 2000¹⁰. Avant cela, Monsieur Nicolas a relevé quelques premières utilisations du terme « flux » dans des ouvrages juridiques, notamment ceux d'Edmond Picard, jurisconsulte et écrivain belge, qui au début du XX^{ème} siècle, a fait référence au droit en tant que « *flux ininterrompu de phénomènes passagers* », et « *processus*¹¹ ». La nature fluide du droit a été abordée ensuite par différents

Le Professeur BORIES parle quant à elle de « méta-règles » dans C. BORIES, « Droit global, globalisation du droit, droit administratif... De la nécessité de définir un objet d'étude », *Revue française de droit administratif* 2019, p. 815.

⁴ N. MARTIAL-BRAS, J.F. RIFFARD, M. BEHAR-TOUCHAIS (dir.), *Les mutations de la norme, le renouvellement des sources du droit*, Economica, Études juridiques, 2011, 310 p.

⁵ B. DONDERO, *Droit 2.0, Apprendre et pratiquer le droit au XXI^{ème} siècle*, LGDJ, Forum, 2015, 512 p.

⁶ E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs : essai sur le droit fluide*, Mare & Martin, Libre droit, 2018, 364 p.

⁷ *ibid.*

⁸ D. DE BÉCHILLON, *Qu'est-ce qu'une règle de droit ?* Odile Jacob, 1997, 291 p.

⁹ Dans J-M-E. PORTALIS, *Discours, rapports et travaux inédits sur le Code civil*, 1844, on lit qu'« *il ne faut pas tout abandonner à la science. Il ne faut pas tout régler par des lois. La science, abandonnée à la dispute, n'offre qu'une mer sans rivage. Les règles, posées par la législation, font que les rivages ne manquent pas à la mer* ». À peu près à la même époque, Jean-Antoine CHAPTAL évoque le système d'administration locale et la transmission de l'information du préfet au sous-préfet puis aux maires, qui se fait « *avec la rapidité du fluide électrique* » (J. TULARD (dir.), *Napoléon et 40 millions de sujets. La centralisation et le premier empire*, Tallandier, 2014, 416 p.).

¹⁰ E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs : essai sur le droit fluide*, *op. cit.*

¹¹ *ibid.* L'auteur, E. NICOLAS, fait référence à E. PICARD, *Le droit pur*, Flammarion, Bibliothèque de philosophie scientifique, 1908 et E. PICARD, *Les constantes du droit*, Institutes juridiques modernes, Flammarion, Bibliothèque de philosophie scientifique, 1921.

auteurs¹² au cours du siècle, dont certains ont utilisé explicitement le terme de « flux ». Dès 1991, le Conseil d'État utilise l'expression de « *flux et stocks normatifs* » dans son rapport public intitulé « De la sécurité juridique »¹³. Pour l'heure, l'expression « flux normatif » n'apparaît pas dans les index des principaux ouvrages d'introduction au droit ou dans les vocabulaires et lexiques juridiques ; depuis peu, son usage tend toutefois à se répandre dans les discours des autorités officielles et ceux de la doctrine¹⁴. Par exemple, un document publié en 2018 par le Secrétariat général du Gouvernement sur le suivi de l'activité normative présente les « *indicateurs de flux* », tels que les indicateurs législatifs (notamment le nombre de lois promulguées), les indicateurs de suivi des ordonnances, des décrets d'application des lois, etc.¹⁵. Le flux de circulaires, notamment, est désormais une réalité connue¹⁶.

636. Monsieur Defferrard, Maître de conférences en droit privé, donne une illustration d'un flux normatif : celui qui émane du Groupe d'action financière (GAFI)¹⁷. Le GAFI est une organisation intergouvernementale indépendante chargée d'encourager, au niveau mondial et au sein des États, l'adoption de politiques harmonisées de lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et le financement de la prolifération des armes de destruction massive¹⁸. Afin de mener à bien sa mission, cette organisation édicte des « Recommandations », qui comprennent des standards de conduite. Monsieur Defferrard considère qu'à travers ces normes qu'il adopte, le GAFI exerce une certaine pression sur les États, bien que le non-respect ou l'ignorance de ces normes ne conduise pas à la mise en œuvre d'une responsabilité¹⁹. Le flux normatif produit par le GAFI agit d'une part de façon horizontale, en influençant l'élaboration ou l'extension de règles internationales en la

¹² L'auteur, E. NICOLAS, fait référence à H. LÉVY-BRUHL, « Esquisse d'une théorie des sources du droit », *L'année sociologique* 1953 ; J.-L. VULLIERME, « Les anastomoses du droit (spéculation sur les sources du droit) », *Archives de philosophie du droit*, Tome 27, « Sources » du droit, Sirey, 1982 ; J. CARBONNIER, *Droit et passion du droit* sous la V^{ème} République, Flammarion, Champs, 1996, 276 p.

¹³ Conseil d'État, *De la sécurité juridique*, Rapport public annuel 1991, La documentation française.

¹⁴ E. NICOLAS, « Les flux normatifs et la densification normative », in J. LE GOFF, S. ONNÉE (dir.), *Puissances de la norme : Défis juridiques et managériaux des systèmes normatifs contemporains*, EMS Éditions, Gestion en liberté, 2017, 216 p.

¹⁵ Secrétariat général du Gouvernement, *Indicateurs de suivi de l'activité normative*, 28 février 2018.

¹⁶ « *Si le flux ne se tarit pas, un gros effort a été fait pour diminuer le nombre de circulaires en vigueur* » (in P. JANUEL, « Pas de pause pour les nouvelles normes », *Dalloz Actualité*, 30 avr. 2019. Voir aussi l'ouvrage E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs*, op. cit. à ce sujet).

¹⁷ F. DEFFERRARD, « Les forces normatives du Groupe d'Action Financière », in D. BRACH-THIEL, F. FOURMENT (dir.), *Questions de droit pénal international, européen et comparé : mélanges en l'honneur du professeur Alain Fournier*, Presses Universitaires de Nancy, Éditions universitaires de Lorraine, 2014, 434 p.

¹⁸ *ibid.*

¹⁹ *ibid.*

matière, d'autre part de façon verticale lorsque les droits positifs des États absorbent « *les Recommandations du GAFI pour les transformer en normes nationales*²⁰ ».

637. D'un point de vue quantitatif, un flux normatif peut se présenter comme « *le résultat d'un processus de production du droit en continu* » et dans un sens qualitatif, il peut apparaître comme une « *convergence normative* » générée « *par la production en continu et à grande vitesse de normes juridiques*²¹ ». Le flux normatif comporte une dimension de répétition, de rapidité et de continuité, mais se caractérise aussi par l'adaptation en continu²².
638. Face au concept relativement nouveau de flux normatif, il apparaît donc que la doctrine parle du flux normatif en général, souvent en en dénonçant l'inflation, et plus rarement d'un flux normatif spécifique et thématique. Dans le rapport sur la simplification des lois qu'il a rendu au Premier ministre en 2009, le député Jean-Luc Warsmann s'interroge par exemple sur la nécessité de « *limiter quantitativement le flux de normes*²³ ».
639. En l'occurrence, c'est le deuxième cas de figure qui nous intéresse ici, à savoir le flux normatif spécifique, c'est-à-dire le flux normatif propageant la « santé dans toutes les politiques » ; un flux parmi les flux. Pour le mettre en lumière, nous analyserons la façon dont il se développe en France, et constaterons que malgré une propagation chaotique et limitée (**Titre 1**) ce flux normatif semble être en lente progression en droit français (**Titre 2**).

TITRE 1 - UN FLUX NORMATIF À LA PROPAGATION CHAOTIQUE

TITRE 2 - UN FLUX NORMATIF EN LENTE PROGRESSION

²⁰ *ibid.*

²¹ E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs : essai sur le droit fluide*, *op. cit.*

²² *ibid.*

²³ J.-L. WARSMANN, *Simplifions nos lois pour guérir un mal français*, Rapport au Premier ministre, La Documentation française, 2009, 238 p.

Titre 1. Un flux normatif à la propagation chaotique

640. La méthode choisie dans cette seconde partie de la thèse est l'analyse du cas français en référence constante au modèle de « santé dans toutes les politiques » proposé par l'OMS et les États du monde entier et déjà évoqué en première partie. D'une part, il s'agit de la première source d'émergence de l'objet étudié, chronologiquement parlant – si l'on met de côté le droit scandinave, dont nous pensons que l'influence sur le système français est relativement anecdotique. D'autre part, le corpus de textes déclaratoires de droit international présenté en première partie est le seul qui aboutisse à une définition de notre objet d'étude.
641. La Déclaration d'Helsinki, adoptée en 2013 par les États du monde entier, nous servira d'outil d'analyse. Nous choisissons pour référence principale le modèle international et non le modèle du droit de l'Union européenne, pourtant doté d'un cadre juridique formel en la matière, parce que ce dernier est issu de l'influence de l'OMS et qu'il ne fournit aucune définition de l'approche « santé dans toutes les politiques ».
642. En analysant dans ce Titre premier certains concepts-clés du paysage politique sanitaire français et leur évolution (**Chapitre 1**) ainsi que les moyens mis en œuvre par le pouvoir politique pour intégrer la santé dans toutes les politiques (**Chapitre 2**) nous verrons se dessiner une trajectoire d'évolution non rectiligne, se manifestant plutôt sous la forme d'un flux oscillant alternativement d'avant en arrière.

CHAPITRE 1 - DES COURANTS CONTRADICTOIRES DÈS L'ORIGINE

CHAPITRE 2 - UNE ABSORPTION INEFFICACE PAR LE DROIT FRANÇAIS

Chapitre 1. Des courants contradictaires dès l'origine

643. L'approche large de la santé ayant irrigué lentement l'ensemble du droit français depuis l'Ancien Régime nous semble un point de départ incontournable pour l'étude de la « santé dans toutes les politiques » en France. Cette dernière a joué un rôle important dans l'émergence des notions d'hygiène publique et d'hygiénisme, mais il semble qu'au fil du temps, une approche essentiellement curative ait pris le dessus dans les politiques de santé. Tant dans l'évolution de la question sanitaire au cours des siècles (Section 1) qu'après le tournant des années 1990 (Section 2), on constate l'émergence erratique d'une « santé dans toutes les politiques » à la française.

Section 1. Les prémisses de la « santé dans toutes les politiques » dans l'histoire du droit de la santé français

644. La volonté politique de protéger mais surtout d'améliorer la santé, au cœur, notamment, de la « santé dans toutes les politiques » - tel que nous l'avons vu en Première partie -, est présente depuis des siècles en France et a évolué au fil du temps (§ 1). En revanche, cette volonté n'est pas absolue car elle n'englobe pas certaines questions et elle fluctue au cours des périodes (§ 2).

§ 1) Une volonté ancienne d'améliorer la santé

645. L'amélioration de la santé se distingue de la protection de la santé puisqu'il s'agit non plus de contrer les dangers pesant sur la santé, mais de tendre vers un état de santé meilleur. L'amélioration de la santé est au cœur de l'approche « santé dans toutes les politiques » si l'on s'en tient à la définition officielle donnée par la Déclaration d'Helsinki, vue en Première partie de cette thèse.

646. Cependant, en France, la politique de santé a pour but de protéger la santé et inclut dans la protection de la santé la composante de promotion et d'amélioration de la santé. En effet, on peut lire à l'article L1411-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi du 26 janvier 2016¹, que « *la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'État. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* ».
647. Dans le champ de la santé publique, la classification n'est pas toujours tout à fait fidèle à celle retenue par la loi. Ainsi, le Professeur de santé publique Didier Jourdan affirme que « *la promotion de la santé englobe des activités qui cherchent l'amélioration du niveau de santé des personnes et des communautés. Elle inclut à la fois la prévention, la protection de la santé et l'éducation pour la santé*² ». Celui-ci insiste aussi sur la mission d'amélioration de l'état de santé : il souligne le caractère planificateur de l'action en santé publique³, et retient une définition donnée par ses pairs : « *La santé publique a pour objectif de mettre en place une action d'ensemble susceptible d'améliorer la santé des populations. [...] Elle vise essentiellement, outre la restauration de la santé, la prévention et la promotion de la santé*⁴ ». Afin d'être fidèle à l'unique définition officielle de la « santé dans toutes les politiques », nous tâcherons d'insister sur l'amélioration de la santé plutôt que sur la protection de la santé, notion plus large au vu du droit français.
648. Historiquement, des courants de pensée précurseurs de la « santé dans toutes les politiques » peuvent être observés en France : nous verrons que dès l'Antiquité (A), une certaine façon d'appréhender la santé présentait des similitudes avec notre objet d'étude et que cette dynamique s'est accélérée au XIX^{ème} siècle avec l'émergence de l'hygiène publique et de l'hygiénisme (B).

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² D. JOURDAN, *La santé publique au service du bien commun ? Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique*, Éditions de santé, 2012, 359 p.

³ *ibid.*

⁴ L'auteur se réfère à M. CAZABAN *et al.*, *Santé publique*, 4^{ème} édition, Masson, 2001, 256 p.

A) Les premières vagues dès l'Antiquité et jusqu'à la Révolution française

649. Il existait déjà au temps des Grecs et des Romains des mesures d'hygiène publique qui touchaient à la salubrité des habitations, de la voie publique ainsi qu'à la bonne qualité des aliments, des boissons et des eaux, et qui ont influencé les Gaulois⁵. Ces dispositions ont subsisté sous le règne de Charlemagne mais ont presque entièrement disparu au Moyen-Âge, où il n'y avait aucune police de santé⁶. En effet, à cette époque, l'Église a le monopole officiel sur les activités hospitalières⁷ et la santé semble associée à la charité. Au Moyen-Âge, la situation sanitaire de la France est désastreuse⁸.
650. Au cours du XVII^{ème} siècle, le pouvoir politique se découvre une nouvelle fonction consistant à « *préserver et élever le niveau de santé de la population, faire de la société un milieu de bien-être physique, de santé optimale et de longévité*⁹ ».
651. Au XVIII^{ème} siècle, le contexte des Lumières est favorable au progrès de l'hygiène publique. On assiste notamment à la création de la Société royale de médecine, qui consacrera des rapports à plusieurs questions d'hygiène publique et éclairera ainsi le gouvernement sur les épidémies et les endémies, les épizooties, les moyens de prévenir la rage, les eaux minérales, les ateliers insalubres, l'éducation physique des enfants, la qualité des boissons et des aliments, l'état des voiries et les exhumations¹⁰. À cette époque, l'hygiène publique est reconnue comme un système qui réunit plusieurs disciplines, à savoir la médecine, l'architecture, le génie civil et l'économie politique, dans le cadre d'une politique de santé destinée à prolonger la vie humaine¹¹.

⁵ J. ARVEILLER, « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle 2006, Vol. 39, n° 1, p. 115-134. *Nota bene* : La Revue internationale « Les sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle » est publiée par le laboratoire CIRNEF EA 7454 de l'Université de Caen. Elle fait partie des revues de référence inscrites dans les listes HCERSE et CNU.

⁶ *ibid.*

⁷ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, 7^{ème} édition, Dalloz, Mementos, 2009, 270 p.

⁸ *ibid.*

⁹ A. MORELLE, D. TABUTEAU, *La santé publique*, Presses Universitaires de France, Que sais-je ? 2017, 128 p.

¹⁰ J. ARVEILLER, « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *op. cit.*

¹¹ G. JORLAND, « L'hygiène publique, fille des Lumières », Les Tribunes de la santé 2013, Vol. 1, n° 38, p. 23-27.

652. Après la Révolution française, la médecine évolue peu à peu vers l'idée de prévenir les maladies et les décès « *en renforçant les défenses naturelles du sujet et en assainissant son milieu*¹² ». L'hygiène publique, par opposition à l'hygiène individuelle, traite de tout : les *circumfusa* (les vents, le sol, etc.), les *applicata* (les vêtements, les bains, etc.), les *ingesta* (les aliments, les « poisons », etc.), les *excreta* (les excréments, le lait, etc.), les *percepta* (l'aliénation mentale, etc.) et les *gesta* (les professions, etc.)¹³. Ces préoccupations liées à l'environnement, à l'alimentation, à la santé mentale, au bien-être et à l'activité professionnelle sont semblables à celles qui donnent lieu, à notre époque, à l'intégration de la santé dans toutes les politiques.
653. Apparue au XVII^{ème} siècle, la médecine sociale peut se définir comme une « *préoccupation de prévention et de soins à l'égard des populations les plus exposées ou les plus pauvres*¹⁴ ». Elle prend de l'importance en France au XVIII^{ème} siècle, en particulier à travers la médecine urbaine¹⁵ : la société française, qui vit de plus en plus dans des villes, a en effet à cœur de nouveaux enjeux liés à la santé de la population et au lieu de vie. L'emplacement des cimetières, la localisation des abattoirs, l'évacuation des eaux usées, la qualité de l'air commencent à animer le débat public. Si l'on protège contre les risques nouvellement identifiés – présents dans les bateaux, les ports qui les accueillent, les prisons et même les hôpitaux, il devient aussi prioritaire d'investir dans l'hygiénisme, dont la France est un pays précurseur en Europe¹⁶.

B) Une accélération du mouvement à partir du XIX^{ème} siècle : de l'hygiène publique à la santé publique

654. Au début du siècle, le Conseil de salubrité est créé à Paris dans un but de surveillance sanitaire¹⁷. D'autres conseils similaires sont créés en province, mais cette ébauche ne prendra une réelle importance qu'en 1848 avec la création du Comité consultatif d'hygiène

¹² *ibid.*

¹³ *ibid.*

¹⁴ D. FASSIN, *Faire de la santé publique*, Presses de l'EHESP, 2008, 80 p.

¹⁵ A. MORELLE, D. TABUTEAU, *La santé publique*, *op. cit.*

¹⁶ *ibid.*

¹⁷ P. GUILLAUME, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles*, Comité d'histoire et Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996, 319 p.

publique¹⁸. Le rôle de ce comité est d'informer le Ministère de l'Intérieur sur les mesures de quarantaine, la prévention des épidémies, l'amélioration des conditions sanitaires de la population, la salubrité des ateliers, etc.¹⁹. La même année, des conseils et commissions d'hygiène publique sont créés dans les départements, avec les mêmes missions que le comité national²⁰.

655. Certains textes adoptés à cette période traduisent une nouvelle préoccupation pour la qualité de l'environnement urbain : le décret du 15 octobre 1810 sur les manufactures et ateliers incommodes ou insalubres, ainsi que le « Code des mineurs » du 3 janvier 1813 qui vise à prévenir les accidents et impose d'aménager des moyens de secours s'ils surviennent²¹.
656. L'épidémie de choléra fait environ 600 000 victimes en France entre 1826 et 1837. Cet épisode révèle l'existence de deux visions opposées pour faire face à cette crise : d'une part, les membres du Conseil supérieur de santé créé depuis peu²², pensent que la solution se trouve dans une approche autoritaire et militent pour des mesures interventionnistes comme la quarantaine, les lazarets et les cordons sanitaires.
657. D'autre part, certains avancent l'idée qu'il faut adopter au contraire des mesures préventives et sociales. Cette vision plus libérale est défendue notamment par l'Académie royale de médecine et promeut des mesures d'amélioration de l'habitat ou la construction d'égouts²³. Au cours de ce siècle marqué par de grandes épidémies, les médecins se déclarent capables de fournir « *les moyens d'en préserver le groupe social* » « *par des mesures d'hygiène* », à condition que l'État leur en donne les moyens²⁴.

¹⁸ *ibid.*

¹⁹ *ibid.*

²⁰ *ibid.*

²¹ *ibid.*

²² Le Conseil supérieur de santé a été créé en 1832. Afin de lutter contre les contagions, un système renforcé de surveillance commerciale, maritime et terrestre est mis en place puis entériné par la loi du 3 mars 1822. Le Conseil supérieur de santé, créé à cette occasion, a pour mission, sous la tutelle du Ministère de l'Intérieur, de surveiller l'application de ce système. (A. BIDEAU, in J. DUPÂQUIER et al., *Histoire de la population française. De 1789 à 1914*, Presses Universitaires de France, 1988, 626 p).

²³ J. ARVEILLER, « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *op. cit.*

²⁴ *ibid.*

658. Dès lors, l'État s'empare réellement de la question de la santé. L'hygiène publique endosse un nouveau rôle en ce qu'elle contribue à l'organisation sociale, en lien avec le législateur, les juges et le politique, et rassemble la médecine et la santé publique²⁵. Le lien entre le médical et le politique se renforce : l'hygiène devient un moyen de gouvernement. Le terme de « médecine sociale » désigne alors la santé publique car elle prend en compte « *les facteurs sociologiques et environnementaux qui concourent à la santé*²⁶ ». Le corps médical énonce « *des normes sur des domaines tenant aux comportements quotidiens et à l'apprentissage de ces comportements : soins du corps, alimentation ou logement*²⁷ ».
659. Au XIX^{ème} siècle, l'hygiène publique est décrite comme « *l'art de conserver la santé aux hommes réunis en société* », avec le but de constater et d'éloigner « *toutes les causes contraires à la conservation et au bien-être de l'existence*²⁸ ». Dans cette définition, la volonté d'éloigner les « *causes contraires* » à l'existence peut s'apparenter à une démarche de protection contre les menaces pesant sur la santé. Le terme « *conserver* » renvoie à l'idée de préservation de la santé que nous avons déjà rencontrée dans les textes de santé publique adoptés au niveau mondial. Enfin, le « *bien-être de l'existence* » véhicule une vision globale de la santé qui correspond à un état plus général que la simple absence de maladie ou de blessure.
660. Le Professeur de Forges définit l'hygiène publique comme « *la politique ayant pour objet de lutter contre les facteurs d'apparition et de propagation des maladies humaines*²⁹ ». Quant à l'hygiénisme, il s'agit d'une « *doctrine pratique visant à améliorer le cadre et les conditions de vie de la population (alimentation, habitat, travail) afin de diminuer la mortalité [...], et d'allonger l'espérance de vie* » et qui « *cherche à corriger les comportements individuels et à amender les modes de vie (alcoolisme, prostitution)*³⁰ ».
661. À notre sens, l'hygiène publique et a fortiori le courant hygiéniste entrent bien dans le cadre d'une démarche qui ne se borne pas à protéger la santé, mais qui tend aussi à l'améliorer. Cependant, l'hygiénisme se distingue de l'approche « santé dans toutes les politiques »,

²⁵ *ibid.*

²⁶ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, Lavoisier, Traités, 2016, 728 p.

²⁷ J. ARVEILLER, « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *op. cit.*

²⁸ *ibid.*

²⁹ J.-M. DE FORGES, *Le droit de la santé*, 8^{ème} édition, Presses Universitaires de France, Que sais-je ? 2012, 128 p.

³⁰ A. MORELLE, D. TABUTEAU, *La santé publique*, Presses Universitaires de France, Que sais-je ? 2017, 128 p.

dans la mesure où il tend à compartimenter les problématiques sanitaires – tuberculose, alcoolisme, etc. – là où la « santé dans toutes les politiques » se veut transversale³¹.

662. L'action sanitaire s'organise autour de dispositifs de prévention³². Après la prise de conscience politique liée aux épidémies de choléra de 1832 et 1849, la loi sur les logements insalubres est adoptée en 1850, et un long processus s'enclenche, qui aboutira à l'adoption de la grande loi de 1902 sur la santé publique³³.
663. Tout au long du XIX^{ème} siècle, l'objectif d'hygiène publique continue à se diffuser : on cherche à assainir l'environnement et les conditions de vie individuelles. D'une part, s'agissant de l'environnement, cette volonté découle de constats scientifiques. Le médecin épidémiologiste britannique John Snow découvre, en observant les statistiques des épidémies de choléra de 1854 et 1866, que le germe du choléra – qui ne sera véritablement identifié que vingt ans plus tard - se transmet par l'eau potable. Comparant les niveaux de contamination de deux quartiers de Londres, il constate que le quartier desservi en eau par une entreprise qui la puisait dans la Tamise en milieu urbain a subi les épidémies de plein fouet, contrairement au quartier desservi par une société qui puisait l'eau en amont de la ville³⁴.
664. D'autre part, au cours du XIX^{ème} siècle, on tente de renforcer la résistance des individus aux maladies, par la vaccination, mais aussi en essayant de leur procurer une nourriture suffisante, un logement chauffé et de quoi se vêtir³⁵. Ces objectifs sont difficiles à atteindre, malgré l'adoption de lois sur le travail des enfants, sur la lutte contre les épidémies, sur l'organisation municipale, l'assainissement des logements insalubres, la déclaration obligatoire des maladies contagieuses³⁶. En fait, en dépit des efforts consentis, « ces conditions

³¹ Entretien avec P. ZYLBERMAN, 3 mai 2021.

³² D. TABUTEAU, « Crises et réformes », Les Tribunes de la santé 2009, Vol. 22, n° 1.

³³ *ibid.*

³⁴ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique, op. cit.*

³⁵ *ibid.*

³⁶ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique, op. cit.* : loi du 3 mars 1822 sur la police sanitaire, loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers, arrêté du 18 décembre 1848, loi du 13 avril 1850 sur l'assainissement des logements insalubres, loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale (laquelle reprenait la loi du 18 juillet 1837 sur l'administration municipale), loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

d'alimentation, de logement, de chauffage, de vêtue ne seront toutes réunies que pour les générations de l'après-Seconde Guerre mondiale³⁷ ».

665. Selon le médecin et professeur de philosophie Anne Fagot-Largeault, « par certains côtés, le mouvement hygiéniste de la fin du XIX^{ème} siècle est comparable au mouvement écologique que nous connaissons aujourd'hui : on y trouve (sans les mots « pollution » ni « environnement ») la même conscience des désastres engendrés par une alimentation frelatée, un habitat sordide, des « professions délétères », le maniement industriel de substances toxiques, etc³⁸ ». L'hygiénisme de la fin du XIX^{ème} siècle est cette « discipline bien reçue dans les enceintes académiques, écoutée du pouvoir, qui croit être en train de devenir une science [...] rêve d'une réglementation rationnelle de la vie individuelle et collective pour assurer scientifiquement la santé des populations, en collaboration toute naturelle avec l'administration et la police : bref, l'impérialisme des Lumières – l'impérialisme minutieux et consciencieux des lumières hygiéniques³⁹ ». De plus, « le projet avoué de l'hygiène scientifique ou « positive » ne se limite pas à la prophylaxie des maladies, il inclut l'amélioration de l'espèce⁴⁰ ». L'hygiénisme, par son caractère proactif, se démarque alors de la médecine : « préserver la santé (rôle défensif) n'est qu'une tâche propédeutique, il faut ensuite « améliorer l'homme » », écrit-elle⁴¹.
666. Sous la III^{ème} République, les médecins sont fortement représentés au Parlement et dans les ministères. Tout en s'efforçant de mettre en avant leur statut dans la société, ils s'emploient à faire en sorte que les problèmes de santé soient reconnus comme une question politique importante⁴².
667. Au début du XX^{ème} siècle, il apparaît que ce sont les améliorations des conditions de vie, et non les progrès de la médecine, qui ont permis la chute de mortalité observée⁴³. Au même moment, le terme « santé publique » supplanté celui d'« hygiène publique », comme en

³⁷ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, op. cit.

³⁸ A. FAGOT-LARGEAULT, *Médecine et philosophie*, Presses Universitaires de France, Éthique et philosophie morale, 2010, 288 p.

³⁹ *ibid.*

⁴⁰ L'auteur cite J. ARNOULD, *Nouveaux éléments d'hygiène*, 1881, Librairie JB Baillière et Fils : « N'être pas malade n'est pas suffisant » [...] il faut encore, par une ration alimentaire rationnelle et un exercice scientifiquement dosé (une « gymnastique »), « accentuer la vitalité, tremper le système nerveux, rendre le sang riche et plastique » – bref, retrouver cet équilibre de l'intelligence et de la beauté dont les anciens Grecs avaient le culte, et qui a été « trop négligé à notre époque d'usines et de fabriques » ». (A. FAGOT-LARGEAULT, *Médecine et philosophie*, op. cit.)

⁴¹ A. FAGOT-LARGEAULT, *Médecine et philosophie*, op. cit.

⁴² M. LORIOU, *L'impossible politique de santé publique en France*, Érès, Action santé, 2002, 168 p.

⁴³ K. LEPPÖ et al., *Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies*, Ministère des affaires sociales et de la santé de Finlande, 2013.

témoigne la loi du 15 février 1902 relative à la « *protection de la santé publique*⁴⁴ ». Cette loi qualifiée de « *triomphe de l'hygiénisme* » par le Professeur d'histoire Pierre Guillaume⁴⁵ provoque l'irruption de l'État dans la sphère privée : il intervient sur la question des enfants maltraités, de la salubrité des logements, de la vaccination obligatoire et de la déclaration de certaines maladies contagieuses, des accidents du travail et de la limitation du travail des femmes et des enfants⁴⁶.

668. La loi de 1902 confie à l'autorité communale la majeure partie des responsabilités en matière de police sanitaire⁴⁷ et crée un Conseil supérieur de l'hygiène publique⁴⁸. C'est en 1920, après l'épidémie de grippe espagnole – dont l'ampleur a conduit à un débat politique et parlementaire⁴⁹ – qu'est créé le premier ministère de la Santé publique⁵⁰. Ce « Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale » participe à la création d'une administration de la santé publique⁵¹. Jusque-là, les questions de santé publique étaient traitées par le ministère de l'Intérieur et le Conseil supérieur d'hygiène publique⁵².

669. La consolidation de la République, puis les deux guerres mondiales au XX^{ème} siècle « *expliquent le développement et la mise en place de véritables institutions et réglementations de santé publique*⁵³ ». Le Professeur Truchet voit dans la Seconde Guerre mondiale un tournant pour le droit de la santé, marquant le passage d'une conception traditionnelle de la santé – « *où l'on voyait dans la santé un attribut, une qualité de la personne, un bien individuel à préserver par une réglementation de police appropriée ou à reconstituer si son propriétaire l'a laissé se délabrer* » – à la conception contemporaine de la santé, la santé publique, vue comme « *une richesse collective indispensable à la puissance de la nation*⁵⁴ ».

⁴⁴ A. MORELLE, D. TABUTEAU, *La santé publique*, op. cit.

⁴⁵ P. GUILLAUME, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles*, op. cit.

⁴⁶ G. JORLAND, « L'hygiène publique, fille des Lumières », op. cit.

⁴⁷ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, op. cit.

⁴⁸ M. LORIOU, *L'impossible politique de santé publique en France*, op. cit.

⁴⁹ D. TABUTEAU, « Crises et réformes », op. cit.

⁵⁰ M. LORIOU, *L'impossible politique de santé publique en France*, op. cit.

⁵¹ J.-F. PICARD, S. MOUCHET, *La métamorphose de la médecine*, Presses universitaires de France, Science Histoire & Société, 2009, 243 p.

⁵² *ibid.*

⁵³ M. LORIOU, *L'impossible politique de santé publique en France*, op. cit.

⁵⁴ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, op. cit.

En outre, en France, l'épidémiologie et la surveillance sanitaire commencent à se développer, au moment où la santé mondiale progresse et où le *Center for Disease Control* américain rayonne même au-delà de ses frontières⁵⁵. Les experts français s'approprient ces disciplines.

670. À la fin du XX^{ème} siècle, la santé publique est une discipline à part entière reconnue et définie. Selon Didier Fassin, anthropologue, sociologue et médecin, on peut distinguer trois grands registres d'action dans le secteur de la santé publique : « *Le premier correspond à l'hygiène publique [...]. Le second concerne la prévention médicale, autrement dit les activités techniques à orientation individuelle, telles que la vaccination, le diagnostic précoce des cancers, le dépistage des caries dentaires. Le troisième est représenté par l'action socio-sanitaire, qui propose une approche dite globale des problèmes de santé s'apparentant au développement social et à la médecine communautaire. Cette distinction n'implique toutefois pas d'imperméabilité entre les catégories, et nombre de programmes de santé publique s'inscrivent dans les trois registres à la fois*⁵⁶ ».

§ 2) Une volonté à certains égards limitée

671. La réflexion indéniable sur les inégalités sociales de santé au cours du temps n'a pas connu de réel aboutissement politique pendant deux siècles (A). Par ailleurs, l'hygiénisme s'est effacé au profit d'autres approches d'intervention publique dans le champ de la santé (B).

A) Des ambitions modestes vis-à-vis de la lutte contre les inégalités de santé

672. En vertu de la seule définition officielle existant pour la « santé dans toutes les politiques », l'un des objectifs de cette approche est l'amélioration de l'équité en santé⁵⁷.

⁵⁵ F. PIERRU, « Les recompositions paradoxales de l'État sanitaire français. Transnationalisation, étatisation et individualisation des politiques de santé », *Éducation et sociétés* 2012, Vol. 2, n° 30, p. 107-129.

⁵⁶ D. FASSIN, « Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique », in M-C. GRANJON (dir.), *Penser avec Michel Foucault, Théorie critique et pratiques politiques*, Karthala, Recherches internationales, 2005, 352 p.

⁵⁷ Voir Chapitre 1 (Partie 1), où la Déclaration d'Helsinki est détaillée (Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, Helsinki, Finlande, 2013). Sur la notion d'équité en santé, voir l'introduction, et Chapitre 1 (Partie 1).

673. Selon le Professeur britannique de santé publique Margaret Whitehead, citée par Messieurs Bourdillon, Brücker et Tabuteau dans le *Traité de santé publique*, « *l'équité en santé implique qu'idéalement, chacune et chacun devraient avoir une chance équitable d'atteindre son plein potentiel en matière de santé et, de façon plus pragmatique, que nul ne devrait être défavorisé dans la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité*⁵⁸ ».
674. Sur le plan juridique, le principe d'égalité en matière de santé a valeur constitutionnelle, étant prévu par l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 : « *la Nation garantit à tous [...] la protection de la santé* ». L'équité en santé, sous cette appellation, n'a pas une telle reconnaissance constitutionnelle mais nous verrons qu'elle est prévue par la loi.
675. Au regard de la définition de la santé publique donnée dans le *Traité de santé publique* susmentionné, l'attention donnée aux groupes dits vulnérables – donc victimes des inégalités sociales – fait partie intégrante de la santé publique : « *la santé publique se présente comme une approche collective de protection de la santé, perçue comme un bien partagé par la population, aux composantes multiples, non seulement en raison de l'âge et du genre, mais encore des modes de vie, des activités professionnelles, des niveaux d'éducation et d'information, des choix de vie et des capacités à élaborer et conduire des projets de vie. Elle identifie donc des personnes ou des groupes dits vulnérables, fragiles, dont la santé est la plus menacée compte tenu de l'organisation même de la société*⁵⁹ ».
676. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a rappelé en 2011 que les inégalités sociales de santé sont définies comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale*⁶⁰ ». Ces inégalités sont une manifestation du lien entre l'état de santé et la position sociale. Elles sont considérées comme évitables, et donc dépendantes de choix politiques en matière de régulation économique et sociale⁶¹. En effet, si les déterminants de la santé tels que l'âge, le sexe et les facteurs héréditaires peuvent difficilement être supprimés, on peut en revanche agir sur les déterminants sociaux de la santé tels que les comportements individuels, les communautés dans lesquelles les individus vivent, les conditions de vie et de travail, et les conditions économiques, culturelles et environnementales⁶².

⁵⁸ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, op. cit.

⁵⁹ *ibid.*

⁶⁰ Inspection générale des affaires sociales, *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, Rapport, 2011.

⁶¹ *ibid.*

⁶² *ibid.*

677. Pour illustrer davantage ces propos, nous retiendrons l'exemple donné par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2016 : « *Le lien entre niveau d'études et santé est une des relations les plus constamment retrouvées dans la littérature internationale. Les mécanismes en cause sont nombreux, d'importance variable, suivant plusieurs chemins : via la trajectoire sociale et l'accès à une profession permise par un niveau d'études élevé ; via les comportements, d'autant plus favorables à la santé que le niveau d'études est élevé ; via l'estime de soi et la capacité de maîtriser sa vie, de faire face aux aléas de l'existence ; via la capacité à s'approprier les messages de prévention ou les innovations médicales plus importante si le niveau d'études est élevé ; via l'incorporation biologique de l'environnement*⁶³ ».

678. L'IGAS souligne qu'il est d'autant plus important d'agir sur ces éléments extérieurs au système de santé, que les actions préventives et curatives ne permettent pas à elles seules de réduire les inégalités sociales de santé. Dans son rapport il est expliqué que du fait de ces déterminants sociaux de la santé, les inégalités sociales peuvent se « transformer » en inégalités de santé⁶⁴. Pour ces raisons, nous considérons que la recherche de l'équité en santé, notion totalement absente du droit français de la santé - elle n'apparaît d'ailleurs pas non plus dans le rapport de l'IGAS de 2011 pourtant très complet sur les inégalités sociales de santé⁶⁵ -, comporte des liens étroits avec la lutte contre les inégalités sociales de santé, terme que l'on trouve dans des lois que nous verrons ci-après. Pour citer quelques exemples, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé mentionne les inégalités territoriales d'accès aux soins. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé réaffirme la place essentielle de la réduction des inégalités sociales et territoriales parmi les objectifs de la politique de santé nationale en réécrivant l'article L1411-1 du Code de la santé publique. Ce dernier contenait déjà cet objectif dès l'adoption de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 mais le rangeait en septième position.

⁶³ Haut Conseil de la santé publique, Crise économique, santé et inégalités sociales de santé, Rapport, 2016.

⁶⁴ Inspection générale des affaires sociales, Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action, *op. cit.*

⁶⁵ À part dans les annexes mentionnant des programmes mis en place à l'étranger.

679. Nous pensons que la prise en compte des inégalités sociales de santé dans la politique de santé publique est ce qui se rapproche le plus de la recherche de l'équité en santé⁶⁶. Souhaitant adapter notre analyse au terrain français, nous insisterons donc surtout ici sur le concept d'inégalités sociales de santé et, dans une moindre mesure, sur l'équité en santé *stricto sensu*. Au fil du temps il devient évident qu'il existe un lien entre la pauvreté, un mauvais état de santé et les conséquences engendrées sur l'économie (1°). Peu à peu, l'intervention des pouvoirs publics est jugée nécessaire (2°).

1°) La prise de conscience des liens entre pauvreté et mauvaise santé et leurs répercussions sur l'économie et les finances

680. Au-delà des frontières françaises, dans le contexte de révolution industrielle, le XIX^{ème} siècle voit naître un mouvement de santé publique moderne en Europe, marqué par la reconnaissance de l'impact considérable des conditions de vie et de travail sur la santé, et par le constat que les maladies affectent plus les populations précaires que les classes aisées⁶⁷.

681. En France, Louis-René Villermé démontre statistiquement l'existence d'une inégalité sociale devant la maladie et la mort. Les hygiénistes approuvent ce constat. La lutte contre la pauvreté devient alors une mesure sanitaire⁶⁸, car on reconnaît que « *les quartiers pauvres sont autant de foyers d'infection qui peuvent, sous l'influence du seul génie épidémique ou à cause des variations climatiques, se propager, y compris dans les quartiers aisés*⁶⁹ ». Ce que l'on soupçonnait déjà au siècle précédent devient donc au cours du XIX^{ème} siècle une évidence : le « paupérisme » est responsable de ravages sanitaires, « *la maladie du pauvre menaçant la société entière*⁷⁰ ». Il ne fait alors plus de doute que « *le délabrement sanitaire du prolétariat concentré dans les « faubourgs » peut affecter toute la société, y compris la bourgeoisie*⁷¹ ». Cette prise de conscience conduit en 1841

⁶⁶ Voir à ce sujet Chapitre 1 (Partie 1), où il est noté qu'un lien est fait entre équité et réduction des inégalités de santé, dans la Déclaration de Moscou de 2011 (Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, OMS, Déclaration de Moscou, Moscou, Russie, 2011).

⁶⁷ K. LEPPONEN *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, *op. cit.*

⁶⁸ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, *op. cit.*

⁶⁹ *ibid.*

⁷⁰ A. MORELLE, D. TABUTEAU, *La santé publique*, *op. cit.*

⁷¹ *ibid.*

à l'adoption de la première loi hygiéniste, dite loi de Villermé, dont l'application ne sera guère efficace⁷². Cette loi du 22 mars 1841⁷³ limite la durée du travail des enfants.

682. S'appuyant sur les découvertes de Villermé, Michel Lévy, médecin militaire ayant vécu les épidémies de choléra et de typhus dans l'armée d'Orient en Turquie et en Crimée, affirme que l'intensité des épidémies est un indice de la misère du peuple, et conclut que « *la civilisation diminue la fréquence et l'intensité des épidémies*⁷⁴ ».
683. L'intérêt pour la santé des plus pauvres semble alors être plutôt justifié par la volonté de protéger celle des autres catégories de la population. Le sociologue Marc Lorient va dans ce sens, précisant que « *longtemps, les interventions du pouvoir sont motivées essentiellement par des préoccupations économiques et politiques : il s'agit d'abord de contrôler les désordres provoqués par la maladie*⁷⁵ ».
684. Une autre motivation pour s'intéresser à la santé des classes les moins aisées réside dans la crainte d'une hausse des coûts pour la société tout entière. En 1850, lors du débat sur la loi sur les logements insalubres, un député à l'Assemblée nationale législative s'exprimait ainsi : « *les logements insalubres sont le laboratoire de la maladie, de la misère, souvent du vice et du crime. C'est par suite de ces logements insalubres, de leur influence délétère, que le budget s'accroît, à l'article des hospices et des prisons*⁷⁶ ». Depuis la fin du XVIII^{ème} siècle, le pouvoir royal voit de plus en plus un lien vertueux entre la bonne santé de sa population, la richesse et la puissance⁷⁷.
685. Il semble donc évident qu'on ne puisse pas parler d'une lutte contre les inégalités sociales de santé au XIX^{ème} siècle.

2°) Une action politique devenue nécessaire

686. L'émergence des syndicats et des mouvements sociaux et politiques en France, mais aussi dans le reste de l'Europe, pousse les gouvernants à s'intéresser à l'amélioration des

⁷² G. JORLAND, « L'hygiène publique, fille des Lumières », *op. cit.*

⁷³ Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers.

⁷⁴ A. FAGOT-LARGEAULT, *Médecine et philosophie*, *op. cit.*

⁷⁵ M. LORIENT, *L'impossible politique de santé publique en France*, *op. cit.*

⁷⁶ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, *op. cit.*

⁷⁷ M. LORIENT, *L'impossible politique de santé publique en France*, *op. cit.*

conditions de vie et de travail⁷⁸. L'action gouvernementale et locale est alors requise pour améliorer la santé et traiter les inégalités sociales de santé⁷⁹. Une mobilisation civile et syndicale fait pression sur les gouvernements et entraîne d'importants progrès dans l'alimentation et le logement, résultant en l'allongement de la durée de vie à la fin du XIX^{ème} siècle⁸⁰.

687. Au cours du XX^{ème} siècle et de la lente naissance d'une politique de santé en France, les inégalités sociales de santé n'apparaissent guère dans les préoccupations des experts et des décideurs politiques. Comme le résume Monsieur Fassin, « *en France les inégalités sociales devant la maladie et la mort ont eu du mal à être identifiées comme relevant d'un engagement prioritaire des politiques de santé, aussi bien en matière de production statistique qu'en matière d'action publique. Lorsqu'elles l'ont été, c'est essentiellement du point de vue de la protection sociale et de l'accès aux soins, alors qu'il est bien établi que ce sont les déterminants sociaux tels que les disparités en matière d'éducation, d'emploi, de logement qui influent de façon décisive sur les inégalités de santé*⁸¹ ».

688. Cette prise en compte partielle de la question des inégalités sociales de santé crée un paradoxe selon lequel la France, pourtant pionnière dans la découverte de ces inégalités au XVIII^{ème} siècle, est à présent mal classée par rapport à ses pairs européens en ce qui concerne les inégalités sociales de santé, alors qu'elle jouit d'une reconnaissance mondiale pour la qualité de son système de soins⁸².

B) L'effacement de l'hygiénisme au profit d'autres modèles de protection de la santé

689. Nous avons vu que l'hygiénisme prônait non seulement une protection de la santé contre les risques inhérents au mode de vie et à l'environnement, mais surtout un modèle de progrès vers une meilleure santé. À ce titre, il apparaît comme un courant de pensée particulièrement proche de l'objectif poursuivi de nos jours par les défenseurs de l'intégration de la santé dans les autres politiques. Cependant, l'hygiénisme a perdu de sa

⁷⁸ G. JORLAND, « L'hygiène publique, fille des Lumières », *op. cit.*

⁷⁹ K. LEPPON *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, *op. cit.*

⁸⁰ *ibid.*

⁸¹ D. FASSIN, *Faire de la santé publique*, *op. cit.*

⁸² *ibid.*

superbe au fil du temps, au profit d'autres modèles. La police sanitaire spéciale se développe (1°) et les faiblesses de la notion-même d'hygiénisme contribuent à son recul (2°).

1°) L'affirmation progressive de la notion de police sanitaire spéciale : un exemple de la distinction entre protection et amélioration de la santé

690. La police sanitaire a émergé à la fin du XV^{ème} siècle (a) et a acquis une consistance juridique à partir du XVIII^{ème} siècle (b).

a) Une notion en développement

691. C'est lors du règne de Jean II que commença la création d'une police de santé dans Paris, avec l'édit royal du 30 janvier 1350⁸³. Ce texte contient des dispositions destinées à lutter contre les causes d'insalubrité existantes. Il interdit notamment de « *nourrir des porcs dans l'intérieur de la ville, de balayer les rues pendant et après la pluie, avant que les eaux claires ne fussent écoulées* », il défend aux bouchers « *de conserver les viandes plus de deux jours en hiver et plus d'un jour et demi en été* » et il oblige la population locale à « *transporter les ordures hors la ville, aux voiries*⁸⁴ ».

692. Selon le médecin et chercheur Jacques Arveiller, l'empreinte hygiéniste de Jean II et de son édit royal persistera jusque dans la dernière moitié du XVII^{ème} siècle⁸⁵. Une réforme de la police générale de Paris alors mise en place par le lieutenant de police de Paris De la Reynie porte entre autres sur la police de santé⁸⁶. À cette époque, la santé publique vient s'ajouter aux deux attributions constitutives du pouvoir étatique, la sécurité publique et la réglementation économique. Ces trois éléments fondent alors la notion de police⁸⁷.

693. Le Professeur Renaudie souligne le lien complexe qu'entretenaient selon lui, sous l'Ancien Régime, la police et la santé : il fait un parallèle intéressant entre la définition de la police donnée par le commissaire au Châtelet Nicolas Delamare, et la définition actuelle de la santé

⁸³ J. ARVEILLER, « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *op. cit*

⁸⁴ *ibid.*

⁸⁵ *ibid.*

⁸⁶ *ibid.*

⁸⁷ A. MORELLE, D. TABUTEAU, *La santé publique, op. cit.*

selon l'OMS⁸⁸. En effet, dans son *Traité de la police*, publié de 1705 à 1738, Nicolas Delamare définissait la police comme une activité générale dont l'objet est de « *conduire l'homme à la plus parfaite félicité dont il puisse jouir en cette vie*⁸⁹ ».

694. Comme le rappelle le Professeur Renaudie, alors qu'historiquement l'État s'intéressait peu à la santé de la population, les maires ont une légitimité ancienne en la matière⁹⁰. À la Révolution française, la loi du 16 vendémiaire an V consacre la tutelle des communes sur les hôpitaux et hospices, puis la loi des 16 et 24 août 1790 confie aux maires des attributions de police en matière sanitaire⁹¹. Ce texte est à l'origine des dispositions de l'article L2212-2 du Code général des collectivités territoriales actuel, qui habilite le maire à prendre les mesures destinées à assurer la salubrité publique⁹². La loi des 19 et 22 juillet 1791 donne aux maires des attributions en matière de surveillance de la salubrité des comestibles exposés à la vente : ceux-ci peuvent notamment faire contrôler les denrées, en interdire la vente, etc.⁹³. Ces dispositions sont elles aussi intégrées à l'article précité du Code général des collectivités territoriales.
695. Peu après, le décret du 28 juin 1793 relatif à l'organisation des secours⁹⁴ prévoit la création d'agences de secours et la mise en place d'officiers de santé dans les arrondissements, dans une perspective d'aide et de soins de proximité aux populations les plus démunies.
696. Le développement de la police sanitaire se renforce au fil du temps, notamment avec la loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire, et son ordonnance d'exécution du 7 août 1822⁹⁵ - complétée par le décret du 24 décembre 1850⁹⁶ - qui visent à « *préserver le territoire de l'invasion des maladies pestilentielles*⁹⁷ ».

⁸⁸ O. RENAUDIE, « La police administrative au temps du coronavirus », *Actualité juridique en droit administratif* 2020, n° 30.

⁸⁹ *ibid.*

⁹⁰ *ibid.*

⁹¹ *ibid.*

⁹² *ibid.*

⁹³ J.-M. DE FORGES, *Le droit de la santé*, *op. cit.*

⁹⁴ Décret de la Convention nationale, du 28 juin 1793, l'an second de la République française, relatif à l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, aux vieillards et aux indigents.

⁹⁵ O. RENAUDIE, « La police administrative au temps du coronavirus », *op. cit.*

⁹⁶ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, *op. cit.*

⁹⁷ B. HILLEMANT, « La police sanitaire maritime française », *Histoire des Sciences médicales* 2012, Vol. 46, n° 2.

697. Dans les grands ports, la police sanitaire locale est exercée, sous la surveillance du préfet, par des intendances dont les membres sont nommés par le ministre de l'Intérieur, et dans les autres ports par des commissions nommées par le préfet⁹⁸.

La loi du 13 avril 1850 élargit le cadre de la police sanitaire en encadrant la question des logements insalubres⁹⁹.

b) Une notion reconnue juridiquement

698. Dès le XVIII^{ème} siècle, il est reconnu que l'ordre public général comprend le bon ordre, la sécurité, la tranquillité et la salubrité publiques. L'article 50 du décret du 14 décembre 1789 relatif à la constitution des municipalités définit les pouvoirs municipaux, alors encore relativement réduits : ils concernent « *l'administration des biens communs des villes et communautés, la direction et l'exécution des travaux publics à la charge de la communauté, enfin la police relative à la propreté, la salubrité, la sûreté et la tranquillité dans les rues et édifices publics*¹⁰⁰ ».

699. Dans un contexte d'extrême disparité des communes françaises, la loi du 5 avril 1884 relative à l'organisation municipale instaure un régime juridique uniforme pour toutes les communes de France et élargit de façon significative les attributions des communes en créant une clause générale de compétence à leur profit¹⁰¹.

700. Puis, le Code général des collectivités territoriales, en son article L2212-2 - dont les premières versions datent des années 1990¹⁰² - reprend ces propos et prévoit que « *La police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques* ». Sa version actuelle indique que la police administrative municipale comprend notamment « *Le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, [...] les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours et, s'il y*

⁹⁸ *ibid.*

⁹⁹ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, *op. cit.*

¹⁰⁰ P. TANCHOUX, « Les « pouvoirs municipaux » de la commune entre 1800 et 1848 : un horizon chimérique ? », *Parlement[s]*, *Revue d'histoire politique* 2013, Vol. 20, n° 2, p. 35-48.

¹⁰¹ Sénat, Les grands principes de la loi municipale de 1884 <https://www.senat.fr/evenement/archives/D18/principes.html>, [consulté le 29/03/2021].

¹⁰² D'après les informations du site internet Légifrance.fr, sur l'article L2212-2 CGCT : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029946370/, [consulté le 08/03/2021].

a lieu, de provoquer l'intervention de l'administration supérieure¹⁰³ ». Le Professeur Rivero définissait la police administrative comme « l'ensemble des interventions de l'administration qui tendent à imposer à la libre action des particuliers la discipline exigée par la vie en société¹⁰⁴ ». La police administrative peut aussi être définie comme « un système juridique normatif émanant d'autorités publiques qualifiées et qui, dans une matière donnée, établit des compétences, génère à l'égard des sujets de droit intéressés des droits et obligations, en leur imposant par exemple des conditions d'action, des prohibitions, quelquefois des obligations de faire¹⁰⁵ ». La police administrative poursuit un but préventif et vise à protéger l'ordre public¹⁰⁶.

701. C'est surtout depuis le XIX^{ème} siècle qu'en matière de santé, l'État et les autorités locales ont établi une série de polices de santé : « polices de l'hygiène publique, des diverses professions de santé, des établissements intervenant dans ce domaine, des objets et produits utiles et nuisibles, etc.¹⁰⁷ ».
702. La notion de salubrité publique n'est pas définie par la jurisprudence mais elle « touche, potentiellement, à tous les aspects de la protection de la santé l'homme : de l'eau aux déchets en passant par son alimentation et l'ensemble des pathologies transmissibles dont il peut être victime¹⁰⁸ ». Traditionnellement très liée à l'hygiène publique, la salubrité semble donc s'élargir aujourd'hui pour « embrasser tous les enjeux de la santé publique, y compris ceux qui découlent des impacts environnementaux¹⁰⁹ ».
703. Selon le Professeur de Forges, on peut rattacher la notion d'hygiène publique au concept de police administrative, tant générale que spéciale ; l'hygiène publique est, rappelle-t-il, « une action sur le milieu qui peut affecter l'habitat, le milieu du travail, l'alimentation, les transports et le commerce¹¹⁰ ».

¹⁰³ Article L2212-2 du Code général des collectivités territoriales.

¹⁰⁴ J. RIVERO, *Droit administratif*, Dalloz, Précis Dalloz Droit public, 2011, 562 p.

¹⁰⁵ J.-M. AUBY, « La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé », *L'actualité juridique droit administratif* 1995, p. 588.

¹⁰⁶ M. DEGOFFE, *Droit administratif*, 4^{ème} édition, Ellipses, Cours magistral, 2020, 528 p.

¹⁰⁷ G. JORLAND, « L'hygiène publique, fille des Lumières », *op. cit.*

¹⁰⁸ S. BRIMO, B. DEFOORT, « La police générale de la salubrité à l'épreuve de l'état d'urgence sanitaire : ou l'impossible disparition de la salubrité publique locale », *Revue de droit sanitaire et social* 2020, p. 848.

¹⁰⁹ *ibid.*

¹¹⁰ J.-M. DE FORGES, *Le droit de la santé*, *op. cit.*

704. La police sanitaire, au cœur du droit de la santé publique, a pour objet de sauvegarder la santé publique¹¹¹, c'est-à-dire protéger la santé contre les menaces qui pèsent sur elle ; elle n'a pas pour but premier de l'améliorer. Du point de vue des objectifs poursuivis, la police sanitaire et la « santé dans toutes les politiques » ne sont donc pas identiques ; la « santé dans toutes les politiques » poursuit un but plus large, c'est-à-dire, comme nous l'avons vu, à la fois la protection de la santé contre les dangers et une amélioration de l'état de santé. À l'heure actuelle, comme le soulignent le Professeur Defoort et Madame Brimo, Maître de conférences en droit public, *« qu'il s'agisse d'appréhender les risques sanitaires induits par les médicaments vétérinaires, l'exposition aux pesticides ou aux ondes électromagnétiques, on constate que le pouvoir législatif a trouvé dans l'instauration d'une police spéciale le mécanisme idoine le plus convaincant pour prévenir leur réalisation. Aujourd'hui, le champ des polices spéciales sanitaires s'étend donc de la police des déchets à la police de l'eau, en passant par celles des produits phytopharmaceutiques ou de l'habitat insalubre. Le code de l'environnement en identifie, à lui seul, plus de vingt-cinq. Le code de la santé publique, celui de la construction et de l'habitation, ou évidemment, le CGCT, en regorgent également¹¹² »*. Ces propos confirment que la police administrative spéciale en matière de santé vise à lutter contre les risques sanitaires. Elle ne contient pas de dimension visant à améliorer l'état de santé de la population.

2°) Des difficultés inhérentes à l'hygiénisme ayant contribué à sa mise à l'écart à partir du XIX^{ème} siècle

705. La tendance à privilégier la mission curative du système de santé au détriment de sa dimension préventive n'est pas exclusivement française, c'est un phénomène observé depuis longtemps dans de nombreux pays¹¹³. En Occident, il semble qu'une idée commune et ancienne veuille que l'individu soit responsable de prévenir la maladie, tandis que « l'autre » soit responsable de la soigner ; au contraire, en Chine, la très ancienne tradition de payer le médecin tant que le patient restait en bonne santé, et d'interrompre ce paiement

¹¹¹ A. LAMI, F. LOMBARD, « L'articulation des polices sanitaires depuis la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 », Actualité juridique Collectivités Territoriales 2020, p. 291.

¹¹² S. BRIMO, B. DEFOORT, « La police générale de la salubrité à l'épreuve de l'état d'urgence sanitaire... », *op. cit.*

¹¹³ F. BAUM *et al.*, « New norms new policies: Did the Adelaide Thinkers in Residence scheme encourage new thinking about promoting well-being and Health in All Policies? », Social Science & Medicine 2015, Vol. 147.

en cas de maladie, a pu contribuer à développer très tôt une culture de médecine préventive dans ce pays¹¹⁴.

706. Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les programmes d'action proposés par les hygiénistes peinent à être réalisés. Leur sont opposés des arguments financiers et de protection de la liberté d'entreprendre, ainsi qu'une réticence, même parmi les hygiénistes, à une « *intervention directe et autoritaire de l'État en matière de santé*¹¹⁵ ».
707. Les spécialistes divergent aussi sur le positionnement de l'hygiénisme : certains « *veulent réserver à la profession médicale le privilège du savoir hygiénique* » tandis que d'autres souhaitent éviter que l'hygiénisme, cette « science de la santé », ne soit confondu avec la médecine thérapeutique¹¹⁶. D'une certaine façon, on peut comprendre le point de vue du médecin Bertin-Sans qui enseignait à ses étudiants qu'« *en travaillant à maintenir les gens en bonne santé, le médecin va contre ses intérêts immédiats*¹¹⁷ ».
708. Alors que depuis la Révolution française, l'hygiénisme et son objectif d'améliorer la santé apparaissaient comme incontournables du fait de l'absence de traitements curatifs efficaces¹¹⁸, le XX^{ème} siècle marque un tournant avec les progrès importants de la médecine. La conception hygiéniste de la santé publique a été peu à peu mise à l'écart du fait du développement des sciences et techniques et des progrès de la médecine. L'éradication de certaines maladies, notamment la variole, « *a conduit progressivement à accorder moins de place à la prévention, à l'épidémiologie voire à la santé publique, au profit d'une médecine curative en plein essor*¹¹⁹ ».
709. En 1851, la France avait réuni à Paris la première Conférence Internationale pour la prophylaxie des maladies épidémiques¹²⁰. Cela lui a donné une reconnaissance en matière

¹¹⁴ The European Parliament, Directorate general for research, The health systems of European Community Member States, A comparative analysis, May 1993.

¹¹⁵ M. LORIOU, *L'impossible politique de santé publique en France*, op. cit.

¹¹⁶ A. FAGOT-LARGEAULT, *Médecine et philosophie*, op. cit.

¹¹⁷ *ibid.*

¹¹⁸ M. LORIOU, *L'impossible politique de santé publique en France*, op. cit.

¹¹⁹ V. GUICHARD-FRIOT, La place de la sécurité sanitaire dans le bi droit, Les études hospitalières, Collection Thèses numériques de la BND, 2007, 530 p.

¹²⁰ Communauté européenne de la santé, Compte rendu de la conférence sur la Communauté européenne de la santé, Paris, 12-13 décembre 1952 : discours de Paul Ribeyre, Ministre de la Santé Publique : « *La France s'honore d'avoir, depuis longtemps, cherché à développer la solidarité internationale par une défense commune de la santé des*

de santé mondiale¹²¹, d'autant plus que c'est aussi sous l'impulsion de la France qu'est créé le premier organisme international permanent : l'Office International d'Hygiène Publique. Créé en 1907, cet organisme, malgré une marge de manœuvre limitée, subsistera jusqu'en 1950 et la création de l'OMS¹²².

710. À partir des années 1920, le débat sur les assurances maladie et la place de plus en plus centrale accordée par les médecins au « *colloque singulier avec le malade* » et donc aux soins, font passer la santé publique au second plan¹²³. Le syndicalisme médical français se renforce. Il défend le libéralisme médical et fait parfois échouer les projets politiques susceptibles de menacer l'autonomie de la profession médicale¹²⁴. Pendant une grande partie du XX^{ème} siècle, la médecine libérale manifeste son hostilité vis-à-vis des préoccupations de santé publique¹²⁵.
711. Entre 1945 et 1946, la sécurité sociale est créée en France par trois ordonnances et met en place un système universel couvrant les travailleurs et leurs familles contre les risques de maladie, de vieillesse, de maternité, d'accident du travail et de maladie professionnelle. C'est un système unitaire car un seul organisme gère tous les risques et tous les assurés¹²⁶. Selon Monsieur Tabuteau, Professeur associé à l'Université de Paris¹²⁷, « *la seconde partie du XX^{ème} siècle a donné lieu à une véritable conquête du système de santé par l'assurance maladie*¹²⁸ ». La création de la sécurité sociale a eu l'effet d'un « *étouffoir de la politique de santé* », maintenue au second plan¹²⁹. En 1945, la mission de l'organisation et du financement de l'action en amont des soins est confiée officiellement à l'État et aux collectivités locales ; les soins pris en charge par l'assurance maladie incombent aux professionnels et établissements de santé ; enfin, l'action en aval des soins (handicap et dépendance) relève des dispositifs d'assistance

hommes. Déjà, en 1851, elle prenait l'initiative de réunir à Paris la première Conférence Internationale pour la prophylaxie des maladies épidémiques. [...] ».

¹²¹ *ibid.*

¹²² *ibid.*

¹²³ M. LORIOU, *L'impossible politique de santé publique en France*, op. cit.

¹²⁴ *ibid.*

¹²⁵ J.-F. PICARD, S. MOUCHET, *La métamorphose de la médecine*, op. cit.

¹²⁶ M. LORIOU, *L'impossible politique de santé publique en France*, op. cit.

¹²⁷ Didier TABUTEAU est Président de la section sociale du Conseil d'État. Il est l'ancien directeur de l'Institut Droit et Santé de l'Université de Paris.

¹²⁸ D. TABUTEAU, « Sécurité sociale et politique de santé », Les tribunes de la santé 2016, n° 1.

¹²⁹ *ibid.*

sociale¹³⁰. La réforme de 1958, avec trois ordonnances¹³¹, fait de l'hôpital « *le centre et l'étalon de notre système sanitaire, le lieu de formation de tous les futurs médecins*¹³² ».

712. Les multiples déclinaisons de la problématique sanitaire ne sont pas pour autant occultées. Par exemple, un cadre juridique est érigé autour de la protection de la santé de l'enfant. Une ordonnance d'octobre 1945¹³³ institue une visite médicale obligatoire à l'école au cours de la sixième année de l'enfant. Dans la foulée, une ordonnance crée la Protection maternelle et infantile (PMI)¹³⁴.
713. Dans les années 1960 et 1970, certains professionnels de santé mais aussi des intellectuels critiques remettent en cause la suprématie de l'approche biomédicale fondée sur le modèle étiologique¹³⁵ des maladies infectieuses¹³⁶. La notion de médecine sociale revient au goût du jour puisque ces groupes proposent « *d'abolir le mercantilisme médical, de redonner sa dimension politique à la maladie et à la prévention, en soulignant le rôle de l'organisation sociale dans de nombreuses pathologies et de désacraliser les rapports malades-médecins*¹³⁷ ».
714. Cela n'empêche pas une prise en compte tardive de certains enjeux sanitaires de taille. En matière de sécurité et de santé au travail, par exemple, l'affaire de l'amiante a mis en lumière la léthargie des décideurs politiques en la matière. Des études ont constaté les effets de l'amiante dès le début du XX^{ème} siècle¹³⁸, mais la réglementation sur l'amiante a été adoptée avec beaucoup de retard. En 1977, le décret n° 77-749 organise la protection particulière

¹³⁰ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, Avis, 28 juin 2017.

¹³¹ Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière, accompagnée du décret n° 58-1202, Ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires, Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

¹³² M. LORIOU, *L'impossible politique de santé publique en France*, op. cit.

¹³³ Ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres.

¹³⁴ Ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.

¹³⁵ L'étiologie est l'étude de l'origine des maladies.

¹³⁶ M. LORIOU, *L'impossible politique de santé publique en France*, op. cit.

¹³⁷ *ibid.*

¹³⁸ C. BERGOIGNAN-ESPER, P. SARGOS, *Les grands arrêts du droit de la santé*, 3^{ème} édition, Dalloz, Grands arrêts, 2010, 603 p.

des travailleurs exposés à des poussières d'amiante¹³⁹. Puis, l'interdiction totale de l'amiant bleu et quasi-totale pour les autres variétés est adoptée par le décret n° 96-1133 du 24 décembre 1996¹⁴⁰. Depuis le 1^{er} janvier 1997, leur fabrication, leur transformation et leur mise en circulation sur le marché national sont interdites. Au niveau de l'Union européenne, le même type d'interdiction existe depuis une directive de 1999¹⁴¹. Par une série de décisions rendues le 3 mars 2004, le Conseil d'État retient la responsabilité de l'État face à la carence de celui-ci dans les mesures prises contre les dangers de l'amiant¹⁴².

715. Jusqu'aux années 1990, l'administration de la santé a de très faibles ressources budgétaires, humaines et d'expertise, et « *cette pauvreté est entretenue par le ministère des Finances soucieux de l'influence de ministères « sociaux » jugés trop perméables aux intérêts sectoriels*¹⁴³ ».
716. En dehors du secteur de la santé, la santé publique peine encore à être véritablement connue. Ce terme a mis du temps à s'imposer, puisque d'autres termes l'ont précédé : « *salubrité publique, hygiène publique furent précisément les expressions employées historiquement pour désigner ce que nous qualifions aujourd'hui de « santé publique* »¹⁴⁴ ». Par ailleurs, la santé publique a pu avoir tendance à passer au second plan au profit de la santé individuelle.
717. Cependant, Didier Fassin parle de la renaissance de la santé publique, cette « *nouvelle santé publique* » qui ressurgit « *tel un phénix*¹⁴⁵ » dans les années 1920 mais surtout avec le mouvement de promotion de la santé couronné par la Charte d'Ottawa en 1986.

¹³⁹ Décret n° 77-949 du 17 août 1977 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des poussières d'amiant.

¹⁴⁰ Décret n° 96-1133 du 24 décembre 1996 relatif à l'interdiction de l'amiant, pris en application du Code du travail et du Code de la consommation.

¹⁴¹ Directive n° 1999/77/CE de la Commission du 26 juillet 1999 portant sixième adaptation au progrès technique (amiant) de l'annexe I de la directive n° 76/769/CEE du Conseil concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses. L'interdiction prévue par ce texte a pris effet en 2005.

¹⁴² CE, ass., 3 mars 2004, *Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité c/ Consorts Bourdignon*, n° 241150, Lebon (AJDA 2004, p. 974, chron. F. DONNAT et D. CASAS ; RFDA 2004, p. 612, concl. E. PRADA-BORDENAVE) ; CE, ass., 3 mars 2004, *Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité c/ Consorts Botella*, n° 241151, Lebon ; CE, ass., 3 mars 2004, *Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité c/ Consorts Thomas*, n° 241152, Lebon ; CE, ass., 3 mars 2004, *Ministre de l'emploi et de la solidarité c/ Consorts Xueref*, n° 241153, Lebon.

¹⁴³ F. PIERRU, « Les recompositions paradoxales de l'État sanitaire français », *op. cit.*

¹⁴⁴ A. MORELLE, D. TABUTEAU, *La santé publique*, *op. cit.*

¹⁴⁵ D. FASSIN, *Faire de la santé publique*, *op. cit.*

718. Certaines idées qui sous-tendent l'intégration de la santé dans toutes les politiques sont déjà présentes même avant la Révolution, en particulier le lien entre l'état de santé et les autres aspects de l'existence, et la nécessité d'agir sur les uns pour pouvoir agir efficacement sur la première. On distingue ainsi une forme de continuité dans cette ambition du législateur au cours du temps, à travers les différents régimes politiques et les époques, malgré l'existence de freins récurrents. En effet, la mission curative du système de santé tend à être surinvestie, tandis que la lutte contre les inégalités sociales de santé, ainsi que la prévention et la promotion de la santé, ont tendance à être mises de côté au moment des choix politiques. Nous verrons que ce constat est encore dans une certaine mesure d'actualité malgré le tournant du XXI^{ème} siècle et son lot de bouleversements.
- En effet, les crises sanitaires que la France a traversées ont concentré les efforts de réflexion sur les questions de sécurité sanitaire¹⁴⁶. De ce fait, la dimension préventive et surtout les efforts pour améliorer la santé, dans une logique plus offensive, ont eu tendance à passer au second plan.

Section 2. Les années 1990, un tournant dans l'histoire contemporaine du droit de la santé français

719. Un contexte interne marqué par de graves crises sanitaires mais aussi perméable aux influences extérieures (§ 1) a été à l'origine d'une évolution significative du système de santé à partir de la décennie 1990 (§ 2).

§ 1) Les éléments déclencheurs

720. Des facteurs endogènes (A) et exogènes (B) ont pu contribuer au tournant observé à partir des années 1990.

¹⁴⁶ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, *op. cit.*

A) Des crises sanitaires et de sécurité alimentaire

721. L'affaire du sang contaminé fait partie des crises qualifiées de « crises rupture » par Monsieur Tabuteau : selon lui, « *elles annoncent un changement de paradigme et une remise en cause radicale du cadre politique dans lequel l'action publique s'organise. Leur survenue provoque des bouleversements d'une ampleur exceptionnelle ; la crise marque alors une rupture*¹⁴⁷ ».
722. Parmi les scandales ayant touché le système de santé français dans le dernier quart du XX^{ème} siècle, l'affaire du sang contaminé a mis en lumière le délaissement des missions de police sanitaire par les politiques et administrateurs au profit de l'hospitalocentrisme ; cette crise a alors poussé les gouvernants à s'intéresser davantage à ce qui est fait à l'étranger¹⁴⁸.
723. Dès le début de 1983, des fabricants de produits antihémophiliques expriment des premières inquiétudes à l'égard de l'épidémie de sida et de ses répercussions. À cette époque où l'on ignorait encore les spécificités immunologiques du VIH, le Centre national de transfusion sanguine (CNTS) ne tiendra pas compte de ces mises en garde, et des produits sanguins ayant fait l'objet d'une détection d'une séropositivité au VIH seront quand même utilisés¹⁴⁹. En 1985, le constat est fait en France que l'épidémie de sida s'étend dans la population française¹⁵⁰. Cette propagation surgit à une période où le CNTS est en grande difficulté : il est en proie à une crise interne due à la baisse durable du nombre de prélèvements et à de forts doutes sur leur qualité¹⁵¹. Le déclin de ce centre est expliqué notamment par « *l'usage exagéré des pratiques transfusionnelles par la clinique*¹⁵² ». La même année, face au retard dans l'approvisionnement de tests de dépistage, « *le directeur du CNTS, le Docteur Claude Garetta, prend alors la décision de diffuser jusqu'à épuisement de ses stocks des produits sanguins non chauffés, notamment du facteur VIII principalement destiné aux hémophiles*¹⁵³ ». On recensera 259 cas de contaminations dues à ces transfusions, soit presque 7% des cas de sida comptés en France à cette date¹⁵⁴.

¹⁴⁷ D. TABUTEAU, « Crises et réformes », *op. cit.*

¹⁴⁸ F. PIERRU, « Les recompositions paradoxales de l'État sanitaire français », *op. cit.*

¹⁴⁹ J.-F. PICARD, S. MOUCHET, *La métamorphose de la médecine*, *op. cit.*

¹⁵⁰ *ibid.*

¹⁵¹ *ibid.*

¹⁵² *ibid.*

¹⁵³ *ibid.*

¹⁵⁴ *ibid.*

724. L'affaire du sang contaminé a considérablement affecté la crédibilité des scientifiques et la réputation de la médecine française¹⁵⁵.
725. Au niveau pénal, le scandale lié aux contaminations de nombreuses personnes a abouti à la condamnation de hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et de responsables de la transfusion sanguine, ainsi que, devant la Cour de justice de la République, du Secrétaire d'État à la santé¹⁵⁶. L'État est alors condamné pour carence fautive dans l'exercice de ses compétences de police sanitaire¹⁵⁷.
726. Au niveau politique et sanitaire, cette affaire a rendu impérative une profonde remise en question. En a découlé la loi du 30 juillet 1987 qui confie la responsabilité de la lutte contre le sida à l'État¹⁵⁸. Un dispositif spécifique de lutte contre le sida est adopté : l'Agence de lutte contre le sida, au statut associatif, et le Conseil national du sida sont créés en 1988¹⁵⁹. L'Agence française du sang est créée par la loi du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et au médicament¹⁶⁰. Cette loi réorganise profondément la transfusion sanguine¹⁶¹. L'Agence est ensuite remplacée par l'Établissement français du sang (EFS), créé par la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, qui poursuit cette réorganisation : l'EFS est un « opérateur du service public transfusionnel¹⁶² ». L'affaire du sang contaminé a ainsi poussé la France à passer d'un fonctionnement « dispersé et autonome »

¹⁵⁵ *ibid.*

¹⁵⁶ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, *op. cit.* Le Premier ministre et le Ministre des Affaires sociales de l'époque ont été relaxés, voir aussi à ce sujet X. BIOY, A. LAUDE, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, 4^{ème} édition, Presses universitaires de France, Thémis, 2020, 689 p., notamment le chapitre sur « La responsabilité pénale sanitaire ».

¹⁵⁷ X. BIOY, A. LAUDE, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit.*, les auteurs font référence à l'arrêt du CE, ass., 9 avr. 1993, *M. D.*, n° 138653, Lebon. M. D. demandait notamment d'annuler l'arrêt par lequel la cour administrative d'appel de Paris, statuant sur sa demande tendant à ce que l'État soit condamné à lui verser une indemnité de 2 500 000 francs en réparation du préjudice qu'il a subi du fait de sa contamination par le virus de l'immunodéficience humaine en raison de perfusions de produits sanguins anti-hémophiliques. Le CE fait droit à sa demande et annule l'arrêt de la cour administrative d'appel de Paris.

¹⁵⁸ J.-M. DE FORGES, *Le droit de la santé*, *op. cit.* Il s'agit de la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social.

¹⁵⁹ X. BIOY, A. LAUDE, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit.*

¹⁶⁰ *ibid.*

¹⁶¹ *ibid.*

¹⁶² *ibid.*

du système de gestion des produits sanguins à un système progressivement « *centralisé et contrôlé*¹⁶³ ».

727. La loi du 13 août 2004 a consacré la compétence de droit commun de l'État en matière de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine¹⁶⁴. Sur le plan scientifique, pour tirer des leçons de cette affaire, d'importants efforts de recherche médicale ont été entrepris en France, et un Conseil national du syndrome immunodéficitaire acquis, à la fonction consultative, a été créé¹⁶⁵.
728. Selon Monsieur Tabuteau, au-delà du système de transfusion sanguine, la crise du sang contaminé a fortement contribué à l'émergence de la notion de sécurité sanitaire et à la mise en place d'un vaste dispositif institutionnel et normatif dédié¹⁶⁶. Cette crise est aussi le point de départ d'un débat public sur les droits des personnes en matière de santé, débat qui se révélera fécond sur le plan du droit¹⁶⁷. Des associations de malades du sida ont porté la voix des malades et ont agi pour un meilleur suivi de la maladie, ainsi que sur la mise à disposition des médicaments et la prise en charge médicale et sociale des personnes atteintes du virus¹⁶⁸. Leurs actions ont également marqué une rupture avec « *les pratiques héritées de l'hygiénisme* », et ont « *remis en cause les techniques coercitives traditionnelles de la santé publique, [posant] comme principe la participation volontaire des personnes aux actions de santé publique, notamment au dépistage*¹⁶⁹ ».
729. Le même auteur décrit un lien entre l'émergence des crises sanitaires et l'accélération du rythme des réformes politiques du système de santé¹⁷⁰. L'affaire de l'ESB en est un exemple au niveau de l'Union européenne et dans une autre mesure en France également. Cette affaire dite « de l'hormone de croissance » ou de la « vache folle » est survenue dans les années 1990. Malgré des alertes en provenance de la communauté scientifique, certaines institutions ont poursuivi la collecte d'hypophyses dans des conditions de sécurité sanitaire

¹⁶³ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, op. cit.

¹⁶⁴ *ibid* ; loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

¹⁶⁵ *ibid*.

¹⁶⁶ D. TABUTEAU, « Crises et réformes », op. cit.

¹⁶⁷ *ibid*. Voir § 2 ci-après.

¹⁶⁸ *ibid*.

¹⁶⁹ *ibid*.

¹⁷⁰ D. TABUTEAU, « Crises et réformes », op. cit.

insuffisantes¹⁷¹. Nous nous référons ici à la Première partie de cette thèse, Chapitre 3, qui aborde cette crise et ses conséquences sur le droit de l'Union européenne.

730. Contrairement à la tendance constatée au début du XX^{ème} siècle, la période des années 1980 et 1990 marquée par les crises sanitaires et notamment l'affaire du sang contaminé a conduit à une évolution « d'un « schéma de réparation » axé sur le volet curatif du soin à un « schéma de croissance » visant prioritairement la préservation de la santé et la prévention des risques d'apparition des maladies¹⁷² ». Le « développement et la mise en visibilité des maladies chroniques dégénératives (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) » dans les années 1970, « pour lesquelles la médecine curative est souvent sans efficacité et qui ont rendu souhaitable la mise en œuvre de politiques préventives et de réduction des risques » a également eu un rôle dans cette évolution¹⁷³. D'autres éléments, de nature exogène, ont pu également avoir une influence sur la politique de santé française.

B) L'influence du mouvement de santé publique internationale

731. Comme cela a été détaillé en première partie, plusieurs des textes déclaratoires adoptés par les États du monde entier sous l'égide de l'OMS, ont vu le jour à la fin des années 1990 et au tout début des années 2000. Nous nous référons donc au Chapitre 1 de la première partie de cette thèse pour voir notamment la Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé en 1996, la Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^{ème} siècle en 1997 et la Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé en 2000. À partir du milieu des années 2000, l'idée de « santé dans toutes les politiques » est reconnue autant au niveau de l'OMS que de l'Union européenne.
732. L'OMS mène également des actions spécifiquement dédiées aux déterminants sociaux de la santé et à la réduction des inégalités de santé. Les auteurs du Traité de santé publique précité notent que l'OMS affirme que « pour améliorer la santé, il faut réduire les taux d'échec scolaire, l'insécurité et le chômage, et améliorer l'habitat. Les sociétés qui permettent à tous leurs citoyens de jouer un rôle utile dans la vie sociale, économique et culturelle sont dans une meilleure situation sanitaire que celles qui se caractérisent par l'insécurité, l'exclusion et la pauvreté¹⁷⁴ ». L'OMS a créé en 2005 sa

¹⁷¹ X. BIOY, A. LAUDE, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, op. cit.

¹⁷² H. BERGERON, C. NATHANSON, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *Sciences sociales et santé* 2014, Vol. 32, n° 4.

¹⁷³ *ibid.*

¹⁷⁴ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, op. cit.

Commission des déterminants sociaux de la santé, qui porte une vision de la santé orientée vers les droits de l'Homme et l'équité en santé dans toutes les politiques, systèmes et programmes¹⁷⁵. Le rapport de cette Commission intitulé « Comblers le fossé en une génération » et publié en 2008 a marqué, selon des experts de la promotion de la santé, « *un tournant majeur dans la lutte contre les inégalités sociales de santé* » et surtout a encouragé « *la mobilisation internationale et [a proposé] des stratégies pour atteindre l'équité en santé*¹⁷⁶ ».

733. L'Union européenne s'est aussi engagée en faveur de la lutte contre les inégalités sociales de santé, nous l'avons vu avec les programmes de santé publique de la Commission européenne¹⁷⁷. On constate d'ailleurs que l'OMS et l'Union européenne s'influencent mutuellement. Cette dernière reprend notamment dans certains de ses travaux l'expression « santé pour tous » de l'OMS, examinée en première partie¹⁷⁸.

734. La France a, de toute évidence, absorbé dès la fin du XX^{ème} siècle une partie de ces évolutions survenues dans le champ de la santé publique. En témoigne par exemple un rapport du Haut Comité de la Santé Publique rendu en 1992, contenant des préconisations pour l'élaboration d'une nouvelle politique de santé et qui affirme que « *le domaine de la santé dépasse largement les attributions du système de soins, ce dernier n'étant qu'une partie du système de santé ; en conséquence, il dépasse également largement les compétences du ministère de la Santé ; les orientations prises en matière de santé publique touchent à presque tous les secteurs de l'action politique*¹⁷⁹ ».

§ 2) Les éléments réformateurs

735. Des réformes ont été entreprises pour renforcer, adapter et moderniser la politique de santé publique française (A) mais ces mesures restent marquées par certaines réserves d'ordre politique, idéologique et pratique (B).

¹⁷⁵ Organisation mondiale de la santé, Commission des déterminants sociaux de la santé, Comblers le fossé en une génération, 2008.

¹⁷⁶ Réseau francophone international pour la promotion de la santé, 25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones, Collection partage, 2012.

¹⁷⁷ Voir Chapitre 3 (Partie 1).

¹⁷⁸ Pour constater l'imprégnation des idées de l'OMS dans les travaux de l'UE sur la santé, voir notamment European Commission, David Byrne, Enabling health for all, A reflection process for a new EU health strategy, 2004.

¹⁷⁹ Haut Comité de la Santé Publique, Rapport au ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire, Stratégie pour une politique de santé, Propositions préalables à la définition de priorités, 1992.

A) Au tournant du XXI^{ème} siècle, l'élaboration d'une nouvelle politique de santé publique française

736. Pour tirer des leçons de l'affaire du sang contaminé, les pouvoirs publics ont créé des agences de sécurité sanitaire ayant un rôle de veille, « à la fois dépendantes de l'État et dotées d'une certaine autonomie¹⁸⁰ ».
737. Une accélération des prises de décisions en matière de sécurité alimentaire se constate à la suite de l'affaire de l'ESB. Après cette crise il a été observé que « la sécurité sanitaire s'est introduite sur le champ de l'alimentation¹⁸¹ ». Au lieu de sécurité alimentaire, on parle alors désormais de sécurité sanitaire des aliments¹⁸², comme l'illustre la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle sanitaire des produits destinés à l'homme. Ce texte crée l'Institut National chargé de la veille sanitaire placé auprès du ministre de la Santé, et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments, devenue en 2010 l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. L'année suivante, le législateur adopte la loi n° 99-574 d'orientation agricole du 9 juillet 1999 relative à l'amélioration de la sécurité des produits issus de l'élevage.
738. Au niveau de l'Union européenne, dans le contexte de la mise en place du marché unique, les États membres avaient adopté la directive n° 92/59 du 29 juin 1992 relative à la sécurité générale des produits, plus tard refondue par la directive n° 2001/95 du 3 décembre 2001¹⁸³. L'ordonnance n° 2004-670 du 9 juillet 2004 la transpose en droit français. Une autre directive européenne, adoptée le 12 mars 2001 et consacrée aux organismes génétiquement modifiés, témoigne aussi de ce nouvel élan¹⁸⁴.

¹⁸⁰ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, op. cit.

¹⁸¹ X. BIOY, A. LAUDE, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, op. cit.

¹⁸² *ibid.*

¹⁸³ J.-P. DUPRAT, « La sécurité des produits et la protection de la santé publique », *L'actualité juridique droit administratif* 2006, p. 2046.

¹⁸⁴ *ibid* ; directive n° 2001/18/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 mars 2001 relative à la dissémination volontaire d'organismes génétiquement modifiés dans l'environnement et abrogeant la directive n° 90/220/CEE du Conseil.

739. Ce qui nous intéresse surtout ici est la réflexion politique sur le lien entre alimentation et santé et la façon dont cette question est prise en main par les ministères concernés (1°). Parallèlement, à partir des années 2000, le législateur intensifie son activité en matière de santé (2°).

1°) Un exemple : le renforcement du lien entre la politique de l'alimentation et de santé

740. La loi du 21 juillet 2009 prévoit dans l'article L3231-1 du Code de la santé publique le cadre de la politique nutritionnelle nationale : « *Un programme national relatif à la nutrition et à la santé est élaboré tous les cinq ans par le Gouvernement*¹⁸⁵ ».

741. Avant cela, en 2001, la place centrale de l'alimentation au sein des politiques de santé publique, est renforcée avec la création du premier Programme National Nutrition Santé (PNNS). Trois PNNS se succéderont, et en 2010, le PNNS est inscrit dans le Code de la santé publique¹⁸⁶, à l'article L3231-1, par la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche. L'épidémiologiste Pauline Ducrot y voit la « *volonté de mettre en place une politique nutritionnelle effective et durable*¹⁸⁷ ». Il est intéressant ici de souligner que c'est alors la santé qui absorbe une autre problématique, plutôt que l'inverse tel que la « *santé dans toutes les politiques* » le suggère.

742. Le dernier PNNS en date porte sur la période 2019-2023¹⁸⁸. En quinze ans, le PNNS a contribué, comme l'indique Madame Brimo, « *à la construction d'une politique publique de la nutrition et à la prise de conscience collective de ses enjeux*¹⁸⁹ ».

743. Si la démarche d'intersectorialité est bien présente, il n'en demeure pas moins que « *la politique de l'alimentation reste administrée par deux ministères ce qui ne facilite pas toujours le déploiement*

¹⁸⁵ Article L3231-1 du Code de la santé publique (modifié plusieurs fois depuis) ; loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁸⁶ *ibid.*

¹⁸⁷ C. DELAMAIRE, P. DUCROT (Dir.), « Introduction au dossier « Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités sociales de santé ? » », La santé en action 2018, n° 444.

¹⁸⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Lancement du 4^{ème} Programme national nutrition santé 2019-2023 », Communiqué de presse, 20 septembre 2019.

¹⁸⁹ S. BRIMO, « À la recherche du 4^{ème} volet du Plan national nutrition santé », Revue de droit sanitaire et social 2017, p. 690.

et la coordination des politiques publiques¹⁹⁰ ». À côté des ministères de la Santé et de l'Agriculture, d'autres ministères concourent à la politique alimentaire, notamment ceux qui sont chargés de la Consommation, de la Jeunesse et des Sports, de la Cohésion sociale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche¹⁹¹. En outre, l'IGAS soulignait dans un rapport de 2010 consacré au PNNS 2 que la gouvernance de ce programme n'est pas à la hauteur des enjeux, faute d'un comité interministériel de la politique nutritionnelle, qui était censé être créé et aurait pu donner au PNNS un plus grand pouvoir d'impulsion et de décision¹⁹².

744. Par ailleurs, l'existence d'un autre Programme dédié à des questions très similaires pose un problème de lisibilité et d'articulation entre les deux programmes¹⁹³ : le Programme national pour l'alimentation (PNA) détermine les objectifs de la politique de l'alimentation, « en prenant en compte notamment la justice sociale, l'éducation alimentaire de la jeunesse et la lutte contre le gaspillage alimentaire ». Le PNA propose des catégories « d'actions dans les domaines de l'éducation et de l'information pour promouvoir l'équilibre et la diversité alimentaires, les produits locaux et de saison ainsi que la qualité nutritionnelle et organoleptique de l'offre alimentaire » ce qui n'est pas sans rappeler les missions du PNNS¹⁹⁴. Le PNA, dont le plus récent couvre la période 2019 à 2023, est défini au paragraphe 3 de l'article L1 du Code rural et est animé par le ministre de l'Agriculture. Au vu de la difficile coordination entre les ministères en charge de l'Agriculture et de la Santé sur cette question commune, des progrès sont encore attendus pour garantir une gouvernance conjointe et cohérente¹⁹⁵.

2°) Une tendance : la densification du cadre juridique législatif en santé publique

745. De la même façon qu'au niveau mondial, de nombreuses déclarations et autres textes sont adoptés, au tournant des années 2000, sur la question de la prévention et de la promotion de

¹⁹⁰ A. LAUDE, D. TABUTEAU, *La loi santé, Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Presses de l'EHESP, Références Santé Social, 2016, 480 p.

¹⁹¹ S. BRIMO, « À la recherche du 4^{ème} volet du Plan national nutrition santé », *op. cit.*

¹⁹² Inspection générale des affaires sociales, Évaluation du programme national nutrition santé, PNNS 2 2006-2010, Rapport, Avril 2010.

¹⁹³ S. BRIMO, « À la recherche du 4^{ème} volet du Plan national nutrition santé », *op. cit.*

¹⁹⁴ *ibid.*

¹⁹⁵ Fabrique Territoires Santé, « Alimentation et territoires : comment garantir localement une alimentation de qualité et accessible à tous ? Dossier ressources », Février 2018. *Nota bene* : Fabrique Territoires Santé est une association qui travaille notamment dans le prolongement des activités de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville.

la santé¹⁹⁶, et que le droit de l'Union européenne suit la même tendance – dans ses traités mais aussi dans son droit souple¹⁹⁷ - le droit français connaît une accélération dans sa production en faveur de la santé publique, à partir des années 1990 et surtout 2000. Monsieur Tabuteau relève par exemple qu'« *alors que le Parlement n'était appelé à connaître, jusque dans les années 1980, qu'un à deux textes consacrés à la santé par décennie, il est depuis une vingtaine d'années soumis à un flux incessant de projets législatifs*¹⁹⁸ ».

746. Plusieurs lois relatives à la santé adoptées à cette période ont marqué une évolution dans la façon d'aborder les questions sanitaires. On peut y voir une manifestation du renforcement du flux normatif en faveur de la « santé dans toutes les politiques ». Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « *la nécessité d'une approche plus globale de la santé privilégiant davantage la prévention, la promotion de la santé et une approche communautaire s'est imposée et traduite dans les textes législatifs à partir du début des années 2000*¹⁹⁹ ». Dès 1999, le législateur est intervenu pour réduire les inégalités sociales d'accès aux soins, avec la loi du 27 juillet 1999 créant la Couverture maladie universelle (CMU)²⁰⁰.

a) La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

747. Après les scandales sanitaires de la fin du XX^{ème} siècle, la loi du 4 mars 2002 est apparue comme une « *révolution sanitaire*²⁰¹ ». Cette loi « *a inscrit les droits des malades – droits fondamentaux de la personne – dans la législation de santé publique*²⁰² » et consacre les obligations de sécurité sanitaire des pouvoirs publics et des professionnels de santé²⁰³. Elle a créé l'article L1110-1, premier article du Code la santé publique : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer*

¹⁹⁶ Voir Chapitre 1 (Partie 1).

¹⁹⁷ Voir Chapitre 3 (Partie 1).

¹⁹⁸ D. TABUTEAU, « 1983-2013 : les évolutions de la politique de santé », Journal de gestion et d'économie médicales 2013, Vol. 31, n° 1, p. 53-67.

¹⁹⁹ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, *op. cit.*

²⁰⁰ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

²⁰¹ H. BERGERON, C. NATHANSON, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *op. cit.*

²⁰² F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, *op. cit.*

²⁰³ D. TABUTEAU, « Crises et réformes », *op. cit.*

la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Le rapprochement, dans la loi du 4 mars 2002, entre les droits des malades et les garanties de sécurité sanitaire, est vu comme « le symbole de la rupture provoquée par l'épidémie de sida et la crise du sang contaminé²⁰⁴ ».

748. La loi du 4 mars 2002 prend en compte les différentes facettes du droit à la protection de la santé. L'objectif d'« égal accès aux soins » est lui aussi proclamé dès le premier article du Code de la santé publique²⁰⁵. La loi de 2002 est la première à poser le principe de la politique de prévention : « Art. L. 1417-1 : La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé ». L'article L1417-1 du Code de la santé publique a été abrogé par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004. Son contenu a été remanié et en partie intégré à l'article L1411-1 du même code, mais certains ont regretté qu'il ait été ainsi synthétisé excessivement²⁰⁶.
749. Si l'on ouvre une courte parenthèse, peu de temps après cette loi sur la protection de la santé, un nouveau droit se voit reconnaître une valeur constitutionnelle, au moyen de la Charte de l'environnement adoptée en 2005 : le droit à un environnement sain²⁰⁷. L'article premier de cette charte reconnaît que « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé » ; ainsi, l'environnement doit être propice à une bonne santé²⁰⁸²⁰⁹. Subsistent encore des doutes sur la portée, l'effectivité et la justiciabilité du droit à la

²⁰⁴ *ibid.*

²⁰⁵ A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, 3^{ème} édition, Presses universitaires de France, Thémis, 2012, 728 p.

²⁰⁶ X. BIOY, A. LAUDE, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit.*, et H. BERGERON, C. NATHANSON, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *op. cit.*

²⁰⁷ M. PRIEUR (dir.), *Droit de l'environnement*, 8^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2019, 1394 p.

²⁰⁸ *ibid.*

²⁰⁹ À ce sujet, voir par exemple CE, 6^{ème} et 5^{ème} ch. réunies, 19 nov. 2020, *Commune de Grande-Synthe*, n° 427301, Lebon puis CE, 6^{ème} et 5^{ème} ch. réunies, 1^{er} juil. 2021, *Commune de Grande-Synthe*, n°427301, Lebon. Le juge administratif décide que « Le refus implicite de prendre toutes mesures utiles permettant d'infléchir la courbe des émissions de gaz à effet de serre produites sur le territoire national afin d'assurer sa compatibilité avec les objectifs de réduction des émissions de gaz à effet de serre fixés à l'article L. 100-4 du code de l'énergie et à l'annexe I du règlement (UE) 2018/842 du 30 mai 2018 est annulé » et qu'il « est enjoint au Premier ministre de prendre toutes mesures utiles permettant d'infléchir la courbe des émissions de gaz à effet de serre produites sur le territoire national afin d'assurer sa compatibilité avec les objectifs de réduction des émissions de gaz à effet de serre fixés à l'article L. 100-4 du Code de l'énergie et à l'annexe I du règlement (UE) 2018/842 du 30 mai 2018 avant le 31 mars 2022 ». Voir notamment à ce sujet S. BRIMO, « Les potentialités du contentieux de la carence administrative en matière de santé et d'environnement », *Actualité juridique en droit administratif* 2021, p. 1256.

protection de l'environnement²¹⁰. Il est peu probable que la résolution adoptée en octobre 2021 par le Conseil des droits de l'Homme des Nations unies sur la reconnaissance en tant que droit de l'Homme de l'accès à un environnement sain²¹¹ contribue à court terme à une réelle avancée sur ce plan en droit interne.

b) La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

750. Dans ce contexte de crises sanitaires successives, à l'origine d'une « *réinvention de la santé publique* », et d'une préoccupation gouvernementale majeure au sujet de la réduction des dépenses de sécurité sociale²¹², la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique est adoptée le 9 août 2004.

751. Cette loi est considérée par certains comme la « *deuxième grande loi de santé publique depuis le début du XX^{ème} siècle*²¹³ », notamment parce qu'elle « *s'affiche explicitement, dans son intitulé, comme une loi entièrement dédiée à la santé publique*²¹⁴ ». Elle contient d'ailleurs « *des développements dignes d'un complet manuel d'épidémiologie*²¹⁵ ».

752. On se souvient aussi de cette loi parce que tout en abordant « *les objets traditionnels de la santé publique* » tels que le saturnisme, l'amiante, le tabagisme, ainsi que « *le corps souffrant ou la population menacée* », elle porte aussi sur « *la santé publique elle-même* » en installant cette dernière

²¹⁰ Le droit à l'environnement est-il une liberté fondamentale, et est donc invocable dans le cadre d'un référé-liberté au sens de l'article L521-2 du Code de justice administrative ? Le Tribunal administratif de Marseille a été amené à s'intéresser à cette question : TA Marseille, 12 juin 2019, *Comité de défense les Hauts de Badones-Montimas et a.*, n°1904847 : selon le juge, les conditions pour le prononcé d'une mesure de sauvegarde ne sont pas réunies, le droit reconnu à l'article 1^{er} de la Charte de l'environnement est bien « *un droit à valeur constitutionnelle* » mais « *il ne constitue pas, par lui-même, une liberté fondamentale au sens des dispositions de l'article L521-2 du Code de justice administrative, compte-tenu de sa formulation très générale s'apparentant à une déclaration d'intention et ne permettant pas d'apprécier les contours des obligations précises qu'il crée pour l'État à l'égard de chacun* ». Le CE rejettera appel de cette ordonnance. Il valide ainsi la position du TA. Cela donne une première idée de ce que pourra être la jurisprudence sur cette question bien qu'il ne s'agisse ici que d'une ordonnance non publiée au Recueil (Voir M. HAUTEREAU-BOUTONNET, E. TRUILHÉ (dir.), *Le procès environnemental*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2021, 207 p.). Auparavant, le TA de Chalons en Champagne, dans trois ordonnances de référé rendues le 29 avril 2005, *Conservatoire du patrimoine naturel, Ligue de protection des oiseaux et Fédération des conservatoires d'espaces naturels c/ Préfet Marne* (n° 0500828, 0500829 et 0500830), a considéré en revanche que le droit reconnu par l'article 1^{er} de la Charte de l'environnement est une « *liberté fondamentale de valeur constitutionnelle* ».

²¹¹ Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, Résolution 48/13 sur le droit à un environnement sain, 8 octobre 2021.

²¹² H. BERGERON, C. NATHANSON, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *op. cit.*

²¹³ B. BASSET, R. DEMEULEMEESTER, E. JOUGLA (dir.), « 20 ans de santé publique (Dossier) », *Actualité et dossier en santé publique* 2012, n° 80.

²¹⁴ H. BERGERON, C. NATHANSON, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *op. cit.*

²¹⁵ *ibid.*

« au cœur du paysage sanitaire français²¹⁶ ». La santé publique semble alors aussi s'élargir puisqu'elle comprend désormais explicitement la santé au travail²¹⁷. Comme le souligne le Professeur Bousiges, « Différentes crises relatives à la santé ont fait éclater les frontières établies et ont sensibilisé l'opinion publique. Les affaires du sang contaminé, de l'air contaminé par l'amiante, l'éther de glycol²¹⁸, l'explosion de l'usine AZF²¹⁹, les problèmes liés au tabac, [...] à la canicule, ont mis en évidence que les salariés comme toute la population peuvent être exposés aux mêmes risques²²⁰ ».

753. La loi de santé de 2004 a aussi pour particularité de contenir plus de cent-cinquante articles ainsi qu'une longue annexe, qualifiée d'« inédite » et de « véritable pédagogie de la santé publique, de la prévention et de l'éducation à la santé²²¹ ». Cette annexe définit « le cadre de référence, les principes généraux et les méthodes qui constituent les fondements de la politique nationale de santé publique²²² ».

754. Ledit cadre de référence illustre la prise en compte très complète adoptée par le législateur pour les problématiques de la politique de santé publique. Celle-ci « est le principal instrument dont se dote la Nation afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités²²³ ». La protection, la promotion et la restauration de la santé ainsi que la lutte contre les inégalités de santé sont toutes parties intégrantes de la politique de santé publique en 2004. Cependant, dans le même paragraphe, les précisions sur la planification stratégique de la politique de santé mentionnent uniquement les « efforts consentis pour améliorer la santé », laissant penser que cet objectif est mis en avant par rapport aux autres. Les dimensions individuelle et collective de la santé sont incluses dans le texte : le cadre de référence s'appuie en effet d'une part sur « les comportements individuels, [...] l'action médicale et [les] soins », d'autre part, au niveau populationnel, sur les « déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour

²¹⁶ H. BERGERON, C. NATHANSON, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *op. cit.*

²¹⁷ N. MARTIN-PAPINEAU (dir.), *La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, Enjeux, réalisations, perspectives*, LGDJ, Université de Poitiers, Collection de la faculté de droit et des sciences sociales, 2006, 184 p.

²¹⁸ Sur le scandale des éthers de glycol, voir notamment J.-N. JOUZEL, « La dénonciation du problème des éthers de glycol en France. Les organisations syndicales face à l'après-crise de l'amiante », *Revue française des affaires sociales* 2008, n° 2-3.

²¹⁹ L'auteur rappelle que cet accident a fait 30 morts et plus de 2500 blessés en France.

²²⁰ N. MARTIN-PAPINEAU (dir.), *La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, Enjeux, réalisations, perspectives*, *op. cit.*

²²¹ H. BERGERON, C. NATHANSON, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *op. cit.*

²²² Annexe de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

²²³ *ibid.*

*prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie*²²⁴ ». Afin d'atteindre les objectifs de santé quantifiés fixés par la politique de santé publique, le cadre de référence défini dans l'annexe de la loi de 2004 indique que tous les acteurs du système de santé sont mobilisés, mais aussi ceux à l'extérieur du système de santé : « *Les différentes politiques publiques devront y faire référence si elles ont des impacts sanitaires prévisibles*²²⁵ ». Œuvrer pour atteindre ces objectifs implique également une évaluation du degré de réalisation de ces objectifs, et nécessite « *l'évaluation des politiques publiques qui ont un impact sur la santé de la population* ». Nous voyons, dans l'implication d'acteurs extérieurs au système de santé, ainsi que dans l'évaluation des impacts des politiques publiques sur la santé, des mesures caractéristiques de la « santé dans toutes les politiques ».

755. De plus, parmi les neuf principes généraux présentés dans l'annexe de la loi de 2004, trois paraissent très imprégnés des concepts qui constituent la « santé dans toutes les politiques ». Premièrement, le principe de réduction des inégalités, deuxièmement, le principe de précocité, qui dicte que « *la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent privilégier les actions les plus précoces possible sur les déterminants de la santé pour éviter la survenue ou l'aggravation de leurs conséquences* ». Enfin, le principe d'intersectorialité implique que « *les stratégies d'action coordonnent autant que nécessaire les interventions de l'ensemble des secteurs concernés pour atteindre un objectif défini*²²⁶ ».

756. L'annexe de la loi de santé publique de 2004 prévoit également, pour la période 2004-2008, la mise en œuvre de plans stratégiques de santé publique dans différents domaines : le cancer, la violence et les comportements à risque, le handicap et la santé environnementale, les maladies rares ou chroniques.

757. La loi de santé publique de 2004 crée de nombreux nouveaux articles dans le Code de la santé publique. Par exemple, en matière de dépistage, le Chapitre II du Titre II de la loi prévoit des consultations de prévention et des examens de dépistage dans la population générale (article L1411-6 actuel du Code de la santé publique) et en milieu scolaire

²²⁴ *ibid.*

²²⁵ *ibid.*

²²⁶ *ibid.*

(article L2325-1 du Code de la santé publique, désormais déplacé dans le Code de l'éducation, à l'article L541-1²²⁷). En ce qui concerne la lutte contre le cancer, le Chapitre II du Titre IV insère un Chapitre V-1 dans le Code de la santé publique intitulé « Lutte contre le cancer » et comprenant un dispositif de dépistage de la maladie²²⁸.

758. Le Plan national de lutte contre le cancer adopté en 2003 se fonde sur le constat selon lequel le cancer est à l'origine d'un décès sur quatre en France et est la première cause de mortalité avant soixante-cinq ans²²⁹. Ce plan porté par la Mission interministérielle de lutte contre le cancer est composé de plusieurs volets : prévention, dépistage, soins, accompagnement, recherche²³⁰.
759. Selon des observateurs étrangers travaillant sur la « santé dans toutes les politiques », la Mission interministérielle de lutte contre le cancer a permis, en France, que différentes parties prenantes à différents niveaux soient impliquées et a facilité une coopération entre les institutions nationales ainsi qu'une planification stratégique associant plusieurs ministères²³¹.
760. L'annexe de la loi du 9 août 2004 présente enfin cent objectifs de santé publique identifiés après une consultation nationale. Les déterminants de la santé²³² apparaissent en première position en tant que grande catégorie contenant la majorité des familles d'objectifs identifiées, telles que l'alcool ; le tabac ; la nutrition et l'activité physique ; le travail ;

²²⁷ Chapitre II du Titre II de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : « Programmes de santé et dispositifs de prévention » (Articles 9 à 14).

²²⁸ Chapitre II du Titre IV de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : « Cancer et consommations à risques » (Articles 33 à 52).

²²⁹ *ibid.*

²³⁰ Mission interministérielle de lutte contre le cancer, Plan Cancer 2003-2007.

²³¹ I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, *Implementing Health in All Policies*, Adelaide 2010, Department of Health, Government of South Australia, 2010.

²³² Pour rappel, « la typologie des déterminants s'est enrichie au cours du temps. De nombreuses classifications ont été proposées par des chercheurs et agences de santé, qui sont en général intégratives, tenant compte des acquis des différents modèles, l'un ou l'autre des aspects pouvant être plus ou moins développé. À titre d'exemple, la classification proposée par Kinding :

déterminants sociaux (par exemple, revenus, éducation, profession, situation sociale, soutien social) ;

déterminants environnementaux (par exemple, qualité de l'air et de l'eau, urbanisme) ;

déterminants liés au système de santé (par exemple, accès aux soins, qualité des soins) ;

déterminants génétiques,

déterminants comportementaux (par exemple, alimentation, exercice physique, consommation de produits) ;

déterminants biologiques (non considéré ici comme des déterminants per se, mais comme des médiateurs entre un déterminant et un événement de santé, à l'exemple des processus biologiques impliqués dans le stress) » (F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, op. cit.).

l'environnement ; ainsi que la précarité et les inégalités. Les maladies infectieuses, cardiovasculaires et de nombreux autres troubles sont inclus dans la catégorie des déterminants de la santé. La seconde grande catégorie d'objectifs s'intitule « Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population²³³ ».

761. Certains observateurs se sont interrogés sur l'influence juridique de ces principes et objectifs, dans la mesure où l'annexe de la loi de 2004, qui les présente, n'est pas intégrée au Code de la santé publique²³⁴. Cependant, nous pensons que ces éléments reflètent une réflexion profonde du législateur français sur le droit et la politique sanitaires et témoignent d'une absorption, en droit interne, de certains concepts de santé publique promus par le droit international souple et le droit de l'Union européenne. En effet, quelques années avant la préparation de la loi de santé du 9 août 2004 (qui a commencé en 2003²³⁵), les États membres de l'OMS ont adopté la « Déclaration ministérielle de Mexico sur la promotion de la santé : des idées aux actes »²³⁶. Cette déclaration, contrairement aux précédentes, est marquée des sceaux ministériels respectifs des États membres et a ainsi plus de poids politique. Elle réaffirme que les gouvernements et tous les secteurs de la société se doivent de favoriser la promotion de la santé, l'équité en santé et le développement social, et de tenir compte des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Au niveau de l'Union européenne, comme nous l'avons vu en Première partie, la Charte des droits fondamentaux est adoptée en 2000 et reprend, en son article 35, les dispositions de l'article 152 du Traité d'Amsterdam sur la recherche d'« *un niveau élevé de protection de la santé humaine [...] dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union* ».
762. En ce qui concerne l'objectif de réduction des inégalités de santé, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), dans un rapport de 2011, souligne la présence des objectifs 33 et 34 de l'annexe de la loi de 2004, consacrés aux inégalités sociales de santé²³⁷ et observe

²³³ Annexe de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

²³⁴ P. BOYER, « Note sur la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », Environnement 2004, n° 11.

²³⁵ Selon cette page du site Légifrance : https://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/sante_publique.asp#savoirlplus, [consulté le 15/06/2021].

²³⁶ Cinquième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé, Des idées aux actes, Promotion de la santé : faire place à l'équité, Mexico, Mexique, 2000. Voir Chapitre 1 (Partie 1).

²³⁷ Ces objectifs sont les suivants : « Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU » et « Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par

que d'autres objectifs de la liste ciblent les déterminants de la santé. Cependant, l'IGAS regrette que ces objectifs liés aux inégalités ne soient pas examinés sous l'angle du gradient social. S'appuyant sur la définition donnée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé²³⁸, l'IGAS rappelle que le gradient social correspond au « phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons²³⁹ ». Par exemple, selon l'IGAS, la diminution de la consommation d'alcool ou encore la santé au travail auraient pu être appréhendées à la lumière du gradient social²⁴⁰.

763. Par ailleurs, l'épidémiologiste Thierry Lang estime que ces deux objectifs consacrés aux inégalités sociales de santé témoignent d'une confusion entre la question des inégalités sociales de santé et celles de la précarité ou de l'accès aux soins²⁴¹.
764. Les observateurs étrangers considèrent que la loi du 9 août 2004 a contribué à ce que la France franchisse le cap d'une approche « pangouvernementale » (*whole-of-government approach*) que l'on peut traduire plus explicitement comme une approche transversale et interministérielle de la conduite des politiques publiques, laquelle, selon l'OMS, permet au système français de s'approcher de la « santé dans toutes les politiques »²⁴². En outre, la poursuite de la mise en œuvre de programmes régionaux de santé sur le territoire français, confirmée par la loi de santé de 2004²⁴³, a été vue par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé comme une approche fondée sur la mobilisation et le partenariat entre différents acteurs, rompant avec la traditionnelle segmentation sectorielle²⁴⁴. Ces programmes conçus en vue de la réalisation des objectifs nationaux, arrêtés par le

une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans » (Annexe de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique).

²³⁸ Cet institut a été depuis, en 2016, fusionné avec d'autres agences sanitaires pour créer l'Agence Santé Publique France.

²³⁹ Inspection générale des affaires sociales, *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, *op. cit.*

²⁴⁰ *ibid.*

²⁴¹ T. LANG, « Inégalités sociales de santé », in E. HENRY et al., *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Presses de Sciences Po, 2015, 376 p.

²⁴² I. KICKBUSCH, K. BUCKETT, *Implementing Health in All Policies*, *op. cit.*

²⁴³ Article 3 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

²⁴⁴ European Observatory on Health Systems and Policies, *Health targets in Europe, Learning from experience*, Observatory Studies Series n° 13, 2008.

représentant de l'État après avis de la conférence régionale de santé, comportent « *un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé*²⁴⁵ ».

c) La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

765. L'élément incontournable de la loi de 2009, dite aussi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) est la création des Agences régionales de santé, qui remplacent les Agences régionales de l'hospitalisation. Cette nouveauté illustre la volonté politique de « *dépasser l'hospitalo-centrisme au profit d'une vision globale de l'offre de soins et des problèmes de santé*²⁴⁶ ». La loi de 2009 prévoit que ces nouvelles agences concourent dans chaque région à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, notamment « *des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code*²⁴⁷ ». Sont constituées auprès de chaque Agence régionale de santé « *une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences* » ainsi que « *deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale* » lesquelles doivent « *assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres*²⁴⁸ ». Ces commissions sont « *censées représenter la dimension intersectorielle des politiques*²⁴⁹ ».

766. La loi HPST nous intéresse ici particulièrement pour deux de ses volets, à savoir celui sur « *l'accès de tous à des soins de qualité* » et celui sur « *la prévention et la santé publique* ». On remarque que le législateur s'est ici imprégné des concepts-phares de l'OMS déjà mentionnés en première partie de cette recherche. Tout d'abord, on trouve en bonne position la notion de

²⁴⁵ Article 3 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

²⁴⁶ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, op. cit.

²⁴⁷ Article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁴⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Titre VI, Organisation territoriale du système de santé.

²⁴⁹ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, op. cit.

« soins de premiers recours²⁵⁰ », qui correspond notamment, pour les médecins généralistes, à « contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour [les] patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé²⁵¹ ».

767. Dans son Titre III sur la prévention et la santé publique, la loi de 2009 crée également un article L1171-1 qui prévoit qu'« une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé. Ces actions contribuent notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions ». Dans un contexte d'adoption de nombreux textes déclaratoires au niveau mondial sur les comportements et les environnements favorables à la santé, il n'est pas étonnant de trouver cette notion dans la loi française. Pour reprendre le raisonnement de Monsieur Defferrard²⁵², le flux normatif étudié se diffuse ici de façon verticale, c'est-à-dire de la sphère juridique internationale vers le droit positif interne.

768. On trouve aussi dans cette loi la volonté de « résorber les inégalités de santé²⁵³ ». Ce dernier point a sans doute compté dans le constat fait par l'épidémiologiste Thierry Lang qui voit dans les années 2008-2009 un « tournant » au cours duquel « les inégalités sociales de santé sont devenues un enjeu explicite²⁵⁴ ».

769. Ce tournant est aussi dû, selon le même auteur, au rapport sur le Plan Cancer rendu par le Professeur Jean-Pierre Grünfeld au Président de la République en février 2009²⁵⁵. Monsieur Lang rappelle que le Professeur Grünfeld, « cet hospitalo-universitaire, néphrologue de renom, avait débuté son rapport dans une perspective biomédicale. Mais, en s'appuyant sur des travaux publiés sur

²⁵⁰ Pour une articulation entre les notions de « soins de premiers recours » et de « soins de santé primaires » voir notamment : Haute Autorité de santé, Document de travail, Lexique ou glossaire de termes à utiliser [dans les productions HAS] pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé, 05/06/2015, disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/3.3_lexique_soins_de_ville.pdf [consulté le 04/06/2021].

²⁵¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Titre II, article 36.

²⁵² Voir Partie 2 (Introduction), et F. DEFFERRARD, « Les forces normatives du Groupe d'Action Financière » in D. BRACH-THIEL, F. FOURMENT (dir.), *Questions de droit pénal international, européen et comparé : mélanges en l'honneur du professeur Alain Fournier*, Presses Universitaires de Nancy, Éditions universitaires de Lorraine, 2014, 434 p.

²⁵³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Titre III, article 122.

²⁵⁴ T. LANG, « Inégalités sociales de santé », *op. cit.*

²⁵⁵ J.-P. GRÜNFELD, Rapport au Président de la République, Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013, 14 février 2009.

l'hypertension artérielle par des cliniciens et des épidémiologistes, il décide de faire des inégalités sociales de santé un élément essentiel de ce plan²⁵⁶ ». La réduction des inégalités sociales de santé devient un objectif « au niveau ministériel et une priorité assignée aux agences régionales de santé²⁵⁷ ».

B) Un renouveau freiné par des raisons politiques, idéologiques et pratiques

770. La promotion de la santé conserve une place discrète dans le paysage sanitaire français (1°) tandis que la lutte contre les inégalités sociales de santé manque, elle aussi, de reconnaissance sur le plan politique (2°).

1°) La place limitée de la promotion de la santé dans le système de santé français

771. Les liens conceptuels étroits entre la promotion de la santé et l'approche « santé dans toutes les politiques » ont été mis en lumière dans le premier chapitre de la première partie de cette thèse. Ainsi, la place de la promotion de la santé en droit peut sans doute être un indicateur intéressant pour évaluer celle de la « santé dans toutes les politiques ».
772. Comme nous l'avons vu, la loi du 4 mars 2002 a été la première à définir dans le Code de la santé publique la politique nationale de prévention²⁵⁸. Avec cette loi, le concept de « promotion de la santé » est intégré en droit de la façon suivante : « à travers la promotion de la santé, cette politique [de prévention] donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé²⁵⁹ ». Selon l'IGAS, la loi de 2002 « fait de la promotion de la santé non pas le fondement de la politique de santé auquel appelle la Charte d'Ottawa, mais un élément certes consubstantiel à la prévention, mais finalement second et de portée plus symbolique qu'opérationnelle²⁶⁰ ». D'autres estiment même que la promotion de la santé a été récusée dans la loi de santé de 2002 et dans la dénomination de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et en concluent alors que « la politique française de santé publique continue à ignorer la promotion de la

²⁵⁶ T. LANG, « Inégalités sociales de santé », *op. cit.*

²⁵⁷ *ibid.*

²⁵⁸ H. BERGERON, C. NATHANSON, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *op. cit.*

²⁵⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 79.

²⁶⁰ Inspection générale des affaires sociales, Santé, pour une politique de prévention durable, Rapport annuel 2003.

santé²⁶¹ ». Ces débuts certes timides de la promotion de la santé en droit français ne feront pas obstacle à sa montée en puissance progressive. La promotion de la santé prendra une dimension plus assumée dans la loi de santé de 2016, nous le verrons²⁶².

773. L'adoption et la reconnaissance de l'importance de la promotion de la santé et de l'intégration de la santé dans les autres politiques relèvent en fait d'un choix beaucoup plus global, un choix sociétal et politique, nécessitant une forte volonté pour que les soubresauts législatifs qui constituent le flux étudié deviennent un véritable objectif politique, puis peut-être un jour une norme juridique fondatrice. Nous rejoignons la vision des auteurs du Traité de santé publique²⁶³ exprimée dans les propos suivants, au sujet de l'introduction, dans le système français, de la promotion de la santé, des politiques publiques saines, et de la « santé dans toutes les politiques » : *« On voit combien nous sommes loin d'une simple réflexion médicale, et combien les oppositions à cette proposition, parfois virulentes, se fondent sur des arguments qui ne sont ni médicaux, ni même sanitaires. On est au cœur du débat sur l'organisation de la cité, du choix des priorités retenues pour l'aménager. La santé n'est que l'un des marqueurs, parmi les plus importants, de la valeur des choix politiques fondamentaux d'une société. Aujourd'hui, la gestion de notre santé ne relève pourtant pas d'un choix éclairé, débattu, et finalement retenu, mais de la réaction à des nécessités, attitude considérée comme sans alternative valable. La proposition de promotion de la santé introduit un débat qui n'est pas souhaité par nos dirigeants et qui est souvent vécu comme inutilement dérangeant²⁶⁴ ».*

2°) Des faiblesses persistantes dans le dispositif de prise en compte des inégalités sociales de santé

774. L'IGAS a rendu un rapport sur les inégalités sociales de santé en 2011²⁶⁵. Il n'y a pas eu d'autres rapports sur cette problématique précise dans la décennie qui a suivi, ce qui peut indiquer une insuffisance d'intérêt des pouvoirs publics pour cette question. Le rapport de l'IGAS n'en est pas moins très instructif sur la question.

²⁶¹ F. ALLA, « La Charte d'Ottawa a trente ans : doit-elle encore faire référence ? », Santé Publique 2016, Vol. 28, n° 6, p. 717-720.

²⁶² Voir Chapitre 3 (Partie 2).

²⁶³ F. BOURDILLON, G. BRÜCKER, D. TABUTEAU, *Traité de santé publique*, op. cit.

²⁶⁴ *ibid.*

²⁶⁵ Inspection générale des affaires sociales, Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action, Rapport, 2011.

775. Ce rapport constate qu'en France, les inégalités sociales de santé ne font pas l'objet d'une politique publique à part entière. Elles sont partiellement prises en compte dans les objectifs de santé publique mais sont le plus souvent traitées par le prisme de l'accès aux soins ou de la prise en charge des personnes vulnérables, « *laissant de côté la question des autres déterminants sociaux de la santé*²⁶⁶ ». On le voit en effet dans la loi du 4 mars 2002, l'article L1110-1 du Code de la santé publique précisant qu'il faut « *garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé*²⁶⁷ » ; mais aussi dans la loi HPST de 2009 qui souligne l'importance de « *l'égal accès à des soins de qualité* », prévoyant également la mise en place d'un « *programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies* » au sein de chaque projet régional de santé. La loi de 2009 mentionne les inégalités de santé mais n'évoque pas leur dimension sociale²⁶⁸. Ce constat fait par l'IGAS rejoint celui de Monsieur Lang qui écrivait en 2015 que, paradoxalement, en dépit d'un solide socle de connaissances scientifiques disponible et d'une analyse approfondie de la question des inégalités sociales de santé par la recherche, « *la réduction des inégalités sociales de santé demeure un enjeu politique relativement marginal en France et se trouve souvent borné à la question de l'inégalité dans l'accès aux soins*²⁶⁹ ».
776. L'IGAS souligne également que la prise en compte des inégalités sociales de santé se heurte aux difficultés du travail interministériel²⁷⁰. L'Inspection rappelle que « *la politique de lutte contre les inégalités sociales de santé ne peut pas relever exclusivement des institutions en charge de la politique de santé*²⁷¹ ». Il en ressort que résoudre le problème des inégalités sociales de santé est un objectif extrêmement difficile en soi, et à plus forte raison puisqu'il implique de coordonner les politiques de plusieurs ministères en charge de secteurs différents. On peut émettre l'hypothèse que réduire les inégalités sociales de santé, et donc « *améliorer l'équité en santé*²⁷² », est un objectif encore plus ambitieux que le premier objectif de la « santé dans

²⁶⁶ *ibid.*

²⁶⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 3.

²⁶⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁶⁹ T. LANG, « Inégalités sociales de santé », *op. cit.*

²⁷⁰ Inspection générale des affaires sociales, Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action, *op. cit.*

²⁷¹ *ibid.*

²⁷² Voir Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, Helsinki, Finlande, 2013, et plus précisément la définition donnée par ce texte de la « santé dans toutes les politiques ».

toutes les politiques » qui est d'améliorer la santé. Il est donc logique de constater que dans un pays comme la France où la « santé dans toutes les politiques » est déjà peu affirmée pour poursuivre l'objectif d'amélioration de la santé, les mesures concernant les inégalités sociales de santé sont encore modestes.

777. Par ailleurs, on peut trouver une autre explication à la faible prise en compte de ce problème, dans le fait que « *La part prise par la gestion de l'urgence dans l'activité de la direction générale de la santé peut être préjudiciable à l'élaboration, au développement de politiques de long terme, par exemple en faveur de la réduction des inégalités sociales et territoriales*²⁷³ ».
778. L'IGAS, en 2011, constate que les outils à disposition pour lutter contre les inégalités sociales de santé sont insuffisants ou mal utilisés : par exemple, les campagnes nationales de prévention ont tendance à être mieux appropriées par les classes favorisées, ce qui a pour effet de creuser les inégalités. À ce sujet, en effet, des experts en santé publique suggèrent que certaines interventions préventives de lutte contre le tabagisme, si elles ne sont pas réalisées dans une démarche d'éthique en santé, participent au renforcement des inégalités sociales de santé et risquent de porter préjudice à des groupes plus vulnérables²⁷⁴.
779. De même, l'IGAS constate dans son rapport que les évaluations d'impacts en santé échouent à prendre en compte réellement les inégalités sociales de santé et que certaines initiatives locales d'action de « santé dans toutes les politiques » rencontrent elles aussi des limites. En effet, il est souligné qu'« *il est possible d'avoir un objectif de prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques sans pour autant le relier à la réduction des inégalités sociales de santé*²⁷⁵ ».

²⁷³ D. TABUTEAU, « Crises et réformes », *op. cit.*

²⁷⁴ S. SAETTA *et al.*, « Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac », *Santé Publique* 2020, Vol. 32, n° 5-6.

²⁷⁵ Inspection générale des affaires sociales, *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, *op. cit.* L'IGAS explique dans son rapport les difficultés des gouvernants à appréhender la question des inégalités sociales de santé : d'une part, « *la corrélation entre un déterminant de santé et un état de santé ne suffit pas à démontrer l'existence d'un lien de causalité* », d'autre part, « *les déterminants de la santé sont aussi partiellement imbriqués, et peuvent aussi se renforcer* ». L'IGAS donne l'exemple de l'entourage et des conditions de vie, qui peuvent influencer les comportements et les choix individuels. Du fait de cette complexité inhérente à la question des inégalités sociales de santé, l'IGAS montre en quoi il est difficile de mesurer l'impact d'une politique publique sur ces déterminants, tout comme il est difficile d'identifier à quelle mesure l'évolution des indicateurs de santé est réellement imputable.

780. La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), dans son rapport sur l'état de santé de la population française, en 2011, souligne aussi l'importance d'agir sur les inégalités sociales de santé²⁷⁶. Elle fait notamment référence à une résolution adoptée par le Parlement européen en faveur de la réduction des inégalités de santé et s'appuyant sur l'objectif d'intégrer la santé dans toutes les politiques²⁷⁷. La Drees affirme que les inégalités sociales de santé « *sont largement le résultat des autres inégalités sociales qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique. Les actions à mener pour réduire les inégalités sociales de santé se situent donc en grande partie dans le champ d'autres politiques publiques, et notamment des politiques fiscales et sociales, éducatives et environnementales* » et reconnaît, en se référant au rapport du HCSP de 2009²⁷⁸, que « *réaliser des progrès dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ne pourra donc se faire qu'au prix d'un développement fort de l'interministérialité*²⁷⁹ ».
781. Le HCSP publie régulièrement sur le sujet des inégalités sociales de santé. Alors qu'en 2009, il alertait sur cette question avec son rapport « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », il attire encore l'attention sur l'importance et l'urgence de mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé, notamment chez les enfants, dans son « Avis relatif à la gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur », du 18 juin 2020²⁸⁰.
782. Les premiers signes d'une révolution de la politique de santé française apparaissent dans les années 1990, marquées par des crises sanitaires et un contexte mondial ouvert à de

²⁷⁶ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, L'état de santé de la population en France, Rapport 2011.

²⁷⁷ Résolution du Parlement européen sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne, 8 mars 2011.

²⁷⁸ Voir ci-dessous.

²⁷⁹ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, L'état de santé de la population en France, *op. cit.*

²⁸⁰ Les rapports et avis du HCSP parus ces dix dernières années sur les inégalités sociales de santé : Avis du 22/07/2021 relatif à la crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé ; Avis du 18/06/2020 relatif à la gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur ; Rapport du 04/02/2016, Crise économique, santé et inégalités sociales de santé ; Rapport du 19/06/2013, Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé ; Avis du 19/06/2013 relatif aux indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans le domaine du cancer ; Avis du 20/03/2013 sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des Ateliers santé ville ; Rapport du 12/11/2009 sur les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité.

nouveaux concepts. En résulte un cadre législatif enrichi, déployé à partir des années 2000. Nous verrons que l'évolution de la législation sanitaire en France continue dans les années 2010 et forme un flux normatif porteur, dans une certaine mesure, de l'approche « santé dans toutes les politiques ».

Conclusion du Chapitre 1

783. Retraçant certaines étapes de l'évolution du droit de la santé et plus tardivement de la politique de santé française depuis l'Ancien Régime jusqu'aux années 2010, ce chapitre - sans avoir de vocation à l'exhaustivité - a été l'occasion d'identifier les éléments qui contribuent actuellement à un faisceau de normes juridiques permettant, peu à peu, d'intégrer les questions de santé dans les autres politiques. Il ressort de ces développements que le droit français reçoit des influences, tantôt du fait de crises internes qui poussent à une remise en question puis à des réformes, tantôt du fait d'un contexte mondial traversé par de puissants courants d'idées. Il se peut que les crises sanitaires internes aient aussi pu rendre le système français plus sensible aux événements extérieurs.

Chapitre 2. Une absorption inefficace par le droit français

784. La seule définition officielle donnée pour la « santé dans toutes les politiques » provient de la Déclaration d'Helsinki¹. Cette définition est largement consacrée aux conséquences des politiques publiques sur la santé. En effet, le terme de « conséquence » y apparaît deux fois, à travers les « *conséquences sanitaires des décisions* » et les « *conséquences néfastes pour la santé* ». Ces termes semblables ne sont pas davantage précisés dans les textes relatifs à la « santé dans toutes les politiques » issus de l'OMS et de l'Union européenne². Une distinction plus précise est néanmoins proposée par certains experts en santé publique : les conséquences « sanitaires » concernent le niveau de santé au sens strict du terme, c'est-à-dire l'absence ou la présence d'une pathologie, tandis que les conséquences « pour la santé » ont un périmètre plus large, c'est-à-dire la santé en tant qu'état complet de bien-être, au sens de l'OMS³. Cependant, nous aborderons ici la notion de conséquence sur la santé de façon large afin d'adapter l'analyse au cadre juridique français.
785. Par ailleurs, à la lecture de la définition de la « santé dans toutes les politiques », nous identifions des moyens pour favoriser la présence de la « santé dans toutes les politiques », à savoir la systématicité et la recherche de synergies.
786. Nous verrons en quoi cette exigence de prise en compte des conséquences des décisions publiques sur la santé échoue à intégrer réellement le droit français (Section 1) puis nous montrerons que malgré des efforts politiques et législatifs, peu de mesures ont été mises en place pour favoriser des synergies entre les enjeux de santé publique et ceux d'autres secteurs de l'action publique (Section 2).

¹ Voir Chapitre 1 (Partie 1) de la thèse. Pour rappel, « *la santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé* » (Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, Helsinki, Finlande, 2013).

² Voir Partie 1.

³ E. JEAN-GILLES, Comprendre l'évaluation de l'impact sur la santé et ses apports, Formation en épidémiologie sociale, EHESP, Janvier 2021.

Section 1. L'insuffisance du cadre juridique français pour assurer la prise en compte des conséquences sanitaires des décisions publiques

787. Comme le rappelle le Professeur Truchet, il existe un droit constitutionnel à la protection de la santé⁴, qui s'impose au législateur, mais ce droit n'est pas absolu : « *il doit être concilié avec d'autres droits, libertés ou règles constitutionnels qu'il limite ou qui le limitent [...] Le Conseil constitutionnel laisse au législateur une grande liberté pour faire cette conciliation*⁵ ». De même, on peut supposer que le législateur a une grande marge de manœuvre pour tenir compte des conséquences sanitaires de l'ensemble de ses décisions, dans tous les domaines. La santé est en tout cas très peu présente dans les études d'impact en France (§ 1) et sa place n'est guère plus conséquente dans l'évaluation des politiques publiques (§ 2).

§ 1) La faible prise en compte de la santé dans les études d'impact en France

788. Au moment de la préparation d'un projet de loi, le ministère en charge du projet peut engager des discussions avec d'autres ministères, voire organiser des réunions ou des comités interministériels. Avant même de parler de travail interministériel, il doit veiller à associer « *tout ministère qui peut être intéressé par le projet, en raison soit de la matière que traite ce projet [...], soit des catégories de personnes qu'il affecte [...]*⁶ ». Il est donc possible de tenir compte des problématiques de santé dès le début d'une réforme, en associant au projet le ministère en charge de cette question lors des premières étapes de réflexion. Cependant, ce raisonnement a ses limites : il indique que l'on est encore loin d'une intégration de la santé dans toutes les politiques. L'association du ministre en charge de la santé à tout projet de réforme devrait

⁴ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

⁵ D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, 7^{ème} édition, Dalloz, Mementos, 2009, 270 p.

⁶ Premier Ministre, Secrétariat général du Gouvernement, Conseil d'État, Guide de légistique, 3^{ème} édition mise à jour 2017, La Documentation française.

être automatique. Selon l'approche « santé dans toute les politiques », il faudrait partir du principe que tout intéresse la santé.

789. En suivant cette façon de penser, l'article L1411-1 du Code de la santé publique peut sembler incomplet : « *Tout projet de loi portant sur la politique de santé, à l'exclusion des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances, fait l'objet d'une concertation préalable avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le Code de la mutualité, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale, les entreprises mentionnées à l'article L310-1 du Code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, l'Union nationale des professionnels de santé, les représentants des collectivités territoriales et l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé* ». On se cantonne au secteur de la santé, quand la convocation de nombreux acteurs d'autres champs pourrait considérablement renforcer et enrichir les débats.
790. Au-delà de la réflexion ministérielle, la question de l'impact sur la santé peut se poser à différents niveaux : d'une part, en amont de l'adoption des lois au niveau national, d'autre part, en amont de la réalisation de projets sur le terrain, au niveau local, en particulier en matière d'urbanisme. Différents types d'analyses d'impact sont possibles. Les études d'impact interviennent dans le processus de préparation de l'adoption d'une loi (A), tandis que les études d'impact en santé sont des outils d'aide à la décision, souvent au niveau local. Enfin, les évaluations environnementales sont un préalable à la mise en route de certains projets de construction (B).

A) Les études d'impact classiques

791. Une étude d'impact est une évaluation préalable d'un projet de réforme. Elle est censée apporter « *une démonstration rigoureuse de la nécessité d'un nouveau texte et de la proportionnalité de la réponse juridique envisagée, en vue d'assurer un bon équilibre entre les objectifs d'intérêt général qui inspirent la réforme et la prise en compte des différents intérêts particuliers en présence*⁷ ». À première vue, cela peut être une application idéale de notre objet d'étude, puisqu'il s'agit dans une étude d'impact « *d'envisager et de chiffrer, chaque fois que cela est possible, non seulement les bénéfices escomptés de la réforme, mais aussi l'ensemble des répercussions, même indirectes et même incertaines, qui*

⁷ Premier Ministre, Secrétariat général du Gouvernement, Conseil d'État, Guide de légistique, *op. cit.*

sont susceptibles d'en résulter dans tous les champs d'analyse pertinents⁸ ». Au Royaume-Uni, les études d'impact ont été développées à partir de 1985 dans les domaines des entreprises, de l'environnement et de la santé⁹. Le système français, quant à lui, malgré un renforcement du cadre juridique des études d'impact (1°), peine encore à prendre véritablement en compte les conséquences sanitaires des futures lois (2°).

1°) Un cadre juridique renforcé

792. Les études d'impact doivent rendre compte des conséquences des projets de loi notamment sur les affaires sociales. Bien que les textes officiels ne le précisent pas, la santé fait bien partie de la question sociale, selon le Conseil d'État : dans le cadre des études d'impact, les « *impacts sociaux et environnementaux* » incluent les questions suivantes : « *cohésion sociale, non-discrimination, situation au regard de l'égalité entre les hommes et les femmes, santé publique, équilibre des territoires, développement durable, protection du milieu naturel...* ¹⁰ ». À l'origine, les études d'impact menées en amont de l'adoption des textes de lois ont été régies par des circulaires (a) et ont acquis une valeur obligatoire lorsqu'elles ont été intégrées à la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 (b).

a) L'encadrement fluctuant des études d'impact par une série de circulaires

793. Joindre une étude d'impact aux projets de lois n'a pas toujours été une obligation. En effet, cette question a d'abord été prise en compte par des circulaires, qui n'ont en principe pas valeur impérative¹¹. Quant à la prise en compte des impacts sanitaires des textes de loi, elle a peu évolué depuis les années 1990. En effet, la circulaire du Premier ministre du 21 novembre 1995 relative à l'expérimentation de l'étude d'impact énumérait les « *rubriques* » devant être renseignées dans les études d'impact¹² et prévoyait notamment de faire apparaître « *l'impact sur d'autres intérêts généraux* », de façon « *d'autant plus précise que l'intérêt*

⁸ *ibid.*

⁹ J.-J. HYEST, Rapport fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi organique, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, Sénat, Rapport n° 196, 2009, 118 p.

¹⁰ Premier Ministre, Secrétariat général du Gouvernement, Conseil d'État, Guide de légistique, *op. cit.*

¹¹ B.-L. COMBRADE, L'obligation d'étude d'impact des projets de loi, Dalloz, Nouvelle Bibliothèque de Thèses, 2017, 520 p.

¹² Ces rubriques étaient les suivantes : impact sur l'emploi, impact sur d'autres intérêts généraux, incidences financières, impact en termes de formalités administratives, conséquences en termes de complexité de l'ordonnancement juridique, incidences indirectes et involontaires.

général en cause est susceptible d'être affecté par le projet ». La santé ou les affaires sociales pouvaient donc y figurer par ce biais.

794. Après des expérimentations, c'est la circulaire du Premier ministre du 26 janvier 1998 relative à l'étude d'impact des projets de loi et de décret en Conseil d'État qui pérennise la démarche d'étude d'impact. Elle les rend obligatoires pour les projets de lois, les projets d'ordonnance et les projets de décret en Conseil d'État qui ont un caractère réglementaire. Ce texte précise que *« l'objet de l'étude d'impact est en effet d'évaluer a priori les effets administratifs, juridiques, sociaux, économiques et budgétaires des mesures envisagées et de s'assurer, de manière probante, que la totalité de leurs conséquences a été appréciée préalablement à la décision publique¹³ »*. S'agissant des impacts sociaux, seuls quelques détails sont apportés : l'étude d'impact doit rendre compte des *« conséquences éventuelles sur les générations futures »* et des *« améliorations attendues en termes de bien-être social »*. Il n'y a aucune référence explicite aux impacts sur la santé.

795. La circulaire du 26 août 2003 relative à la maîtrise de l'inflation normative et à l'amélioration de la qualité de la réglementation fait le constat de l'inefficacité du dispositif mis en œuvre par la circulaire du 26 janvier 1998 et suspend cette dernière. À compter de la circulaire de 2003, l'opportunité de conduire une étude d'impact est étudiée au cas par cas, pour chaque projet de texte. L'étude d'impact n'est donc plus systématique. Les critères pour évaluer la nécessité d'une étude d'impact sont précisés par la circulaire du 30 septembre 2003 relative à la qualité de la réglementation.

b) Un encadrement renforcé : la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 et la loi organique du 15 avril 2009

796. À partir de 2009, l'obligation de mener une étude d'impact en cas de projet de loi n'est plus dictée par une simple circulaire mais par une loi organique. La valeur obligatoire attribuée à l'étude d'impact des projets de lois marque alors une rupture avec les précédents régimes d'études d'impact¹⁴. À la suite de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008, l'article 39 de la Constitution, alinéa 3 énonce que *« [...] La présentation des projets de loi déposés devant*

¹³ Circulaire du Premier ministre du 26 janvier 1998 relative à l'étude d'impact des projets de loi et de décret en Conseil d'État.

¹⁴ B.-L. COMBRADE, L'obligation d'étude d'impact des projets de loi, *op. cit.*

l'Assemblée nationale ou le Sénat répond aux conditions fixées par une loi organique ». La loi organique en question a été adoptée le 15 avril 2009¹⁵. Elle contient dans son chapitre II des « dispositions relatives à la présentation des projets de loi prises en vertu de l'article 39 de la Constitution¹⁶ ». Son article 8 prévoit que « les projets de loi font l'objet d'une étude d'impact. Les documents rendant compte de cette étude d'impact sont joints aux projets de loi dès leur transmission au Conseil d'État. Ils sont déposés sur le bureau de la première assemblée saisie en même temps que les projets de loi auxquels ils se rapportent ». Les études d'impact apparaissent comme « un outil d'aide à la décision publique¹⁷ ».

797. Les études d'impact répondent à un cahier des charges détaillé dans l'article 8¹⁸ de la loi organique de 2009 et doivent notamment exposer avec précision « l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales, ainsi que des coûts et bénéfices financiers attendus des dispositions envisagées pour chaque catégorie d'administrations publiques et de personnes physiques et morales intéressées, en indiquant la méthode de calcul retenue ».

798. Dans la loi organique ainsi que dans les travaux parlementaires qui l'ont précédée, ni le terme « social », ni le terme « environnemental » - qui pourrait aussi contenir des considérations de santé - ne sont explicités. Contrairement à l'analyse de certains observateurs, on peut ici déplorer un manque de détails sur ce point¹⁹. Certes, un

¹⁵ Loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution.

¹⁶ Articles 7 à 12 de la loi organique.

¹⁷ J.-L. WARSMANN, Rapport fait au nom de la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi organique (n° 1314) relatif à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, Assemblée nationale, Rapport n° 1375, 2009, 188 p.

¹⁸ Article 8 de la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 : « Les projets de loi font l'objet d'une étude d'impact [...]. Les documents rendant compte de cette étude d'impact sont joints aux projets de loi dès leur transmission au Conseil d'État. Ils sont déposés sur le bureau de la première assemblée saisie en même temps que les projets de loi auxquels ils se rapportent. Ces documents définissent les objectifs poursuivis par le projet de loi, recensent les options possibles en dehors de l'intervention de règles de droit nouvelles et exposent les motifs du recours à une nouvelle législation.

Ils exposent avec précision :

- l'articulation du projet de loi avec le droit européen en vigueur ou en cours d'élaboration, et son impact sur l'ordre juridique interne ;
- l'état d'application du droit sur le territoire national dans le ou les domaines visés par le projet de loi ;
- [...] l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales, ainsi que des coûts et bénéfices financiers attendus des dispositions envisagées pour chaque catégorie d'administrations publiques et de personnes physiques et morales intéressées, en indiquant la méthode de calcul retenue ;
- l'évaluation des conséquences des dispositions envisagées sur l'emploi public ;
- les consultations qui ont été menées avant la saisine du Conseil d'État ;
- s'il y a lieu, les suites données par le Gouvernement à l'avis du Conseil économique, social et environnemental [...]. ».

¹⁹ B.-L. COMBRADE, « À qui profite l'étude d'impact ? », Petites Affiches 24/01/2012, n° 17, p. 6. : « Le législateur organique s'est montré prolix lorsqu'il a précisé les nombreuses rubriques que devaient renseigner les études d'impact ».

parlementaire a demandé au gouvernement au cours du débat de préciser le terme « social », mais sa question était orientée vers la problématique de l'égalité homme-femme²⁰, et non de la santé.

799. Surtout, c'est précisément l'absence du terme « santé » dans la loi organique et dans la circulaire l'accompagnant qui représente, dès la mise en place du dispositif d'étude d'impact obligatoire, un obstacle à la prise en compte de la santé dans ces études. De même, les travaux parlementaires de la loi organique du 15 avril 2009 ne traitent guère des conséquences des lois sur la santé. La nécessité de prendre en compte les « *conséquences humaines, sociales, environnementales* » est, certes, soulignée par un parlementaire lors d'une discussion en séance publique à l'Assemblée nationale à l'occasion de la première lecture du texte de la loi organique. Ce parlementaire prend d'ailleurs l'exemple de la loi sur les organismes génétiquement modifiés²¹, un sujet à la dimension sanitaire incontestable, bien qu'il n'insiste pas sur cette dernière. Une autre parlementaire prend l'exemple du maintien à domicile des personnes âgées pour réaffirmer l'importance des études d'impact. Dans l'exemple de la gérontologie qu'elle développe, les questions sociales et de santé sont bien prises en compte²².

800. Autre élément regrettable, la circulaire du Premier ministre datée du 15 avril 2009 relative à la mise en œuvre de la révision constitutionnelle ne demande pas la prise en compte

²⁰ Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Troisième séance du 24 mars 2009, *JORF* du 25 mars 2009.

²¹ Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Troisième séance du 16 janvier 2009, *JORF* du 17 janvier 2009 : « M. Jean MALLOT. [...] Tout dépôt de projet de loi devrait être précédé par une phase de consultation et d'enquête publiques d'une durée minimum d'un mois. Au regard de l'histoire parlementaire récente, l'intérêt de telles dispositions semble évident. Je prends pour exemple la loi sur les organismes génétiquement modifiés. On imagine aisément qu'une phase d'enquête publique aurait pu permettre l'expression d'un certain nombre d'associations, de partis politiques ou d'organisations professionnelles, entre autres. Une telle concertation aurait sans doute permis de clarifier les questions restées en suspens et d'aboutir à un projet de loi dont la discussion aurait été plus rapide en évitant peut-être les rebondissements que nous avons connus au cours du débat. L'étude d'impact doit estimer les conséquences humaines, sociales, environnementales, économiques et financières ». Ce parlementaire précise : « Je parle bel et bien, chers collègues, de l'impact des projets de loi et de leurs conséquences humaines, sociales, économiques et environnementales, afin d'éclairer nos délibérations ».

²² Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Deuxième séance du 17 janvier 2009, *JORF* du 18 janvier 2009 : « Mme Patricia ADAM. [...] les études d'impact paraissent particulièrement nécessaires. Je prendrai l'exemple de la gérontologie. Certaines dispositions dont les conséquences sur les budgets des collectivités locales n'ont pas été mesurées placent les départements dans de grandes difficultés budgétaires. La nouvelle organisation des soins, prochainement à l'ordre du jour à travers le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire », aura des répercussions directes sur la construction de maisons de retraite et le maintien à domicile des personnes âgées. [...] Élu(e) d'un département rural, je sais que certaines familles se sont refusées à demander des aides pour maintenir à domicile des personnes âgées dans des conditions décentes, de peur que les sommes allouées par les collectivités ne soient récupérées sur la succession. Aussi certaines personnes âgées ont-elles été maintenues à leur domicile dans des conditions dégradantes, attentatoires aux droits élémentaires de la personne. Une décision de ce type impose donc une évaluation financière, sociale et éthique pour éviter toutes conséquences graves ».

systematique de la santé. En effet, la circulaire précise que « *c'est au ministre principalement responsable du projet de réforme de prendre en charge la responsabilité de l'étude d'impact. Ses services doivent prendre l'attache du secrétariat général du Gouvernement dès la mise en chantier du projet de réforme dans le double but d'arrêter le cahier des charges de l'étude et de déterminer les concours susceptibles d'être recherchés auprès d'autres administrations pour contribuer aux travaux d'évaluation préalable* ». L'étude d'impact pour un projet de loi sur les transports sera donc menée avant tout par le ministère en charge de cette question, et l'invitation d'un autre ministère dans la démarche se fera au cas par cas. Loin de l'esprit de la « santé dans toutes les politiques », il n'y a donc rien de systématique ici.

801. Néanmoins, une fois la première version de l'étude d'impact rédigée par le ministère porteur, « *le projet d'étude d'impact est ensuite communiqué, pour observations, aux autres ministères, par le coordonnateur de l'étude d'impact. Cette étape doit permettre d'identifier les éventuelles réserves ou écarts dans les chiffrages, de collecter les compléments attendus et de s'assurer que les éléments de diagnostic, la présentation des termes des options possibles et l'évaluation des incidences de la réforme recueillent un consensus suffisant*²³ ». Cela donne une autre occasion aux ministres de s'interroger sur les éventuels impacts du projet sur la santé.

802. Enfin, certains actes réglementaires sont également soumis à une obligation d'évaluation préalable²⁴, mais les incidences sanitaires ou environnementales ne sont pas mentionnées dans les textes concernés.

2°) Un cadre juridique insuffisant

803. S'il est admis qu'il présente des faiblesses dans son ensemble (a), le dispositif mis en place par la loi organique du 15 avril 2009 se révèle particulièrement limité en ce qui concerne l'identification des impacts sanitaires *stricto sensu* (b).

²³ Premier Ministre, Secrétariat général du Gouvernement, Conseil d'État, Guide de légistique, *op. cit.*

²⁴ Notamment en vertu de la circulaire du Premier ministre du 17 février 2011 relative à la simplification des normes concernant les entreprises et les collectivités territoriales, et de l'article R1213-27 du Code général des collectivités territoriales qui concerne les mesures proposées pour les collectivités territoriales (Premier Ministre, Secrétariat général du Gouvernement, Conseil d'État, Guide de légistique, *op. cit.*).

a) L'efficacité relative du dispositif d'études d'impact instauré par la loi organique du 15 avril 2009

804. Indépendamment des questions de santé, le dispositif d'études d'impact souffre déjà de limites, à commencer par les modalités restreintes de contestation de l'étude d'impact²⁵ déposée devant l'Assemblée ou le Sénat ainsi qu'à l'application qu'en a fait le Conseil constitutionnel lors de son unique saisine sur une telle contestation, en 2014²⁶. En effet, selon le cas de figure prévu par l'alinéa 4 de l'article 39 de la Constitution, la Conférence des présidents de la première assemblée peut exprimer des réserves sur l'étude d'impact : *« Les projets de loi ne peuvent être inscrits à l'ordre du jour si la Conférence des présidents de la première assemblée saisie constate que les règles fixées par la loi organique sont méconnues. En cas de désaccord entre la Conférence des présidents et le Gouvernement, le président de l'assemblée intéressée ou le Premier ministre peut saisir le Conseil constitutionnel qui statue dans un délai de huit jours²⁷ »*. Selon le Professeur Derosier, cette situation ne s'est présentée qu'une fois. Il s'agissait du projet relatif à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral. Dans sa décision du 1^{er} juillet 2014²⁸, le Conseil constitutionnel *« s'est cantonné à un examen très formel, se bornant à relever que les différents points mentionnés à l'article 8 de la loi organique du 15 avril 2009 faisaient effectivement l'objet de développements dans l'étude d'impact, annexée au projet de loi, sans examiner si ces développements étaient eux-mêmes satisfaisants²⁹ »*.
805. L'évaluation de la qualité de ces études par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques ou par les citoyens semble elle aussi très limitée³⁰. Certains pointent

²⁵ Ces modalités sont de plus en plus restreintes : voir J.-P. DEROSIER, « L'impact toujours plus faible des études d'impact », *Constitutions* 2018, p. 379, au sujet de la décision du Cons. const., 6 sept. 2018, *Loi pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie*, n° 2018-770 DC : *« l'étude d'impact ne peut désormais être contestée qu'au stade de la Conférence des présidents de la première assemblée, sans que ceux de la seconde ne puissent dire ou faire quoi que ce soit, alors qu'ils sont censés pouvoir en bénéficier »*.

²⁶ J.-P. DEROSIER, « L'impact toujours plus faible des études d'impact », *op. cit.*

²⁷ Article 39 de la Constitution du 4 octobre 1958.

²⁸ Cons. const., 1^{er} juill. 2014, *Présentation du projet de loi relatif à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral*, n° 2014-12 FNR.

²⁹ J.-P. DEROSIER, « L'impact toujours plus faible des études d'impact », *op. cit.*

³⁰ B.-L. COMBRADE, « À qui profite l'étude d'impact ? », *op. cit.* : *« Le CEC [le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques] n'a, pour l'heure, jamais été saisi afin d'apprécier la qualité d'une étude d'impact. Quant au mécanisme de recueil en ligne des avis de citoyens en matière d'études d'impact sur le site de l'Assemblée nationale, son succès reste mitigé. Si le délai de six semaines entre le dépôt du projet de loi et sa discussion est censé laisser le temps aux citoyens de s'exprimer, les réactions des internautes, théoriquement reprises par les rapports des commissions en annexe, sont pour l'instant rares et les critiques en général plus centrées sur le projet de loi que sur l'étude d'impact elle-même »*.

aussi le risque que les études d'impact soient utilisées pour légitimer les projets de lois, le gouvernement étant en fait juge et partie³¹.

806. En revanche, l'article 8 alinéa 1 de la loi organique du 15 avril 2009 pose l'obligation de transmission de chaque étude d'impact au Conseil d'État en même temps que le projet de loi. Par une interprétation extensive de cette disposition, le Conseil d'État opère, depuis, un contrôle de l'étude d'impact tant sur son existence même que sur son contenu³². Par exemple, dans son avis sur le projet de loi relatif à la protection des enfants rendu en juin 2021, le Conseil d'État note que « *l'étude d'impact répond de manière satisfaisante, pour la plupart des articles du projet de loi, aux exigences de l'article 8 de la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, sous réserve des observations faites dans les développements qui suivent*³³ ».

807. Une autre limite tient au fait que sont exclus du dispositif les propositions de loi et les amendements d'origine gouvernementale ou parlementaire³⁴. L'article 11 de la loi organique de 2009 prévoit également que sont notamment exclus de l'obligation d'étude d'impact les projets de révision constitutionnelle, les projets de loi de finances et les projets de loi de financement de la sécurité sociale³⁵. L'élargissement des études d'impact aux projets de loi de financement de la sécurité sociale a été proposé lors du débat sur le texte mais n'a finalement pas été retenu. Comme l'avait suggéré la députée Catherine Lemorton, les projets de loi de financement de la sécurité sociale ont par définition des conséquences humaines et sociales. Celle-ci donne l'exemple des franchises médicales, présentes dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, dépourvu d'étude d'impact, alors que l'existence de ces franchises mène pour certains citoyens à une privation ou à un retard de soins³⁶. Le député Jean-Luc Warsmann a lui aussi déposé un amendement permettant d'étendre le champ des études d'impact aux dispositions des lois de finances et

³¹ *ibid.*

³² B.-L. COMBRADE, L'obligation d'étude d'impact des projets de loi, *op. cit.*

³³ Conseil d'État, Avis sur un projet de loi relatif à la protection des enfants, n° 402.958, 10 juin 2021, 14 p.

³⁴ X. BIOY, « L'objectif de protection de la santé publique sort renforcé de l'examen constitutionnel de la « loi Touraine » », L'actualité juridique droit administratif 2016, n° 126, où l'auteur cite Cons. const., 9 avr. 2009, *Loi organique relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution*, n° 2009-579 DC.

³⁵ Sauf pour certaines dispositions de ces textes particuliers (voir Premier Ministre, Secrétariat général du Gouvernement, Conseil d'État, Guide de légistique, *op. cit.*, p. 16-17 du guide).

³⁶ Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Troisième séance du 16 janvier 2009, *op. cit.*

des lois de financement de la sécurité sociale mais sans succès³⁷. D'autres amendements similaires ont été déposés mais n'ont pas été adoptés³⁸.

808. Une autre voie a été proposée lors du débat sur l'adoption de la loi organique de 2009 encadrant les études d'impact, mais ne fut pas retenue. Elle aurait pu contribuer à la prise en compte de la santé dans les projets de lois, parallèlement aux études d'impact. Un amendement a été déposé en première puis en deuxième lecture : il était proposé de « rendre obligatoire la consultation de la Commission nationale consultative des droits de l'homme avant le dépôt de tout projet de loi³⁹ ». Les députés arguaient que « quel que soit leur objet, toutes les lois sont susceptibles de concerner et donc d'affecter un droit ou une liberté fondamentale. Qu'il s'agisse du droit de l'urbanisme, du droit fiscal, du droit de la santé, du droit des collectivités locales, les libertés et droits fondamentaux doivent non seulement être respectés par les lois mais encore concrétisés par celles-ci⁴⁰ ».

b) La place des considérations de santé publique dans les études d'impact

i. L'absence de caractère systématique

809. Les capacités limitées du dispositif existant à prendre en compte la santé dans les projets de loi ont été mentionnées. Contrairement à certains pays qui ont fait le choix de contraindre les ministères à mesurer l'impact potentiel de leurs actions - y compris des lois sur le point d'être adoptées - sur la santé, la France n'a pas fait un tel choix. Le Québec, sans doute plus imprégné que la France des idéaux promus par les chartes mondiales sur la promotion de la santé adoptées successivement depuis quarante ans, a adopté dans sa loi de santé publique de 2001, à l'article 54, l'obligation pour l'ensemble des ministères et organismes de consulter le ministre en charge de la Santé lors de l'élaboration des lois et règlements pouvant influencer sur la santé de la population⁴¹.

³⁷ *ibid.*

³⁸ Amendement n° 3736 présenté par Mme BILLARD, M. MAMÈRE, M. COCHET et M. DE RUGY : « Article 10 : À l'alinéa 1, supprimer les mots : « aux projets de loi de financement de la sécurité sociale ». Exposé sommaire : Il est important d'accompagner les projets de loi de financement de la sécurité sociale par des études d'impact. Cela aurait par exemple permis de questionner la pertinence en termes économiques et sociales, de santé publique et pour les finances des comptes sociaux de mesures telles que les franchises médicales ».

³⁹ Amendements n° 2991 à 3012 présentés par M. URVOAS et M. VALLS : « Avant de déposer un projet de loi sur le bureau de l'une des assemblées parlementaires, le Gouvernement procède à la consultation des autorités administratives indépendantes compétentes. Leurs avis sont rendus publics » ; « La Commission nationale consultative des droits de l'homme est consultée et rend public son avis dans un délai de deux semaines ».

⁴⁰ *ibid.*

⁴¹ LégisQuébec, Loi sur la santé publique, Article 54 : « Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

810. En France, en ce qui concerne les projets d'actes réglementaires, une évaluation préalable n'est pas obligatoire de façon générale, mais plusieurs textes imposent une fiche d'impact dans le cas de l'élaboration de textes spécifiques, notamment pour « *tout projet de texte créant ou modifiant des normes applicables aux collectivités territoriales*⁴² ». Dans ces cas-là, « *le ministère porteur du ou des projets de texte doit apprécier, de manière pragmatique, le caractère significatif de l'impact en prenant en compte les spécificités du secteur auquel le texte a vocation à s'appliquer*⁴³ ». C'est précisément ce type de raisonnement qui amoindrit l'importance accordée à la problématique de la santé : en effet, pour que la santé soit prise en compte de façon systématique dans tout nouveau texte de droit, il ne s'agit pas d'observer la spécificité du secteur concerné par le nouveau texte pour adapter l'étude d'impact, mais bien de se poser systématiquement la question des impacts sanitaires du projet, même lorsque le secteur paraît totalement étranger à cette question.

ii. *Les études d'impact de la loi du 30 octobre 2018 et de la loi du 14 décembre 2020*

811. Ces deux études sont présentées pour illustrer les propos développés précédemment sur les études d'impact.

812. Dix mois avant l'adoption de la loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, une étude d'impact a été réalisée⁴⁴. En vue de l'adoption de cette loi qui promeut une transition alimentaire et agricole en France, notamment grâce à l'alimentation biologique dans la restauration collective⁴⁵, l'étude contient quinze articles thématiques directement liés aux modifications que le projet de texte apporterait au droit positif.

À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population ».

⁴² Premier Ministre, Secrétariat général du Gouvernement, Conseil d'État, Guide de légistique, *op. cit.*

⁴³ *ibid.*

⁴⁴ Étude d'impact du projet de loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine et durable, 30 janvier 2018.

⁴⁵ Lors des États généraux de l'alimentation, il a été reconnu que « *la restauration collective, en raison de son importance économique et de son organisation mais aussi par son rôle éducatif, constitue un fort levier d'action pour engager cette transformation* » (Étude d'impact du projet de loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine et durable, *op. cit.*).

813. La dimension sanitaire des questions agricoles et alimentaires est clairement reconnue dans cette étude. En effet, il est rappelé que les États généraux de l'alimentation, ayant réuni l'ensemble des parties prenantes dès l'été 2017⁴⁶, ont permis notamment d'identifier « *la restauration collective comme un levier majeur d'une alimentation favorable à la santé, définie, en concertation avec le Comité national de l'alimentation, comme réunissant « les propriétés qui lui permettent de satisfaire les besoins nutritionnels – en quantité et en qualité - et les exigences en matière de sécurité sanitaire, contribuant ainsi à préserver le bien-être physique, mental et social, de chacun, à court et long terme et, plus largement, la santé de la population »* ». Selon l'étude, la restauration collective « *permet à la fois d'améliorer la qualité des repas, de sensibiliser plus largement les convives aux fondamentaux d'une alimentation saine et de favoriser la structuration de plateformes régionales ou locales, facilitant l'accès des agriculteurs à ces marchés* ». Ces considérations permettent de justifier la démarche d'une loi dédiée aux questions agricoles et alimentaires. Cependant, il manque une réflexion sur les véritables impacts que le texte aurait sur la santé.
814. En effet, des considérations sanitaires sans grande profondeur surviennent dans un passage de l'étude d'impact consacré aux impacts environnementaux. Le dernier paragraphe de ce passage est dédié à la santé humaine : « *En outre l'agriculture biologique induit des externalités concernant la santé humaine, par une moindre exposition aux pesticides de synthèse et, par extension, aux perturbateurs endocriniens, par la réduction des émissions agricoles polluantes dans l'atmosphère et par un plus faible usage des antibiotiques dans l'élevage, ce qui limite l'impact sur la santé en luttant contre l'antibiorésistance*⁴⁷ ».
815. L'étude d'impact pour la loi n° 2020-1578 du 14 décembre 2020 relative aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire pour les betteraves sucrières n'est pas davantage approfondie en matière d'impact sur la santé. Depuis 2016, l'article L253-8 du Code rural et de la pêche maritime prévoit que « *l'utilisation de produits phytopharmaceutiques contenant une ou des substances actives de la famille des néonicotinoïdes et des semences traitées avec ces produits est interdite à compter du 1^{er} septembre 2018 (...)* », à l'exception de certains cas dérogatoires. Les néonicotinoïdes sont des insecticides très efficaces qui permettent d'éviter des pertes de rendement entraînées par des populations

⁴⁶ Comme le rappelle l'étude d'impact, « *les états généraux ont réuni l'ensemble des acteurs : monde agricole et de la pêche, industrie agroalimentaire, coopération agricole, distribution, consommateurs, restauration collective, élus, partenaires sociaux, acteurs de l'économie sociale et solidaire, de la santé, organisations non gouvernementales (ONG), associations caritatives et d'aide alimentaire à l'international, banques et assurances* » (ibid).

⁴⁷ ibid.

importantes d'insectes nuisibles aux cultures. Ils présentent cependant un risque élevé pour tous les autres insectes non-cibles, notamment les pollinisateurs, ainsi qu'une contamination importante des sols et des eaux. Au printemps 2020, la Confédération générale des planteurs de betteraves a alerté le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation sur la situation exceptionnelle d'infestations massives de pucerons vecteurs d'une maladie virale, pouvant engendrer des pertes colossales pour la filière et même sa pérennité future. Sur ce constat, la loi du 14 décembre 2020 institue une dérogation ponctuelle à l'interdiction d'utilisation des produits phytopharmaceutiques contenant une ou des substances actives de la famille des néonicotinoïdes prévue dans le Code rural et de la pêche maritime. L'étude d'impact de cette loi rappelle la nécessité « d'assurer la protection de l'environnement et de la santé humaine⁴⁸ » et mentionne des indicateurs de risque pour la santé humaine, sans les préciser, et n'entre pas plus dans les détails en ce qui concerne l'impact sur la santé des mesures envisagées.

816. Outre le fait que la santé occupe une place à la marge dans ces études d'impact, cette section a montré que la santé est appréhendée essentiellement du point de vue de la question de l'évitement d'impacts négatifs, et qu'il y a rarement une réflexion sur d'éventuels impacts positifs des projets sur la santé.

B) Les études d'impact spécifiques

817. L'étude d'impact en santé peut être mise en œuvre par les collectivités locales désireuses d'apprécier la dimension sanitaire de certains projets d'urbanisme (1°) tandis que l'évaluation environnementale est requise pour la réalisation de certains projets de construction ou d'installation (2°).

1°) L'étude d'impact en santé, un outil à disposition des collectivités locales pour leurs projets d'urbanisme

818. Cette étude d'impact spécifiquement sanitaire (a) souffre d'une absence de reconnaissance juridique, n'ayant ainsi aucun caractère contraignant (b).

⁴⁸ « Les ministres chargés de l'agriculture et de l'environnement pourront, si nécessaire et dans des conditions strictement encadrées afin d'assurer la protection de l'environnement et de la santé humaine, prévoir des dérogations d'une durée inférieure ou égale à 120 jours pour l'utilisation de semences enrobées avec un NNI » (Étude d'impact du projet de loi relatif aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire, 3 septembre 2020).

- a) Une manifestation de la « santé dans toutes les politiques » au niveau local
819. Selon le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), l'étude d'impact en santé est une démarche d'aide à la décision qui vise à identifier « *les mesures et les solutions appropriées pour diminuer les effets négatifs et augmenter les effets positifs d'un projet en amont de sa réalisation*⁴⁹ ». À notre sens, l'étude d'impact en santé reflète fidèlement l'esprit de la « santé dans toutes les politiques » car elle est une « *démarche basée sur une approche globale de la santé permettant d'évaluer l'ensemble des impacts potentiels d'un projet sur un large panel de déterminants de santé et de qualité de vie*⁵⁰ ». L'idée que l'étude d'impact en santé soit la seule démarche qui puisse véritablement mettre en œuvre la « santé dans toutes les politiques » avait été avancée lors de la promotion de cette approche par la Finlande en 2006 devant les instances de l'Union européenne⁵¹.
820. L'étude d'impact en santé intègre la population au processus de décision et vise à apporter des recommandations en faveur de la santé et de l'équité⁵². Cet outil permet d'évaluer de façon globale les impacts sur la santé d'un projet d'urbanisme. Si l'on parle surtout de projets d'urbanisme pour les études d'impact en santé, c'est parce que 70% d'entre elles dans le monde sont faites sur des politiques et projets d'aménagement urbain⁵³. Cela s'explique par le fait que l'urbanisme impacte énormément les déterminants de la santé.
821. Déjà utilisée dans d'autres pays⁵⁴, l'étude d'impact en santé a été expérimentée en France surtout à partir des années 2010. Cela confirme ici l'hypothèse déjà évoquée dans cette

⁴⁹ Haut Conseil de la Santé Publique, Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements, Synthèse, 2018, 178 p.

⁵⁰ *ibid* ; Voir également Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, Avis, 28 juin 2017, 36 p. : « *Située en amont du processus de décision, l'étude d'impact en santé est un outil majeur de la mise en œuvre de « la santé dans toutes les politiques » dans le but de réduire les inégalités sociales de santé* ». Voir aussi F. BERT *et al.*, « How can we bring public health in all policies? Strategies for healthy societies », Journal of Public Health Research 2015, Vol. 4, n° 393.

⁵¹ T. STAHL *et al.*, Health in All Policies : Prospects and potentials, Ministère finlandais des affaires sociales et de la santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2006, 299 p.

⁵² Haut Conseil de la Santé Publique, Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements, *op. cit.*

⁵³ E. JEAN-GILLES, Comprendre l'évaluation de l'impact sur la santé et ses apports, Formation en épidémiologie sociale, *op. cit.*

⁵⁴ Par exemple aux États-Unis, où des études d'impact en santé menées notamment à San Francisco ont contribué à faire adopter des lois protectrices de la santé (L.-N. GASE, R. PENNOTTI, K.-D. SMITH, « "Health in All Policies": Taking Stock of Emerging Practices to Incorporate Health in Decision Making in the United States », Journal of Public Health Management and Practice 2013, Vol. 19, n° 6, p. 529-540).

recherche selon laquelle les années 2000 et dans une plus large mesure les années 2010, ont marqué l'entrée de notre objet d'étude dans le système politique et juridique français, du fait d'une pression exercée par le contexte international de santé publique.

822. L'un des exemples les plus connus dans le secteur de la santé publique français est l'étude d'impact en santé de Plaine Commune, un projet de transport en commun permettant de désenclaver une partie du territoire de la Seine-Saint-Denis, réalisé par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France et commandité par l'Agence régionale de santé⁵⁵. La candidature de Paris 2024 aux Jeux olympiques a elle aussi fait l'objet d'une étude d'impact en santé, présentée à Paris 2024, aux élus Santé et Sport de la Ville de Paris, puis aux collectivités territoriales de Seine-Saint-Denis en 2018. D'autres études d'impact ont été menées notamment en Pays-de-la-Loire, Grand-Est et Bretagne⁵⁶.

b) Un outil facultatif

823. L'étude d'impact en santé se fait sur la base du volontariat au sein des collectivités locales. Elle n'a pas de fondement juridique. D'un côté, cela peut s'expliquer par la volonté de laisser une marge de manœuvre aux collectivités locales, et d'éviter de décourager des initiatives, d'autant plus que les collectivités sont déjà soumises à l'évaluation environnementale pour nombre de leurs projets⁵⁷. La variété d'études d'impact en santé menée en France jusqu'à présent laisse à supposer que l'absence de cadre légal n'est pas un problème. On peut penser que cette dynamique contribue à nourrir le flux normatif hétérogène en faveur de l'intégration de la santé dans toutes les politiques, à différents niveaux de décisions, dans la mesure où ces études peuvent dans certains cas conduire à l'adoption de normes juridiques.

Dans STAHL *et al.*, *Health in All Policies : Prospects and potentials*, *op. cit.*, daté de 2006, un tableau récapitulatif d'une étude sur les études d'impact menées en Europe donne des exemples d'EIS menées dans 21 pays européens, mais la France n'y figure pas (p. 325). À l'époque, les études d'impact en santé en France étaient encore marginales.

⁵⁵ Le projet s'intéressait à un territoire défavorisé, avec un indice de développement humain faible, une population jeune, avec un taux de chômage élevé. Après réalisation de l'étude d'impact, le projet retenu a permis de favoriser les déplacements de banlieue à banlieue et donc de désenclaver de nombreuses cités.

⁵⁶ Voir notamment les articles de Santé publique France dans *La santé en action*, Décembre 2019, n° 450.

⁵⁷ Haut Conseil de la Santé Publique, *Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés*, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements, *op. cit.*

824. D'un autre côté, le HCSP alerte sur le manque de prise en compte de la santé dans les projets d'urbanisme. Dans son rapport de 2018 intitulé « Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale⁵⁸ » il recommande en priorité d'adapter le Code de l'urbanisme de manière à prendre systématiquement en compte la santé, notamment dans l'évaluation environnementale. En outre, le système des études d'impact en santé rencontre ses limites, notamment lorsque le projet avance si vite que l'étude et les recommandations qu'elle contient arrivent trop tard, le projet étant déjà mis en œuvre⁵⁹.

2°) L'évaluation environnementale : l'étude d'impact spécifique aux incidences environnementales et sanitaires

825. Les évaluations des impacts environnementaux sont recensées et étudiées depuis plusieurs décennies par les experts en santé publique dans différents pays. Elles sont vues comme un élément précurseur à l'étude d'impact en santé⁶⁰. À partir des années 2000, le cadre juridique entourant les conséquences environnementales des travaux et projets d'aménagement entrepris par une collectivité publique s'étoffe en France, notamment pour répondre aux exigences européennes. Après l'adoption de la directive n° 2001/42/CE du 27 juin 2001⁶¹, la France a adopté l'ordonnance n° 2004-489 du 3 juin 2004⁶² afin de transposer les dispositions européennes. Par la suite, la loi Grenelle II du 12 juillet 2010⁶³ a fait évoluer ce cadre juridique. L'évaluation environnementale est donc à présent précisément encadrée par la loi (a). La dimension sanitaire que l'on décèle à la lecture de son encadrement par les Codes de l'environnement et de l'urbanisme reste toutefois modeste (b).

⁵⁸ Haut Conseil de la santé publique, Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale, Rapport, Avril 2018, 200 p.

⁵⁹ E. JEAN-GILLES, Comprendre l'évaluation de l'impact sur la santé et ses apports, Formation en épidémiologie sociale, *op. cit.*

⁶⁰ *ibid.*

⁶¹ Directive n° 2001/42/CE du 27 juin 2001 relative à l'évaluation des incidences de certains plans et programmes sur l'environnement.

⁶² Ordonnance n° 2004-489 du 3 juin 2004 portant transposition de la directive n° 2001/42/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 juin 2001 relative à l'évaluation des incidences de certains plans et programmes sur l'environnement.

⁶³ Loi n° 2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement.

a) Des exigences légales et réglementaires plus précises que pour les études d'impact classiques

826. L'évaluation environnementale est prévue pour les « *projets qui, par leur nature, leur dimension ou leur localisation, sont susceptibles d'avoir des incidences notables sur l'environnement ou la santé humaine*⁶⁴ ». Ces projets font l'objet d'une évaluation environnementale « *en fonction de critères et de seuils définis par voie réglementaire et, pour certains d'entre eux, après un examen au cas par cas*⁶⁵ ». L'évaluation environnementale est systématique dans certains cas⁶⁶. L'article L122-1 du Code de l'environnement précise que l'on entend par projet « *la réalisation de travaux de construction, d'installations ou d'ouvrages, ou d'autres interventions dans le milieu naturel ou le paysage, y compris celles destinées à l'exploitation des ressources du sol* ». Il peut s'agir par exemple de la construction d'équipements sportifs et de loisirs susceptibles d'accueillir plus de 5 000 personnes⁶⁷. Ces projets, en raison de leur nature, doivent faire l'objet d'une telle évaluation, dont le périmètre est certes plus spécifique - donc restreint - mais aussi beaucoup plus détaillé et exigeant que les études d'impacts classiques vues précédemment. En effet, l'article L122-1 du Code de l'environnement prévoit que « *L'évaluation environnementale permet de décrire et d'apprécier de manière appropriée, en fonction de chaque cas particulier, les incidences notables directes et indirectes d'un projet sur les facteurs suivants : 1° La population et la santé humaine ; 2° La biodiversité [...] ; 3° Les terres, le sol, l'eau, l'air et le climat ; 4° Les biens matériels, le patrimoine culturel et le paysage ; 5° L'interaction entre les facteurs mentionnés aux 1° à 4°* ». La santé est placée au premier rang de ces éléments qui, nous l'avons vu, peuvent tous concourir à la préservation et à l'amélioration de la santé publique ou inversement, lui nuire. Les exigences en matière d'évaluation environnementale sont élevées, comme en témoignent le long chapitre du Code de l'environnement dédié à l'évaluation environnementale ainsi que la longue partie réglementaire qui la complète.

827. L'article R122-5 exige que l'étude d'impact⁶⁸ comporte notamment les éléments suivants :
« *Une estimation des types et des quantités de résidus et d'émissions attendus, tels que la pollution de l'eau, de l'air, du sol et du sous-sol, le bruit, la vibration, la lumière, la chaleur, la radiation, et des types et des*

⁶⁴ L122-1 du Code de l'environnement.

⁶⁵ *ibid.*

⁶⁶ L122-4 du Code de l'environnement.

⁶⁷ J-M. PASTOR, « Le principe de non-régression n'exige pas une évaluation environnementale systématique », Dalloz Actualité 2017.

⁶⁸ Désignée comme telle dans cet article placé dans le chapitre intitulé « Évaluation environnementale » du Code de l'environnement.

quantités de déchets produits durant les phases de construction et de fonctionnement », mais aussi : « 4° Une description des facteurs mentionnés au III de l'article L. 122-1 susceptibles d'être affectés de manière notable par le projet : la population, la santé humaine, la biodiversité, les terres, le sol, l'eau, l'air, le climat, les biens matériels, le patrimoine culturel, y compris les aspects architecturaux et archéologiques, et le paysage », « des risques pour la santé humaine, pour le patrimoine culturel ou pour l'environnement ». L'article R122-5 va jusqu'à préciser que la description de ces éventuelles incidences notables « porte sur les effets directs et, le cas échéant, sur les effets indirects secondaires, cumulatifs, transfrontaliers, à court, moyen et long termes, permanents et temporaires, positifs et négatifs du projet⁶⁹ ».

828. Dans un arrêt du 15 avril 2021⁷⁰, le Conseil d'État a fait droit à la demande de deux associations de protection de l'environnement, allant ainsi dans le sens d'un meilleur respect des exigences européennes en matière d'évaluation environnementale. Le juge administratif annule en effet le décret n° 2018-435 du 4 juin 2018 modifiant des catégories de projets, plans et programmes relevant de l'évaluation environnementale, soulignant que ce texte prévoit un seuil en-deçà duquel l'évaluation environnementale n'est pas nécessaire pour les plus petits équipements sportifs et de loisirs, ce qui est contraire au principe de non-régression et à la directive n° 2011/92/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 concernant l'évaluation des incidences de certains projets publics et privés sur l'environnement⁷¹. Il juge que « les associations requérantes sont fondées à demander l'annulation du décret attaqué en tant qu'il exclut certains projets de toute évaluation environnementale sur le seul critère de leur dimension, sans comporter de dispositions permettant de soumettre à une évaluation environnementale des projets qui, en raison d'autres caractéristiques telles que leur localisation, sont susceptibles d'avoir une incidence notable sur l'environnement ou la santé humaine⁷² » et pousse les pouvoirs publics à mettre en œuvre la notion de « *clause-filet*⁷³ » en matière d'évaluation

⁶⁹ Cet article précise également : « Le contenu de l'étude d'impact est proportionné à la sensibilité environnementale de la zone susceptible d'être affectée par le projet, à l'importance et la nature des travaux, installations, ouvrages, ou autres interventions dans le milieu naturel ou le paysage projetés et à leurs incidences prévisibles sur l'environnement ou la santé humaine ».

⁷⁰ CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 15 avr. 2021, Association France Nature Environnement (FNE) et Association France Nature Environnement Allier, n° 425424, Lebon (Tables) (AJDA 2021, p. 829 ; RDI 2021, p. 336, obs. J.-C. ROTOULLIÉ).

⁷¹ Voir notamment M. COUSSE, L.-N. HARADA, « L'évaluation environnementale regagne du terrain, Note sous CE, 6^{ème} et 5^{ème} ch. réunies, 15 avril 2021, n° 425424, Associations France Nature Environnement et France Nature Environnement Allier », Bulletin du Droit de l'Environnement Industriel, 1^{er} juillet 2021, n° 94.

⁷² CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 15 avr. 2021, Association France Nature Environnement (FNE) et Association France Nature Environnement Allier, *op. cit.*

⁷³ Selon l'article 2 de la directive n° 2011/92/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 concernant l'évaluation des incidences de certains projets publics et privés sur l'environnement, « Les États membres prennent les dispositions nécessaires pour que, avant l'octroi de l'autorisation, les projets susceptibles d'avoir des

environnementale telle que prévue par la directive européenne de 2011 précitée⁷⁴. Sur cette question, la CJUE a rappelé plusieurs fois que même des projets de petite dimension peuvent avoir des incidences notables sur l'environnement du fait de leur nature ou de leur localisation et doivent ainsi faire l'objet d'une telle évaluation⁷⁵.

Outre l'annulation du décret, le Conseil d'État enjoint au Premier ministre de prendre, dans un délai de neuf mois, les dispositions permettant qu'un projet susceptible d'avoir une incidence notable sur l'environnement ou la santé humaine pour d'autres caractéristiques que sa dimension, notamment sa localisation, puisse être soumis à une évaluation environnementale⁷⁶.

829. En réponse à cette décision ainsi qu'à la mise en demeure de la France par la Commission européenne relative à la transposition de la directive n° 2011/92/UE du 13 décembre 2011 concernant l'évaluation des incidences de certains projets publics et privés sur l'environnement, un décret portant diverses réformes en matière d'évaluation environnementale et de participation du public dans le domaine de l'environnement a été adopté le 29 juin 2021⁷⁷. Ce texte a aussi pour but de finaliser les mesures d'adaptation de la loi n° 2019-1147 du 8 novembre 2019 relative à l'énergie et au climat et du décret n° 2020-844 du 3 juillet 2020 relatif à l'autorité environnementale et à l'autorité chargée de l'examen au cas par cas⁷⁸.

830. Cependant, la question n'est pas tout à fait close car la clause filet n'apparaît pas clairement dans le décret de 2021. C'est pourquoi le 13 octobre 2021, un décret est pris en application de l'article 40 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification

incidences notables sur l'environnement, notamment en raison de leur nature, de leurs dimensions ou de leur localisation, soient soumis à une procédure de demande d'autorisation et à une évaluation en ce qui concerne leurs incidences ».

⁷⁴ J-C. ROTOULLIÉ, « Évaluation environnementale et « clause filet », Note sous CE, 15 avril 2021, n° 425424, Associations France Nature Environnement et France Nature Environnement Allier, Lebon », *Revue de droit immobilier* 2021, p. 336.

⁷⁵ *ibid.* L'auteur cite pour exemple CJCE, 20/11/2008, *Commission contre Irlande*, n° C-66/06, ECLI:EU:C:2008:637, Rec. I-00158.

⁷⁶ CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 15 avr. 2021, *Association France Nature Environnement (FNE) et Association France Nature Environnement Allier*, *op. cit.*

⁷⁷ Décret n° 2021-837 du 29 juin 2021 portant diverses réformes en matière d'évaluation environnementale et de participation du public dans le domaine de l'environnement. Voir à ce sujet J-M. PASTOR, « Correctifs sur la procédure d'évaluation environnementale », *Actualité juridique en droit administratif* 2021, p. 1359.

⁷⁸ J-M. PASTOR, « Correctifs sur la procédure d'évaluation environnementale », *ibid.*

de l'action publique. Ce décret⁷⁹ élargit les cas où une évaluation environnementale est nécessaire, par exemple en cas de révision d'un Plan local d'urbanisme⁸⁰.

831. Pour les cas non concernés par les études d'impact qui viennent d'être présentées, une étude d'incidence environnementale a été introduite par le décret du 26 janvier 2017⁸¹. Prévue par l'article R181-14 du Code de l'environnement, l'étude d'incidence environnementale doit être proportionnée à l'importance du projet et à son incidence prévisible sur l'environnement. Parmi les critères à respecter fixés par le décret de 2017, l'étude d'incidence environnementale doit présenter « *les mesures envisagées pour éviter et réduire les effets négatifs notables du projet sur l'environnement et la santé, les compenser s'ils ne peuvent être évités ni réduits et, s'il n'est pas possible de les compenser, la justification de cette impossibilité*⁸² ».

b) La question sanitaire encore cantonnée au rang d'accessoire

832. Si l'évaluation environnementale donne incontestablement une place aux incidences sanitaires des projets menés, elle reste avant tout, comme son nom l'indique, une évaluation des incidences environnementales des projets. Une évaluation « environnementale et sanitaire » aurait sans doute été bien différente.

i. Une articulation floue entre incidences sanitaires et environnementales

833. Les répercussions des projets sur la santé doivent apparaître dans les évaluations environnementales. Cependant on peut s'interroger sur l'articulation des questions environnementales et sanitaires : dans les textes, elles sont en effet tantôt associées, tantôt dissociées. La santé semble parfois incluse dans la notion d'environnement, tandis qu'elle est d'autres fois citée explicitement, indépendamment de celui-ci. D'une phrase à l'autre, parfois dans le même paragraphe, le législateur passe aléatoirement des « *incidences notables potentielles du projet sur l'environnement* » aux « *incidences du projet sur l'environnement ou la santé* ».

⁷⁹ Décret n° 2021-1345 du 13 octobre 2021 portant modification des dispositions relatives à l'évaluation environnementale des documents d'urbanisme et des unités touristiques nouvelles.

⁸⁰ Voir à ce sujet G. HAMEL, « Évaluation environnementale systématique pour les documents d'urbanisme et les UTN », Dalloz Actualité, 20 octobre 2021.

⁸¹ Décret n° 2017-81 du 26 janvier 2017 relatif à l'autorisation environnementale.

⁸² Article R181-14 du Code de l'environnement.

humaine⁸³ ». On peut donc penser que pour que les « incidences sur l'environnement soient évaluées dans leur globalité⁸⁴ », la santé doit faire partie des éléments à prendre en compte.

ii. *La nette prépondérance des considérations environnementales*

834. Même plus de quarante ans après le décret n° 77-1141 du 12 octobre 1977⁸⁵, on constate une persistance de la primauté des enjeux environnementaux sur les enjeux sanitaires. En effet, le décret de 1977 prévoyait déjà une étude d'impact pour certains travaux et projets d'aménagement entrepris par une collectivité publique. L'étude avait une orientation avant tout environnementale. Les enjeux d'« hygiène » et de « salubrité publique » pouvaient apparaître de façon optionnelle⁸⁶.

835. En l'état actuel du droit, dans le Chapitre II du Code de l'environnement intitulé « *Évaluation environnementale*⁸⁷ », « les incidences du projet sur l'environnement⁸⁸ » reviennent plus d'une trentaine de fois, tandis que « les incidences du projet sur l'environnement ou la santé humaine » n'apparaissent que trois fois dans tout le chapitre. Or on sait que pour une véritable application de la « santé dans toutes les politiques », la santé ne peut conserver un tel statut annexe. Plutôt que d'être associée à la question environnementale, il faudrait que la santé soit centrale dans un dispositif d'évaluation qui lui serait propre.

836. L'évaluation environnementale aboutit plutôt à l'« *évaluation de l'impact du projet sur un nombre limité de déterminants environnementaux de la santé (air, eaux, sols, bruit)* » et non à la « *prise en compte des enjeux de santé au sens large [...] incluant les notions de bien-être physique et mental et de qualité de*

⁸³ Article L122-1-1 du Code de l'environnement.

⁸⁴ Article L122-1 du Code de l'environnement.

⁸⁵ Décret n° 77-1141 du 12 octobre 1977 pris pour l'application de l'article 2 de la loi n° 76629 du 10 juillet 1976 relative à la protection de la nature.

⁸⁶ Article 2 du décret : « *L'étude d'impact présente successivement :*

1° Une analyse de l'état initial du site et de son environnement, portant notamment sur les richesses naturelles et les espaces naturels agricoles, forestiers, maritimes ou de loisirs, affectés par les aménagements ou ouvrages ;

2° Une analyse des effets sur l'environnement, et en particulier sur les sites et paysages, la faune et la flore, les milieux naturels et les équilibres biologiques et, le cas échéant, sur la commodité du voisinage (bruits, vibrations, odeurs, émissions lumineuses), ou sur l'hygiène et la salubrité publique ».

⁸⁷ Articles L122-1 à L122-14, Titre II du Livre 1^{er} du Code de l'environnement.

⁸⁸ Ou autre formule similaire. Nous avons exclu de notre décompte les utilisations du terme « évaluation environnementale ».

vie, au travers d'une étude systématique de l'ensemble des déterminants de la santé, ce que tendent à instaurer les études d'impact en santé⁸⁹».

837. Soulignons malgré tout que l'article R122-4 du Code de l'environnement prévoit la consultation par l'autorité compétente, pour les aspects liés à la santé humaine, du ministre chargé de la Santé pour les projets susceptibles d'avoir des incidences notables sur l'environnement et la santé humaine au-delà du territoire d'une seule région, et du directeur général de l'agence régionale de santé pour les autres projets⁹⁰.
838. La France n'a pas saisi l'occasion fournie par les études d'impact pour faire avancer l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Cela aurait pu aussi être une façon pour le régime sanitaire français de se démarquer du droit de l'Union européenne, au niveau de laquelle la santé est absente de nombreuses études d'impact également⁹¹.

§ 2) La prise en compte incomplète des considérations sanitaires dans l'évaluation des politiques publiques

839. Selon le Conseil d'État, l'évaluation *« consiste à mesurer, observer et analyser les effets d'une politique publique, dès sa conception, pendant ou après sa mise en œuvre, pour produire des connaissances et permettre aux citoyens et aux acteurs publics de porter un jugement de valeur sur cette politique, avant de décider de façon éclairée. Elle ne porte pas uniquement sur les résultats de la politique évaluée, tels que le nombre de logements construits si l'on évalue la politique de logement social, mais sur ses effets, qui*

⁸⁹ Haut Conseil de la Santé Publique, Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements, *op. cit.*

⁹⁰ Là où l'article L122-1 reste vague et donne une nature optionnelle à la consultation des autorités sanitaires : *« Lorsqu'un projet est soumis à évaluation environnementale, le dossier présentant le projet comprenant l'étude d'impact et la demande d'autorisation déposée est transmis pour avis à l'autorité environnementale ainsi qu'aux collectivités territoriales et à leurs groupements intéressés par le projet ».*

⁹¹ Voir à ce sujet M. KOIVUSALO, « The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls », *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010, n° 64, p. 500-503 ; mais aussi K.E. SMITH *et al.*, « "Working the system" - British American Tobacco's Influence on the European Union Treaty and Its Implications for Policy: an analysis of internal tobacco industry documents », *Plos Medicine* 2010, Vol. 7, n° 1, où l'on peut voir comment l'industrie du tabac s'immisce dans les études d'impact pour maximiser les impacts économiques et minimiser les impacts sanitaires, ainsi que T. STAHL, « Is health recognized in the EU's policy process? An analysis of the European Commission's impact assessments », *European Journal of Public Health* 2010, Vol. 20, n° 2, p. 176-181.

dépassent largement la focale quantitative, et s'efforce d'identifier les causes et modalités qui ont produit ces effets⁹² ».

840. L'évaluation des politiques publiques est faite à plusieurs niveaux. L'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, créé en 1983 par la loi n° 83-609 portant création d'une délégation dénommée office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et techniques, est chargé d'informer le Parlement sur les conséquences des choix de nature scientifique ou technologique⁹³. Cet organe commun au Sénat et à l'Assemblée nationale analyse un nombre croissant de rapports portant sur la santé publique, par exemple ceux issus de l'Autorité de sûreté nucléaire et de l'Agence de la biomédecine⁹⁴. Cela peut sans doute compenser en partie la courte existence puis la disparition de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et supprimé par la loi n° 2009-689 du 15 juin 2009.
841. À l'extérieur du cadre parlementaire, la Cour des comptes et le Conseil économique, social et environnemental ont un rôle de plus en plus important en matière d'évaluation des politiques publiques (A). Depuis la réforme constitutionnelle de 2008, en vertu de l'article 47-2 de la Constitution, la Cour des comptes est compétente pour réaliser des évaluations de politiques publiques demandées par le Parlement⁹⁵. S'agissant du Conseil économique, social et environnemental, il remplit cette fonction sans qu'un texte spécifique le lui attribue. D'autres organismes sont également compétents et mobilisés pour réaliser de telles évaluations, notamment l'Inspection générale des affaires sociales (B).

⁹² Conseil d'État, Conduire et partager l'évaluation des politiques publiques, Étude annuelle 2020.

⁹³ X. BIOY, « La santé dans la séparation des pouvoirs », *Revue de droit sanitaire et social* 2021, p. 43.

⁹⁴ *ibid.*

⁹⁵ Article 47-2 de la Constitution : « La Cour des comptes assiste le Parlement dans le contrôle de l'action du Gouvernement. Elle assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de l'exécution des lois de finances et de l'application des lois de financement de la sécurité sociale ainsi que dans l'évaluation des politiques publiques. Par ses rapports publics, elle contribue à l'information des citoyens » ;

Article 24 de la Constitution : « Le Parlement vote la loi. Il contrôle l'action du Gouvernement. Il évalue les politiques publiques. [...] ».

A) Les évaluations par la Cour des comptes et par le Conseil économique, social et environnemental

842. Parmi les évaluations récentes de politiques publiques, la Cour, avec le concours de quatre chambres régionales des comptes, a conduit l'évaluation d'un des objectifs principaux de la politique de la ville : l'attractivité des quartiers prioritaires, sur la période 2008-2018⁹⁶. La politique de la ville est une politique publique qui vise à réduire les écarts entre les quartiers urbains défavorisés et les autres quartiers des mêmes agglomérations en améliorant les conditions de vie de leurs habitants. La Cour des comptes a évalué l'attractivité de cette politique publique en prenant en compte trois dimensions de la vie quotidienne : le logement, l'éducation et l'activité économique⁹⁷.
843. La Cour des comptes précise dans son rapport que *« malgré leur importance, les politiques de transport, d'emploi et de santé n'ont pas été analysées en tant que telles, mais elles ont nécessairement été prises en compte dans l'analyse des perceptions et des comportements dans les huit quartiers étudiés »*. Si elle a le mérite de préciser la démarche choisie et l'exclusion de certains enjeux, dont celui de la santé, on peut tout de même regretter ce choix et souligner que la prétendue prise en compte de la santé *« dans l'analyse des perceptions et des comportements »* n'apparaît absolument pas dans le rapport. Peuvent se rapprocher des enjeux de santé les considérations liées à la qualité de vie, par exemple ce qui touche au *« rapport direct à l'espace physique et social du quartier (état du bâti, le type de population présent, le sentiment de sécurité, etc.) mais aussi aux liens affectifs et aux modes de vie (solidarités de proximité, vie communautaire*⁹⁸ ».
844. Le Conseil économique, social et environnemental a, quant à lui, dressé le bilan de la loi pour la reconquête de la biodiversité, de la nature et des paysages adoptée en 2016⁹⁹. Il a cherché à savoir si, près de quatre ans après sa promulgation, cette loi a commencé à

⁹⁶ Cour des comptes, L'évaluation de l'attractivité des quartiers prioritaires, Une dimension majeure de la politique de la ville, Rapport public thématique, Évaluation d'une politique publique, Décembre 2020, 169 p.

⁹⁷ L'évaluation visait à répondre à quatre questions évaluatives : La politique de la ville prend-elle en compte les facteurs qui affectent l'attractivité des quartiers Politiques de la ville (QPV) ? L'attractivité des QPV s'est-elle améliorée entre 2008 et 2018 ? Dans quelle mesure les dispositifs publics ont-ils contribué à cette évolution ? L'articulation entre la politique de la ville et les autres interventions des services publics a-t-elle permis de renforcer l'attractivité des QPV ?

⁹⁸ Cour des comptes, L'évaluation de l'attractivité des quartiers prioritaires, Une dimension majeure de la politique de la ville, *op. cit.*

⁹⁹ La loi n° 2016-1087 pour la reconquête de la biodiversité, de la nature et des paysages a été promulguée le 8 août 2016.

produire ses effets et si elle répond aux attentes des multiples parties prenantes¹⁰⁰. De façon contradictoire, les impacts de la dégradation de la biodiversité sur la santé humaine sont présentés de façon marginale dans ce rapport. Ce dernier fait certes référence aux résultats alarmants publiés par des experts des Nations Unies sur la biodiversité qui mettent en lumière les risques pour la sécurité alimentaire, la santé et la qualité de vie des populations dans l'état actuel de dégradation de la nature. Mais aucune section n'est consacrée à la question de la santé *stricto sensu*.

B) Les évaluations par d'autres organismes

845. Parmi les autres acteurs de l'évaluation, on compte les corps d'inspection – par exemple l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (1°), l'Inspection générale de l'administration (IGA) (2°) mais aussi l'Insee et le service statistique public, France stratégie, les collectivités territoriales, les universités, les organismes de recherche, les cabinets privés¹⁰¹.

1°) Exemples d'évaluations par l'Inspection générale des affaires sociales

846. L'IGAS a rendu un rapport en décembre 2019 sur l'évaluation de la loi du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées. Cette loi a été élaborée pour traiter le système prostitutionnel dans sa globalité, en particulier pour renforcer la lutte contre le proxénétisme, conforter l'engagement abolitionniste de la France, en abrogeant le délit de racolage, améliorer la prise en charge des personnes victimes de prostitution, de proxénétisme ou de traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle, prévenir les infections sexuellement transmissibles ainsi que les autres risques sanitaires, sociaux et psychologiques liés à la prostitution, etc¹⁰². L'accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution est pleinement pris en compte dans ce rapport. Il y est rappelé que ces personnes sont exposées à des risques sanitaires importants : maladies infectieuses, maladies psychiatriques,

¹⁰⁰ A. BOUGRAIN DUBOURG, P. FERREY, Bilan de la loi pour la reconquête de la biodiversité, de la nature et des paysages, Avis du Conseil économique, social et environnemental au nom de la Section de l'environnement, 23 septembre 2020, 106 p.

¹⁰¹ Conseil d'État, Conduire et partager l'évaluation des politiques publiques, *op. cit.*

¹⁰² Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, Inspection générale de la justice, Évaluation de la loi du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées, Décembre 2019, 238 p.

maladies cardiovasculaires et respiratoires. Dans ce rapport, les violences physiques sont présentées séparément des aspects sanitaires. Il y est également souligné que la France manque de données nationales récentes sur l'état de santé des personnes prostituées, données qui seraient nécessaires pour mieux connaître les pathologies auxquelles celles-ci sont confrontées, afin d'améliorer leur état de santé.

847. Parmi les vingt-deux recommandations formulées par l'IGAS pour renforcer la mise en œuvre de cette loi, la santé fait l'objet de deux recommandations, à commencer par la nécessité d'élaborer un dispositif de collecte, d'analyse et de publication de données épidémiologiques sanitaires et sociales pour les personnes qui se prostituent. Ce dispositif serait placé sous l'autorité de la Direction générale de la Santé. L'IGAS recommande également de garantir l'accès aux soins pour les personnes prostituées en augmentant le temps médical et paramédical des services concernés (par exemple l'infectiologie, la gynécologie), en recrutant des personnels dédiés et en assurant des actions communes d'éducation à la santé entre associations et professionnels de santé¹⁰³. Une autre recommandation, qui ne concerne pas la question de la santé, tient néanmoins compte de l'aspect sanitaire, car elle incite à « *anticiper et sécuriser le financement des associations, notamment en développant les contrats pluriannuels d'objectifs correspondant aux besoins d'accompagnement sanitaire et social*¹⁰⁴ ».
848. En tenant compte des enjeux d'égal accès aux soins, de prévention et d'amélioration de la santé qui sont posés par la loi du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées, l'IGAS fait une application concrète de l'approche « santé dans toutes les politiques ».
849. Les conséquences sur la santé sont également prises en compte dans le rapport d'évaluation économique de l'expérimentation territoriale visant à résorber le chômage de longue durée, établi par l'Inspection générale des finances et l'IGAS, rendu en octobre 2019¹⁰⁵.

¹⁰³ *ibid.*

¹⁰⁴ *ibid.*

¹⁰⁵ Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, Rapport d'évaluation économique de l'expérimentation territoriale visant à résorber le chômage de longue durée, Octobre 2019, 168 p.

2°) Exemples d'évaluation par l'Inspection générale de l'administration et le Conseil général de l'environnement et du développement durable

850. L'IGA et le Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD) ont conduit en 2020 une évaluation du dispositif des programmes d'actions de prévention des inondations (PAPI) et de l'efficacité de sa mise en œuvre. Les PAPI, lancés en 2002, promeuvent une gestion des risques d'inondation partagée entre les différents acteurs publics pour « *réduire leurs conséquences dommageables sur la santé humaine, les biens, les activités économiques et l'environnement*¹⁰⁶ ». Cependant, le rapport précise que l'élaboration des PAPI implique de prendre en compte les enjeux d'urbanisme et d'environnement, mais ne parle pas d'enjeux sanitaires, alors qu'ils ont pourtant des liens avec les deux premiers. Les enjeux sanitaires liés aux risques d'inondations sont multiples. On y trouve une allusion dans le rapport de l'IGA et du CGEDD mais celle-ci se rapporte davantage à la question de la sécurité des personnes qu'à leur santé¹⁰⁷. Les cas d'anxiété et de différents traumatismes psychologiques qui peuvent résulter des risques d'inondations et de ce type de catastrophes ne sont pas évoqués.
851. En ce qui concerne les enjeux environnementaux, le rapport fait état d'une forte réticence des porteurs de PAPI à mener une évaluation environnementale pour leurs projets du fait de la lourdeur administrative et des délais qu'implique ce genre d'évaluation¹⁰⁸. En l'absence de système similaire d'évaluation sanitaire, on peut comprendre, dans ce contexte, que les acteurs concernés ne se prêtent pas à une évaluation des implications sanitaires de leurs projets. Les auteurs du rapport n'ont pas non plus cherché à développer cette question.

¹⁰⁶ Inspection générale de l'administration, Conseil général de l'environnement et du développement durable, Évaluation du dispositif des programmes d'actions de prévention des inondations (PAPI) et de l'efficacité de sa mise en œuvre, Rapport CGEDD n° 012877-01, IGA n° 19053R, 12 février 2020, 122 p.

¹⁰⁷ « Certains élus estiment qu'il doit y avoir une claire hiérarchisation entre les enjeux prioritaires de sécurité des personnes et des biens, et les enjeux relatifs aux espèces, aux milieux et aux paysages. À plusieurs reprises, la mission a entendu l'affirmation selon laquelle, au sein du PAPI, il devrait être clairement réaffirmé que la vie d'un homme vaut plus que celle d'un petit animal » ou d'une « petite fleur » » (ibid).

¹⁰⁸ « La mission note que l'option d'une évaluation environnementale, au sens de la directive communautaire de 2001, a été écartée par la DGPR qui se fonde sur un arrêt du Conseil d'État (décision n° 360212 du 26 juin 2015) qui mentionne les PAPI dans une liste de plans programmes non soumis à évaluation environnementale. Lors de ses échanges avec des porteurs de PAPI, elle a pu constater que si certains, minoritaires, semblent être acquis à la logique de l'évaluation environnementale dès lors qu'il est précisé par l'État le meilleur niveau pour mener une telle évaluation environnementale (sans redondance au niveau du projet), une grande majorité y voit une contrainte insupportable et un repoussoir, plus encore si cela implique un avis d'autorité environnementale, dès lors que l'étude d'impact est, soit obligatoire, soit fait l'objet d'une décision au cas par cas au niveau du projet ».

Section 2. L'adhésion timide du cadre juridique français à la notion d'intersectorialité

852. Une des idées clés de la « santé dans toutes les politiques » est de créer des synergies entre le secteur de la santé et les autres secteurs d'activité, dans un modèle « gagnant-gagnant ». La synergie, action coordonnée d'éléments qui concourent à une finalité¹⁰⁹, n'est pas une notion juridique, ce qui ne signifie pas que l'on puisse procéder entièrement sans cadre juridique pour créer des synergies. Dans le cadre de la « santé dans toutes les politiques », des outils juridiques peuvent contribuer à un rapprochement entre différents secteurs. La notion de « secteur » peut ici être entendue de façon élargie. Nous souhaitons inclure ici les nombreux enjeux de société déjà mentionnés : économie, éducation, protection de l'environnement, affaires sociales, logement, etc., tous pris en compte par des politiques publiques. À chaque enjeu, des intérêts variés. À notre sens, produire un « effet unique¹¹⁰ » revient à identifier des intérêts qui vont dans le même sens, ou s'il n'y en a pas encore, à encourager une convergence de ces différents intérêts.
853. Créer des synergies entre les intérêts sanitaires et les autres implique donc un travail d'articulation ou de conciliation entre différents intérêts. Or, cette mission fait pleinement partie des prérogatives du législateur et du juge. Toutefois, nous verrons que ces tentatives sont limitées et que la production de synergies reste difficile. En effet, même le terme de conciliation comporte des limites : le Professeur Rainaud précise qu'en droit, *« le symbole de l'équilibre est la balance. Le juge soupèse les arguments, puis il tranche et met fin aux contradictions (le jugement c'est le plateau qui penche d'un côté). Il ne juge pas à moitié. S'il cherche à concilier, en fin de compte l'un des plateaux prend le dessus sur l'autre¹¹¹ »*.

¹⁰⁹ Centre national de ressources textuelles et lexicales, <https://www.cnrtl.fr/definition/synergie> [consulté le 30/06/2021].

¹¹⁰ Une synergie est aussi définie comme la « mise en commun de plusieurs actions concourant à un effet unique et aboutissant à une économie de moyens » (*Dictionnaire Larousse*, Larousse, 2018, 1088 p.).

¹¹¹ J.-M. RAINAUD, « Le principe d'équilibre : la diagonale du flou », *L'actualité juridique droit administratif* 2021, p. 25.

854. Sur le plan juridique, nous souhaitons aussi inclure la notion d'équilibre, terme de plus en plus utilisé par le législateur voire par le juge¹¹², et dont on peut interroger la proximité avec la notion de conciliation. Bien que « *le droit administratif semble ignorer le terme d'équilibre*¹¹³ » à part en matière comptable et financière, il semble que le principe d'équilibre se réaffirme peu à peu en droit positif. On parle ici d'une réaffirmation car dès l'origine, comme l'a écrit le Professeur Hauriou, l'équilibre a été vu comme « *le but du droit*¹¹⁴ ». En effet, « *le système juridique équilibre l'un par l'autre la société et l'individu*¹¹⁵ ». Autrement dit, maintenir l'équilibre du système juridique est l'un des attributs substantiels de tout droit, et correspond à ce que le Professeur Chevallier appelle la régulation¹¹⁶.
855. Le Professeur Rainaud considère que l'équilibre trouve ses racines dans les récents textes législatifs relatifs à l'urbanisme et à l'environnement¹¹⁷. Selon cet auteur, l'équilibre consiste « *non pas à trancher entre deux règles de droit mais à les concilier sans donner obligatoirement priorité à la règle supérieure*¹¹⁸ ». L'utilisation du verbe « concilier » peut poser difficulté ici eu égard à ce que le Professeur suggérait précédemment sur le déséquilibre inévitable de la balance en cas de conciliation¹¹⁹. Il s'agit donc de faire preuve de prudence face à ces notions encore débattues en droit.
856. Selon le doyen Hauriou, dont les propos portent sur le droit en termes généraux et notamment sur la distinction entre ce qu'il nommait le droit social – qui porte les intérêts de la société - et le droit individualiste, « *les équilibres sont pour réaliser de l'ordre dans le mouvement ; ils sont établis à l'intérieur d'un système social en marche vers des transformations ; ils sont [...] pour régulariser la marche, obtenir un mouvement uniforme, ralentir la vitesse, économiser l'énergie propre du système, lui procurer à la fois de la durée et de l'organisation, mais le système social est en mouvement [...] du moment que le mouvement est nécessaire, et un mouvement d'ensemble, un mouvement ordonné, il ne*

¹¹² *ibid.*

¹¹³ *ibid.*

¹¹⁴ M. HAURIOU, *Principes de droit public*, Réimpression de l'édition de 1910, Dalloz, 2010, 760 p.

¹¹⁵ *ibid.*

¹¹⁶ J. CHEVALLIER, « La régulation juridique en question », *Droit et société* 2001, Vol. 3, n° 49, p. 827-846.

¹¹⁷ J.-M. RAINAUD, Le principe d'équilibre : la diagonale du flou, *op. cit.*, notamment : « *Un texte fondamental est venu bouleverser notre vision politique de la société : la Charte de l'environnement qui proclame dans son article 1^{er} que « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ». La combinaison de cet article avec l'article 5 permet d'affirmer la reconnaissance d'un principe nouveau : le principe d'équilibre qui se situe dans le prolongement du principe de précaution et du principe de sécurité. Le principe d'équilibre est le plus important dans la mesure où il commande les deux autres* ».

¹¹⁸ *ibid.*

¹¹⁹ Voir page précédente.

*faut pas que toutes les forces du système soient absorbées par les équilibres au point de se neutraliser ; il en faut une qui domine les résistances qui lui sont opposées, qui triomphe des poids et des contrepoids et qui entraîne dans son propre déroulement le système tout entier*¹²⁰ ».

857. Le doyen Hauriou ajoutait que « *le mouvement équilibré [...] d'une part [...] respecte l'individualité et même l'autonomie relative de chacun des éléments composants ; d'autre part, il assure l'unité du système par la domination de l'une des forces qui, cependant, est contrebutée par les autres*¹²¹ ». L'équilibre ne consiste pas seulement en une juxtaposition de forces¹²².
858. Retenons que face à une situation d'opposition, de différence, de contrariété, l'équilibre « *a pour objectif d'établir un rapport de compatibilité, d'éviter la rupture*¹²³ ». Par analogie, notons qu'en droit de la Convention européenne des droits de l'Homme, le principe de proportionnalité appliqué par la Cour européenne pour veiller à la protection des droits fondamentaux consiste à vérifier que le « *juste équilibre* » entre différents intérêts n'a pas été rompu¹²⁴.
859. Dans la même veine, nous pensons que la « *mise en compatibilité* » et la « *prise en compte* »¹²⁵, telles que citées par le Professeur Rainaud, s'inscrivent toutes deux en cohérence avec l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Dans ce cadre, l'image de la balance, souvent emblématique du droit, disparaît au profit d'un mobile de Calder¹²⁶. Pour toutes ces raisons, la description de l'équilibre en droit nous paraît compatible avec la recherche de convergences entre les intérêts sanitaires et ceux d'autres domaines.
860. Sur le plan politique, à défaut de réelles synergies, nous accorderons une place importante à la notion d'intersectorialité. Nous rechercherons les mécanismes qui permettent un

¹²⁰ M. HAURIOU, *Principes de droit public*, op. cit.

¹²¹ *ibid.*

¹²² *ibid.*

¹²³ J-M. RAINAUD, « Le principe d'équilibre : la diagonale du flou », op. cit., où l'auteur s'appuie sur les propos de Charles EISENMANN.

¹²⁴ L. FRANÇOIS, « Les droits nationaux de la liberté d'expression et le principe européen de proportionnalité », *Légicom* 2014, p. 101.

¹²⁵ Voir J-M. RAINAUD, *Le principe d'équilibre : la diagonale du flou*, op. cit., où l'auteur explique notamment que « *Subjectivité, opportunité ne sont pas absentes de ces contentieux. Les situations sont quelquefois plus complexes, par exemple, lorsqu'un texte ne parle plus d'équilibre mais seulement de prise en compte. Jean-Claude Bonichot a montré combien la distinction de la compatibilité et de l'incompatibilité est délicate mais elle traduit une vision nouvelle du droit (RFDA 1994. 583). C'est en raisonnant de façon globale, en examinant les textes et leur finalité dans leur ensemble que les juges se sont prononcés sur la compatibilité* ».

¹²⁶ *ibid.*

rapprochement de différents enjeux sans nécessairement produire d'effet unique ni d'économie de moyens. À ce titre, nous voyons l'intersectorialité comme une étape vers la synergie. Viser l'intersectorialité est en somme moins ambitieux que la synergie mais sans doute plus réaliste. Nous verrons en effet qu'en présence de questions de différentes natures, dont la santé, c'est souvent finalement un arbitrage qui est opéré, c'est-à-dire un choix entre deux options souvent très opposées, et non un réel rapprochement.

861. Le législateur et le juge contribuent à ce qu'une approche intersectorielle ou équilibrée soit adoptée dans la mise en œuvre des politiques et dans la résolution des conflits (§ 1), *a fortiori* dans un contexte de sensibilisation progressive à l'importance de l'approche transversale des politiques publiques et notamment en matière sanitaire (§ 2).

§ 1) Illustration par des exemples dans la loi et la jurisprudence

862. La crise du covid-19 l'a cruellement montré : une épidémie peut bouleverser l'équilibre économique et social d'une société. Tous les secteurs sont impactés par la maladie et les mesures prises pour la combattre : les transports, le tourisme, le commerce, la restauration, la culture, l'éducation, etc. Dans cette situation où la santé a joué le rôle de la première pièce dans la chute d'une rangée de dominos, le législateur et le juge sont au premier rang pour agir. Dans des cas moins extrêmes, la question des vases communicants entre la santé et d'autres secteurs se pose également, au moment d'écrire la loi (A) et lors de son application (B).

A) L'action ambiguë du législateur en faveur d'un rapprochement entre les questions sanitaires et les autres

863. L'interdisciplinarité est une caractéristique inhérente au droit de la santé, en veut pour preuve le Code de la santé publique, riche de liens avec d'autres codes¹²⁷. Cette

¹²⁷ De nombreux articles du Code de la santé publique renvoient à d'autres codes. Ainsi, le Code de la santé publique se réfère au Code pénal (317 occurrences), au Code de la sécurité sociale (315) ; au Code du travail (157) ; au Code de l'environnement (94) ; au Code civil (77) ; au Code rural et de la pêche maritime (55) ; au Code de l'éducation (55) ; au Code de la consommation (41) ; au Code de justice administrative (24) ; au Code général des collectivités territoriales (21) ; et au Code du patrimoine (2).

interdisciplinarité qui existe de longue date¹²⁸ peut être vue comme un terrain favorable à l'accueil de l'approche « santé dans toutes les politiques » en droit français. Le droit de l'environnement et le droit de la consommation sont des droits par nature liés à la santé¹²⁹. Il existe donc une volonté de créer des synergies (1°) mais également des freins à cette tendance (2°).

1°) La volonté de créer des synergies

864. Des efforts sont réalisés pour que différents enjeux convergent dans la mise en œuvre des différentes politiques. Lors des débats parlementaires préalables à l'adoption de la loi du 9 février 2015 relative à la sobriété, à la transparence, à l'information et à la concertation en matière d'exposition aux ondes électromagnétiques, dite « Loi Abeille »¹³⁰, il a été affirmé que « *l'objectif recherché par cette proposition de loi est bien de concilier le développement des nouvelles technologies, la couverture du territoire par celles-ci et la qualité de service attendue par nos concitoyens avec la nécessaire protection de notre santé et de notre environnement*¹³¹ ».
865. Très peu de temps après, la loi du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte¹³², dans son Titre 1, exprime la volonté de trouver des « *objectifs communs* » afin de « *réussir la transition énergétique, renforcer l'indépendance énergétique et la compétitivité économique de la France, préserver la santé humaine et l'environnement et lutter contre le changement climatique* ». Dans son Titre 3, elle entend conjuguer la protection de la santé avec d'autres enjeux : « *développer les transports propres pour améliorer la qualité de l'air et protéger la santé* ». Cette loi prévoit également une véritable prise en compte de la santé dans la politique environnementale, dans la mesure où un plan national de réduction des émissions de polluants atmosphériques doit être arrêté par le ministre chargé de l'environnement « *afin d'atteindre ces objectifs en prenant en compte les enjeux sanitaires et économiques*¹³³ ».

¹²⁸ Voir Chapitre 1 (Partie 2).

¹²⁹ X. BIOY, A. LAUDE, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, 4^{ème} édition, Presses universitaires de France, Thémis, 2020, 689 p.

¹³⁰ Loi n° 2015-136 du 9 février 2015 relative à la sobriété, à la transparence, à l'information et à la concertation en matière d'exposition aux ondes électromagnétiques.

¹³¹ Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 23 janvier 2014, *JORF* du 24 janvier 2014.

¹³² Loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte.

¹³³ Chapitre IV : Mesures de planification relatives à la qualité de l'air, Article 64 de la loi.

866. En 2018, lors des débats parlementaires sur la loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous¹³⁴, il a été suggéré qu'à l'hôpital, des patients qui reçoivent une bonne alimentation peuvent sortir plus vite, ce qui permet de réaliser des économies ; d'aucuns ont préconisé que l'éducation des enfants à la nutrition soit mise en place à l'école¹³⁵. L'existence d'un lien vertueux est donc reconnue entre alimentation, santé publique, viabilité financière du système de santé, et éducation nationale. Cette même loi de 2018 modifie l'article L1 du Code rural et de la pêche maritime, qui présente les nombreux objectifs de la politique en faveur de l'agriculture, de l'alimentation et de la pêche maritime dont le premier est : *« assurer à la population l'accès à une alimentation sûre, saine, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante, produite dans des conditions économiquement et socialement acceptables par tous, favorisant l'emploi, la protection de l'environnement et des paysages et contribuant à l'atténuation et à l'adaptation aux effets du changement climatique »*.

867. La loi n° 2019-1428 du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités prévoit dans son article 1, parmi ses objectifs, *« le développement de l'usage des mobilités les moins polluantes et des mobilités partagées au quotidien, afin de renforcer la dynamique de développement des transports en commun, les solutions de mobilité quotidienne alternatives à la voiture individuelle et les mobilités actives au bénéfice de l'environnement, de la santé, de la sécurité et de la compétitivité »*.

2°) Des velléités freinées par une méthode défectueuse

868. L'exemple du droit de l'environnement nous incite à être prudents sur l'importance de ces synergies. L'articulation entre protection de la santé et droit de l'environnement est parfois ambiguë. On constate l'existence en droit environnemental d'un flux normatif composé de droit dur et de droit souple et prenant pour première préoccupation la santé. C'est bien sûr encourageant, mais cela ne reflète pas l'idée initiale de la « santé dans toutes les politiques ».

869. Même dans des textes résolument présentés comme représentant une avancée pour le droit de l'environnement, on retrouve des préoccupations liées à la santé. La loi de

¹³⁴ Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous.

¹³⁵ Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Deuxième séance du 25 mai 2018, *JORF* du 26 mai 2018.

programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement¹³⁶ prévoit dans son article 42, parmi d'autres mesures comme la mise en place d'un dispositif de surveillance et de mesure des ondes électromagnétiques menées par des organismes indépendants accrédités, la présentation au Parlement, par le Gouvernement, d'une synthèse des études scientifiques relatives aux effets des champs électromagnétiques sur la santé avant la fin de l'année 2009¹³⁷. La question de la santé est bien centrale dans les préoccupations du législateur à ce moment. Néanmoins, cette volonté n'est pas forcément suivie d'un effet conséquent. À propos de cette même loi, le Conseil d'État, saisi d'un recours contre une autorisation commerciale, a jugé, dans un arrêt du 18 juin 2014, que l'objectif de réduction des émissions de gaz à effet de serre fixé par la loi « Grenelle 1 » du 3 août 2009 est dépourvu de portée normative¹³⁸.

870. De même, la loi du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte¹³⁹, dont le titre annonce clairement le contenu, donne priorité à la protection de la santé humaine, sauf exception¹⁴⁰. Ainsi, son article 1 prévoit que selon l'article L100-1 du Code de l'énergie, la politique énergétique, parmi ses actions, « *préserve la santé humaine et l'environnement*¹⁴¹ ». Pour atteindre les différents objectifs de cette politique, tels que fixés par l'article L100-1, l'article suivant prévoit notamment que « *l'État, en cohérence avec les collectivités territoriales et leurs groupements et en mobilisant les entreprises, les associations et les citoyens,*

¹³⁶ Loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement.

¹³⁷ Article 42 : « *L'État mettra en place un dispositif de surveillance et de mesure des ondes électromagnétiques menées par des organismes indépendants accrédités. Le résultat de ces mesures sera transmis à l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail et à l'Agence nationale des fréquences qui le rendront public. Un décret en Conseil d'État définira les modalités de fonctionnement de ces dispositifs ainsi que la liste des personnes morales pouvant solliciter des mesures et les conditions dans lesquelles elles peuvent les solliciter. Les communes seront associées aux décisions d'implantation d'antennes des opérateurs dans le cadre de la mise en place de chartes locales ou de nouvelles procédures de concertation communales ou intercommunales. Une synthèse des études scientifiques relatives aux effets des champs électromagnétiques sur la santé sera présentée par le Gouvernement au Parlement avant fin 2009* ».

¹³⁸ CE, 18 juin 2014, SAS Sade et autres, n°357400, Inédit : « *La loi du 3 août 2009 énonce notamment l'objectif de réduction des émissions de gaz à effet de serre au niveau national et prévoit également la prise en compte, par le droit de l'urbanisme, de l'objectif de lutte contre la régression des surfaces agricoles et naturelles. De telles dispositions, prises sur le fondement de l'antépénultième alinéa de l'article 34 de la Constitution relatif aux lois de programmation, se bornent à fixer des objectifs à l'action de l'État et sont, dès lors, dépourvues de portée normative. Elles ne peuvent, par suite, être utilement invoquées à l'encontre de la décision attaquée* ».

¹³⁹ Loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte.

¹⁴⁰ Par exemple dans l'article 48 de la loi : « *III. - Le projet d'arrêté, accompagné d'une étude présentant l'objet des mesures de restriction, justifiant leur nécessité et exposant les bénéfices environnementaux et sanitaires attendus de leur mise en œuvre, notamment en termes d'amélioration de la qualité de l'air et de diminution de l'exposition de la population à la pollution atmosphérique, est soumis pour avis, par l'autorité compétente, aux autorités organisatrices de la mobilité dans les zones et dans leurs abords, aux conseils municipaux des communes limitrophes, aux gestionnaires de voirie, ainsi qu'aux chambres consulaires concernées* ».

¹⁴¹ C'est le point 4° de l'article.

veille, en particulier, à [...] assurer l'information de tous et la transparence, notamment sur les coûts et les prix des énergies ainsi que sur l'ensemble de leurs impacts sanitaires, sociaux et environnementaux¹⁴² ». De même, l'article 77 de la loi précise les mesures à suivre lorsqu'un véhicule laissé à l'abandon et stocké sur une propriété privée peut notamment « contribuer à la survenance d'un risque sanitaire grave ou peut constituer une atteinte grave à l'environnement¹⁴³ ». On trouve aussi à l'article 100 de la loi¹⁴⁴, la mention des « risques sanitaires et écologiques » dans le cadre du stockage des déchets, question *a priori* plus environnementale que sanitaire.

871. Alors qu'on peut saluer une certaine accélération du flux autour de 2015 – la loi du 6 février 2014 sur les produits phytopharmaceutiques, dite « loi Labbé »¹⁴⁵ est discutée à l'Assemblée nationale le 23 janvier 2014, le même jour que la « loi Abeille¹⁴⁶ » qui porte sur les ondes électromagnétiques –, on constate une interchangeabilité, voire une confusion, entre les notions de santé et d'environnement. À l'occasion de la discussion de la loi Labbé à l'Assemblée nationale on a pu trouver alternativement dans les débats la nécessité de préserver « l'environnement et la santé », mais aussi l'importance de la « problématique sanitaire et environnementale de l'usage non agricole des pesticides » ainsi que l'objectif de lutter « contre les impacts importants, et aujourd'hui avérés, des produits phytosanitaires sur la biodiversité, l'environnement, la qualité de l'eau et la santé publique¹⁴⁷ ».

872. Le flux continue néanmoins, étoffé également par du droit souple. Sur le plan des nouvelles technologies, au niveau local, les villes signent des chartes avec les opérateurs

¹⁴² C'est le point 6° de l'article.

¹⁴³ Article 77 : « I.- Le code de l'environnement est ainsi modifié : [...] Art. L. 541-21-4. Lorsqu'il est constaté qu'un véhicule stocké sur une propriété privée semble être privé des éléments indispensables à son utilisation normale et semble insusceptible de réparation immédiate à la suite de dégradations ou de vols, et que ce véhicule peut constituer une atteinte grave à la santé ou à la salubrité publiques, notamment en pouvant servir de gîte à des nuisibles susceptibles de générer une telle atteinte, peut contribuer à la survenance d'un risque sanitaire grave ou peut constituer une atteinte grave à l'environnement, le maire met en demeure le maître des lieux de faire cesser l'atteinte à l'environnement, à la santé ou à la salubrité publiques, notamment en remettant le véhicule à un centre de véhicules hors d'usage agréé, dans un délai qui ne peut être inférieur à quinze jours, sauf en cas d'urgence ».

¹⁴⁴ Article 100 : « Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, après concertation avec les parties prenantes, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le principe de réversibilité du stockage, en vue d'assurer le réemploi, le recyclage ou la valorisation des déchets enfouis dans les installations de stockage de déchets. Le rapport fait le point sur les techniques disponibles ainsi que sur les risques sanitaires et écologiques d'une application du principe de réversibilité, à un coût économique raisonnable. Le rapport examine également l'intérêt de ce principe pour la promotion d'une économie circulaire et, le cas échéant, les conditions de réalisation d'expérimentations ».

¹⁴⁵ Loi n° 2014-110 du 6 février 2014 visant à mieux encadrer l'utilisation des produits phytosanitaires sur le territoire national.

¹⁴⁶ Loi n° 2015-136 du 9 février 2015 relative à la sobriété, à la transparence, à l'information et à la concertation en matière d'exposition aux ondes électromagnétiques.

¹⁴⁷ Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 23 janvier 2014, *op. cit.*

téléphoniques. La charte relative à la téléphonie mobile, prise entre la ville de Paris et la Société Bouygues Telecom, la Société française de radiotéléphonie, la Société Orange France SA et la Société Free Mobile, renouvelée en 2017, prend en compte le « *risque sanitaire* » avant « *la préservation de l'environnement*¹⁴⁸ ». En 2019, le rapport officiel sur l'environnement en France, publié tous les quatre ans par le Commissariat général au développement durable du ministère de la Transition écologique et solidaire, place la santé en première ligne.

873. La santé est donc au cœur du droit de l'environnement, à tel point que l'on peut souvent identifier au sein-même de ce droit dédié, une échelle de valeur, où la santé humaine est à un échelon supérieur à l'environnement lui-même. L'objet du droit de l'environnement n'est pas exclusivement l'environnement mais plutôt l'environnement et la santé humaine, car les mesures prises sont souvent justifiées au nom de la santé humaine et non au nom de la protection de la faune ou de la flore. Sur ce constat, il est difficile de concevoir ici un mobile de Calder parfaitement équilibré par les enjeux sanitaires d'un côté et les enjeux environnementaux de l'autre. La balance penche bien souvent d'un côté ou de l'autre.

874. La recherche de l'équilibre entre différents intérêts est bien présente, mais l'accélération du flux que nous constatons surtout à partir de 2015, est ralentie par des courants contradictoires.

B) La démarche inégale du juge dans la conciliation de la santé et d'intérêts divergents

875. Le juge est amené à arbitrer entre les intérêts sanitaires et ceux d'autres natures (1°). En droit administratif, la jurisprudence du bilan nous servira d'illustration (2°).

1°) Le choix entre deux intérêts antagonistes

876. On observe parfois au niveau de la jurisprudence constitutionnelle comme des jurisprudences administrative ou civile, une mise en opposition de différents secteurs : tantôt la santé prime sur un autre objectif, tantôt c'est l'inverse.

¹⁴⁸ Charte relative à la téléphonie mobile, 2017.

877. Le Conseil constitutionnel a fait primer plusieurs fois le principe de protection de la santé publique sur d'autres principes à valeur constitutionnelle¹⁴⁹. Cette manière d'imposer la santé ne permet pas de trouver de « *situation gagnant-gagnant*¹⁵⁰ », ni de synergie, mais affirme plutôt une opposition. Par exemple, dans sa célèbre décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991¹⁵¹, le Conseil constitutionnel a jugé qu'au nom du principe constitutionnel de protection de la santé publique, des restrictions peuvent être apportées à d'autres principes de valeur constitutionnelle comme le droit de propriété ou le droit d'entreprendre¹⁵².
878. Plus récemment, le juge constitutionnel a considéré que la limitation apportée, par la loi du 14 décembre 2020¹⁵³ relative aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire pour les betteraves sucrières, à l'exercice du droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé garanti par l'article 1^{er} de la Charte de l'environnement est justifiée par un motif d'intérêt général et proportionnée à l'objectif poursuivi¹⁵⁴. Cette décision interroge dans la mesure où, en dépit de la toxicité scientifiquement avérée des néonicotinoïdes, le Conseil constitutionnel se borne à reconnaître une simple limitation du droit prévu par l'article 1^{er} de la Charte de l'environnement. Selon lui, il n'y a donc ici violation ni de ce droit environnemental, ni du droit à la protection de la santé.
879. Le Conseil d'État a pour sa part jugé, dans un arrêt de 2012, qu'en application de l'article L3323-2 du Code de la santé publique - selon lequel la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques est interdite à la télévision - un

¹⁴⁹ C. EVIN, « La portée de la définition OMS de la santé », *Revue générale de droit médical* 1999, n° 1, p. 117-128.

¹⁵⁰ Comme l'encourage l'approche « santé dans toutes les politiques ». Voir à ce sujet le Titre 1 (Partie 1).

¹⁵¹ Cons. const., 8 janv. 1991, *Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*, n° 90-283 DC. Sur ce sujet, voir aussi « Le droit constitutionnel à la protection de la santé », in A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, 3^{ème} édition, Presses universitaires de France, Thémis, 2012, 728 p.

¹⁵² Voir aussi à ce sujet M. KRKAC, « La difficile articulation des libertés économiques avec l'objectif constitutionnel de protection de la santé publique », *Revue droit et santé* 2017, n° 75.

¹⁵³ Loi n° 2020-1578 du 14 décembre 2020 relative aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire pour les betteraves sucrières.

¹⁵⁴ Cons. const., 10 déc. 2020, *Loi relative aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire pour les betteraves sucrières*, n° 2020-809 DC. Voir à ce sujet G. WERNERT, « La validation de la loi sur les néonicotinoïdes par le Conseil constitutionnel, Un « vert » à moitié vide ? », *L'actualité juridique droit administratif* 2021, p. 1340.

service de télévision consacré au vin et à la viticulture ne peut pas être autorisé par le Conseil supérieur de l'audiovisuel¹⁵⁵.

880. De même, en 2017, le juge des référés au Conseil d'État, saisi d'une demande de référé-suspension, a privilégié, sur la question de la prescription des activités physiques adaptées, la primauté d'un encadrement médical sur l'intérêt économique¹⁵⁶. Une société d'activités sportives interactives a demandé la suspension de l'exécution des dispositions réglementaires prises pour l'application de l'article L1172-1 du Code de la santé publique. En vertu de cet article issu de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, « *dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret* ». Un décret a été pris pour préciser ces dispositions et dresse la liste limitative des intervenants susceptibles de dispenser une telle activité¹⁵⁷. La société demanderesse, qui n'en fait pas partie, estime qu'en réservant aux seuls professionnels de santé l'intervention auprès de certains patients, le texte menace la pérennité de son activité professionnelle. Sa demande est rejetée. Le juge des référés reconnaît que l'application du décret litigieux peut incontestablement avoir à court terme un effet négatif sur l'activité économique des requérants. Cependant, il retient que l'urgence n'est pas établie, en particulier au regard de l'intérêt que présente l'encadrement des conditions de la prescription, par les médecins traitants, d'une activité physique adaptée, s'agissant surtout des patients souffrant de limitations fonctionnelles sévères. Le juge souligne également le caractère relativement limité de l'exclusivité ainsi donnée aux professionnels de santé pour la dispensation de ces activités, ainsi que les conséquences favorables du développement attendu des prescriptions médicales dans ce domaine pour l'ensemble des patients.

881. Dans certains cas, la protection de la santé publique prime sur d'autres intérêts car elle est présentée comme un intérêt général légitime. Dans un arrêt de la Chambre criminelle du

¹⁵⁵ CE, 5^{ème} - 4^{ème} ss-sect. réunies, 11 juill. 2012, *SARL Media Place Partners c/ Conseil supérieur de l'audiovisuel*, n° 351253, Lebon (Tables).

¹⁵⁶ CE, juge des réf., 10 mai 2017, *Société Visio @ctivités sportives interactives*, n° 409518, Inédit ; voir à ce sujet A. MACRON, « Prescription des activités physiques adaptées : le Conseil d'État privilégie la primauté d'un encadrement médical sur l'intérêt économique », *Revue droit et santé* 2017, n° 79.

¹⁵⁷ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

3 novembre 2010¹⁵⁸, le juge de cassation a considéré que les dispositions de la loi Evin¹⁵⁹ sont une mesure nécessaire à la protection de la santé qui constitue un intérêt général légitime ; le juge reprend ses propos d'un arrêt du 7 mars 2006 affirmant que « *les restrictions ainsi apportées à la liberté d'expression et au droit de propriété des marques sont proportionnées à l'objectif poursuivi* ». De façon similaire, la même Chambre, dans un arrêt du 24 janvier 2012, a considéré que l'article L3511-3 du Code de la santé publique ne méconnaît pas le principe d'égalité et le droit d'expression garantis par la Constitution, cet article répondant à des raisons d'intérêt général liées à l'objectif de protection de la santé publique¹⁶⁰.

2°) La jurisprudence du bilan

882. Une approche plus nuancée se manifeste dans la théorie du bilan utilisée depuis les années 1970 par le juge administratif. Cette jurisprudence est appliquée lorsque le juge, pour apprécier l'utilité publique d'un projet (par exemple une procédure d'expropriation¹⁶¹), tient compte de la balance des avantages et des inconvénients de l'opération¹⁶². À travers la jurisprudence du bilan, distincte de celle relative à la proportionnalité¹⁶³, le juge s'assure qu'il y a bien un intérêt public présent, qui résulte « *du solde positif produit par la comparaison entre les inconvénients présentés par la mesure [...] et l'avantage obtenu par la promotion de l'intérêt public visé par la mesure*¹⁶⁴ ». Le juge inclut dans son analyse le coût financier de l'opération mais aussi son coût social¹⁶⁵, à savoir par exemple ses répercussions sur l'environnement, ses conséquences sur la propriété privée ou encore sur d'autres intérêts publics¹⁶⁶. Les conclusions du commissaire du gouvernement Braibant pour l'arrêt *Ville nouvelle Est* en

¹⁵⁸ Cass. crim., 3 nov. 2010, *Société British American Tobacco Manufacturing BV, Société British American Tobacco The Netherlands BV*, n° 09-88.599, Inédit.

¹⁵⁹ En l'espèce, les articles L3511-3, L3511-4 et L3511-6 du Code de la santé publique.

¹⁶⁰ Cass. crim., 24 janv. 2012, *SARL L'Amateur de cigare c/ Association Les Droits des non-fumeurs*, n° 11-90.119, Inédit.

¹⁶¹ CE, ass., 28 mai 1971, *Ville nouvelle Est*, n° 78825, Lebon (voir les commentaires dans M. LONG *et al.*, *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, 22^{ème} édition, Dalloz, 2019, 1047 p.)

¹⁶² M. LONG *et al.*, *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, *op. cit.*

¹⁶³ Le contrôle de proportionnalité opéré par le juge administratif va au-delà du simple contrôle de la qualification juridique des faits. Il exerce ce contrôle maximum dans des cas précis, notamment lorsqu'une liberté est en cause, ou en cas de mesure dite de haute police (M. DEGOFFE, *Droit administratif*, 4^{ème} édition, Ellipses, Cours magistral, 2020, 528 p.).

¹⁶⁴ J-M. RAINAUD, « Le principe d'équilibre : la diagonale du flou », *op. cit.*, où l'auteur cite le Professeur FROMONT.

¹⁶⁵ M. LONG *et al.*, *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, *op.cit.*

¹⁶⁶ <https://www.conseil-etat.fr/ressources/decisions-contentieuses/les-grandes-decisions-du-conseil-d-etat/conseil-d-etat-assemblee-28-mai-1971-ville-nouvelle-est> [consulté le 30/06/2021].

1971 sont instructives : « À un moment où il est beaucoup question d'environnement et de cadre de vie, il faut éviter que des projets par ailleurs utiles viennent aggraver la pollution [...] Il importe que, dans chaque cas, le pour et le contre soient pesés avec soin, et que l'utilité publique de l'opération ne masque pas son éventuelle nocivité publique¹⁶⁷ ». Dans un arrêt d'assemblée du 20 octobre 1972¹⁶⁸, le Conseil d'État a eu à faire le bilan de l'intérêt d'un projet de construction d'une autoroute qui menaçait le seul hôpital psychiatrique du département. L'opération posait un conflit entre deux intérêts publics : la circulation et la santé publique. Le juge administratif a opéré un arbitrage pour identifier les aspects du projet dont les inconvénients étaient excessifs, et ceux qui ont paru acceptables. Pour la première fois, et chose assez rare depuis, le Conseil d'État a annulé le décret déclaratif d'utilité publique¹⁶⁹.

883. La théorie du bilan s'est grandement développée, au point d'être assimilée par l'administration et le législateur. Les études d'impact en sont une conséquence concrète¹⁷⁰. En 2013, dans un arrêt d'assemblée du Conseil d'État¹⁷¹, le juge s'est prononcé sur l'utilité publique d'une opération de renforcement du réseau électrique dans une zone située près d'une centrale nucléaire. Ce projet avait suscité de vives réactions auprès de la population de la zone concernée. Quelques communes traversées par l'ouvrage, une communauté d'agglomération, des associations – dont quatre liées à la défense de l'environnement – ainsi que des particuliers, riverains du projet demandaient l'annulation de l'arrêté portant déclaration d'utilité publique de l'ouvrage électrique. Les atteintes portées à la santé par le projet figuraient parmi les motifs invoqués par les requérants. Le Conseil d'État rappelle alors dans son considérant qu'« un projet relatif à l'établissement d'une ligne électrique à très haute tension ne peut légalement être déclaré d'utilité publique que si les atteintes à la propriété privée, le coût financier et éventuellement les inconvénients d'ordre social ou l'atteinte à d'autres intérêts publics qu'il comporte ne sont pas excessifs eu égard à l'intérêt qu'il présente » et affirme que « les travaux déclarés d'utilité publique par l'arrêté attaqué ont pour objet de limiter, tant à l'échelle locale que sur un plus vaste

¹⁶⁷ M. LONG et al., *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, op.cit.

¹⁶⁸ CE, ass., 20 oct. 1972, *Société civile Sainte-Marie de l'Assomption*, n° 78829, Lebon (AJDA 1972, p. 576, chron. A. CABANES et LÉGER).

¹⁶⁹ M. LONG et al., *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, op.cit.

¹⁷⁰ J-M. RAINAUD, « Le principe d'équilibre : la diagonale du flou », op. cit.

¹⁷¹ CE, ass., 12 avril 2013, *Association Coordination Interrégionale Stop THT et autres*, n° 342409, 342569, 342689, 342740, 342748 et 342821, Lebon (AJDA 2013, p. 767, obs. POUPEAU ; AJDA 2013, p. 1046, chron. DOMINO et BRETONNEAU ; RDI 2013, p. 305, obs. VAN LANG) ; voir aussi les conclusions du rapporteur public : Conclusions A. LALLET, sur CE, ass., 12 avril 2013, *Association Coordination Interrégionale Stop THT et autres c/ Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie*, n° 342409 (et aff. jointes 342569, 342689, 342740, 342748 et 34282), Lebon.

périmètre, aussi bien les risques immédiats de rupture de synchronisme, d'écroulement de tension et de surcharge sur le réseau de transport d'électricité, que l'accroissement de ces risques qui résultera de la mise en service de l'installation nucléaire de base « Flamanville 3 » ; que, eu égard aux mesures prévues pour atténuer ou compenser l'impact de cette ligne sur l'environnement et ses risques potentiels d'impact sur la santé, ni les inconvénients subis par les personnes résidant à proximité du tracé de la ligne « Cotentin-Maine », ni l'impact visuel des ouvrages sur les paysages traversés, ni leurs éventuels effets sur la faune et la flore, ni enfin le coût de l'opération, y compris les sommes consacrées aux mesures visant à assurer le respect du principe de précaution, ne peuvent être regardés comme excessifs et de nature à lui retirer son caractère d'utilité publique ».

884. Dans le même sens, le Conseil d'État a été appelé récemment à se prononcer sur l'application du principe de justification en matière d'activités nucléaires. En vertu de l'article L1333-2 du Code de la santé publique, ce principe dicte qu'« *une activité nucléaire ne peut être entreprise ou exercée que si elle est justifiée par les avantages qu'elle procure sur le plan individuel ou collectif, notamment en matière sanitaire, sociale, économique ou scientifique, rapportés aux risques inhérents à l'exposition aux rayonnements ionisants auxquels elle est susceptible de soumettre les personnes* ». Saisi d'une requête en référé sur le fondement de l'article L521-1 du Code de justice administrative, le Conseil d'État a jugé que l'association Observatoire du nucléaire n'a présenté aucun moyen, dans sa requête, de nature à susciter un doute sérieux sur la légalité de trois décisions de l'Autorité de sûreté nucléaire attaquées, autorisant le redémarrage de trois réacteurs¹⁷². Ces mêmes décisions font ensuite l'objet d'un recours de plein contentieux formé par ladite association¹⁷³. En ce qui concerne le moyen tiré de ce que les décisions attaquées méconnaîtraient le principe de justification, le Conseil d'État rappelle que ce principe s'applique aux installations nucléaires de base, telles que les réacteurs nucléaires, et que compte tenu de l'intérêt général qui s'attache, en l'état actuel du parc de production d'électricité français, à la reprise du fonctionnement des installations en cause, le principe de justification prévu par l'article L1333-2 du Code de la santé publique n'a pas été violé ici. Le juge administratif rejette les requêtes de l'Observatoire.

885. L'application de la théorie du bilan, en ce qu'elle permet de passer « *d'une conception binaire des relations administration-citoyen à une conception multipolaire* », où « *plusieurs intérêts*

¹⁷² CE, juge des réf., 18 janv. 2017, Association « Observatoire du nucléaire », n° 406244, Inédit.

¹⁷³ CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 3 oct. 2018, Association Observatoire du nucléaire, n° 406243, Inédit.

s'affrontent¹⁷⁴ », s'intègre assez aisément au flux normatif portant la « santé dans toutes les politiques ».

§ 2) Une nouvelle volonté politique

886. Par sa propension à affecter tous les domaines de la vie en société, la crise du covid-19 marque une accélération dans la prise de conscience des liens entre la santé et les autres dimensions de la vie. En témoignent les auditions et les débats au Parlement au début de l'année 2021 en lien avec l'actualité : une séance sur les conséquences de la crise sanitaire pour le secteur culturel et ses acteurs¹⁷⁵, une table ronde sur l'impact des nouveaux modes de travail sur la santé¹⁷⁶, ou encore l'audition d'experts sur le thème des liens entre les atteintes à la biodiversité et les pandémies¹⁷⁷.
887. En temps normal comme en temps de crise, il n'est pas facile de rapprocher les intérêts sanitaires avec d'autres, de trouver ce fameux équilibre entre des intérêts a priori divergents. Comme l'a écrit le Professeur Rainaud, « *la recherche de l'équilibre s'exprime dans trois types de conflits essentiels* », dont celui entre la garantie de la santé et le développement économique¹⁷⁸. Le lien entre bonne santé et finances publiques est bien connu en France¹⁷⁹, tout comme au

¹⁷⁴ J-M. RAINAUD, « Le principe d'équilibre : la diagonale du flou », *op. cit.*, où l'auteur cite le Professeur FROMONT.

¹⁷⁵ Audition de R. BACHELOT, Ministre de la culture, à l'Assemblée nationale le 12 janvier 2021 par la Commission des affaires culturelles.

¹⁷⁶ Organisée au Sénat le 4 février 2021 par la délégation aux entreprises (http://www.senat.fr/les_actus_en_detail/article/-800e844fb9.html).

¹⁷⁷ Audition du 8 juin 2021 à l'Assemblée nationale de Benjamin ROCHE, directeur de recherche au centre de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) de Montpellier, expert et porte-parole pour la France de la Plateforme intergouvernementale scientifique et politique sur la biodiversité et les services écosystémiques (IPBES), sur son rapport sur la biodiversité et les pandémies, et d'Hélène SOUBLET, directrice de la Fondation pour la recherche sur la biodiversité, sur le thème des liens entre atteintes à la biodiversité et pandémies.

¹⁷⁸ J-M. RAINAUD, « Le principe d'équilibre : la diagonale du flou », *op. cit.* Les deux autres conflits cités dans cet article sont le conflit public/privé : sécurité et liberté et le conflit privé/privé : droit à la vie et droit à une mort décente.

¹⁷⁹ Voir à ce titre, sur le calcul du coût sociétal des maladies : Ministère de l'Économie et des Finances, « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? », Trésor-Éco, Septembre 2016, n° 179 : « *le coût social de la surcharge pondérale avoisinait en France les 20 milliards d'euros (1 % du PIB) en 2012* » ;

Voir aussi le Rapport annuel 2017 du Programme National de réduction du tabagisme 2014-2019, dans lequel on lit : « *Par les dépenses de santé qu'il induit, le tabac est aussi une importante source de déficit pour les comptes publics, près de 14 milliards d'euros chaque année. Lutter contre le tabac, c'est donc lutter pour une vie en bonne santé, mais c'est aussi protéger les finances de notre système de santé, notre bien commun* ».

L'argument a été assimilé par le législateur : on retrouve le lien vertueux entre bonne santé et économie dans certaines propositions de loi, par exemple la proposition de loi visant à protéger la population des dangers de la malbouffe, n° 1561, du 9 janvier 2019 : « *Ces maladies chroniques représentent un coût substantiel pour les finances*

niveau de l'Union européenne et de l'OMS¹⁸⁰. De même, nous l'avons vu, les questions sanitaires et environnementales sont souvent abordées ensemble. À ce titre, les ministres chargés respectivement de l'environnement et de la santé publique ont « *un certain nombre de compétences qui se rejoignent, par exemple en ce qui concerne la délivrance ou le retrait d'agréments*¹⁸¹ ». D'autres ministères peuvent partager des responsabilités : par exemple ceux de la santé et de la justice concernant la santé des détenus¹⁸².

888. Cependant, en 2011, l'IGAS a constaté dans un rapport les « *difficultés récurrentes du travail interministériel sur les sujets de santé publique*¹⁸³ ». Il est vrai qu'en matière de santé publique, l'action de l'État « *est disséminée entre plusieurs ministères, sans qu'il soit évident de déterminer une prééminence*¹⁸⁴ ». À tel point que certains parlent de « *gouvernance fortement éclatée* » de ce fait moins cohérente, et d'un manque de lisibilité causé par l'accumulation de textes¹⁸⁵. Pour autant, du point de vue de l'intégration de la santé dans les autres politiques, cette dispersion pourrait aussi être un atout si elle est bien utilisée. Des moyens dispersés mais bien coordonnés peuvent conduire à une action efficace, mais là est toute la difficulté.

889. L'objectif est désormais connu : depuis la loi de santé du 26 janvier 2016, l'article L1411-1-2 du Code de la santé publique prévoit que « *les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé* ». L'année 2016 marque une véritable avancée par rapport à une longue période de désintérêt pour la notion de promotion de la santé en France. La promotion de la santé est

publiques : en 2016, leur coût représentait la moitié des dépenses de la branche maladie de la sécurité sociale, soit 94,5 milliards d'euros ».

¹⁸⁰ B. VALLET, « La santé dans toutes les politiques », Actualité et dossier en santé publique 2017, n° 99, p. 48-49, où l'on apprend que l'OMS travaille sur la reconnaissance des relations entre système de santé et sphère économique, par exemple sur les effets néfastes du chômage sur la santé.

¹⁸¹ E. CARPENTIER, « Le principe constitutionnel de précaution, les antennes-relais et le juge administratif », Constitutions 2010, p. 611 ; voir aussi à ce sujet T. TAURAN, « La protection de l'environnement et le Code de la santé publique », Revue de l'environnement et du développement durable 2010, étude n° 7.

¹⁸² Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, *op. cit.*

¹⁸³ Inspection générale des affaires sociales, Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action, Rapport, 2011, 124 p.

¹⁸⁴ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, *op. cit.* ; voir aussi S. RENARD, L'ordre public sanitaire, Étude de droit public interne, Thèse, Université de Rennes I, 2008, notamment la partie sur « La dispersion de l'administration chargée du maintien de l'ordre public sanitaire ».

¹⁸⁵ P. LOMBRIL, « Un regard décalé sur la santé publique », Les Tribunes de la santé 2016, Vol. 4, n° 53.

en effet absente de l'organigramme du ministère de la Santé, ainsi que de la plupart des ordres du jour des réunions de la Conférence des directeurs généraux d'Agences régionales de santé. Longtemps ignorée en France au profit de l'éducation pour la santé, la promotion de la santé a aussi souffert du manque de reconnaissance et d'intérêt porté par les pouvoirs publics à l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé - dont les bureaux installés de longue date à Paris, ont récemment été déplacés à Montréal - et aux Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, dont le statut associatif et le financement restent fragiles¹⁸⁶. Cependant, la présence d'une direction de la prévention et de la promotion de la santé au sein de la nouvelle Agence nationale de santé publique dès sa création en 2016, ainsi que les nombreuses initiatives au niveau local, indiquent que les objectifs portés par la promotion de la santé font peu à peu leur chemin¹⁸⁷. Cela va dans le sens du flux normatif intégrant la « santé dans toutes les politiques ». La création du Comité interministériel pour la santé (A) et le lancement de la Stratégie nationale de santé (B) participent également à cet élan vers l'intégration transversale de la santé dans les politiques publiques.

A) *Le Comité interministériel pour la santé*

890. Ce n'est sans doute pas une coïncidence si la France a choisi de se doter de son premier comité interministériel pour la santé (CIS) en 2014. Les contextes de santé publique mondial et européen ont pu avoir une influence. En effet, en 2010, les États du monde entier, sous l'impulsion de l'OMS, ont adopté la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques¹⁸⁸. Ce texte mentionne les comités interministériels parmi les outils et instruments utiles aux différents stades du cycle d'élaboration des politiques. Il donne aussi des exemples de « moteurs » permettant d'intégrer la santé dans d'autres politiques, notamment le fait de « *favoriser l'engagement de l'ensemble du gouvernement en associant le chef de gouvernement, le conseil des ministres et/ou le parlement, ainsi que les responsables de l'administration* » mais aussi le fait de donner un rôle nouveau au secteur de la santé pour travailler en lien avec les autres secteurs. Peu avant, en 2007, la Déclaration adoptée à Rome

¹⁸⁶ E. BRETON, « La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? », Santé Publique 2016, Vol. 28, n° 6, p. 721-727.

¹⁸⁷ *ibid.*

¹⁸⁸ Réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, OMS, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, Adélaïde, Australie, 2010 ; voir Partie 1 de la thèse.

par les délégations des ministères de la Santé des États membres de l'Union européenne lors de la conférence sur « la santé dans toutes les politiques : accomplissements et défis »¹⁸⁹ mentionnait pour la première fois l'usage de ces « comités intersectoriels » en vue de favoriser l'intégration de la santé dans d'autres politiques.

891. Le CIS a été créé en 2014 par décret¹⁹⁰. Sa mission est claire : « *promouvoir la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques* ». Le décret affiche résolument la volonté du gouvernement d'améliorer la santé, de réduire les inégalités de santé et de prendre en compte l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques. Il s'agit de la manifestation la plus frappante du renforcement du flux normatif portant la « santé dans toutes les politiques » en droit français. Le fonctionnement du Comité est prévu comme suit : « *Chaque ministre désigne un haut fonctionnaire chargé de préparer la contribution de son administration à la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé et de réduction des inégalités de santé. Ce haut fonctionnaire coordonne l'élaboration et le suivi des plans d'actions de son administration visant à intégrer la santé dans les politiques publiques. Il suit les travaux relatifs à la prise en compte de la santé et des inégalités de santé dans les projets de textes législatifs et réglementaires*¹⁹¹ ».

892. Théoriquement, le CIS est censé regrouper tous les ministres et adopter une logique systémique pour intégrer les enjeux de santé et de réduction des inégalités de santé. Il peut aussi être une réponse à la situation de dispersion de l'action publique en matière de santé, en apportant une expertise¹⁹² et des outils de coordination. En outre, si l'on s'en tient à l'idée d'origine, le CIS constitue un véritable tournant dans la façon d'aborder les questions de santé en France, puisque celles-ci ne sont plus cantonnées à la politique de santé, mais ont la faculté d'être élargies aux autres politiques publiques. Les Commissions de coordination des politiques publiques, créées par décret en 2010¹⁹³ et animées par les Agences régionales de santé dans chaque région, prolongent la mission du CIS au niveau régional¹⁹⁴.

¹⁸⁹ Conférence convoquée par le ministère de la Santé italien, la Commission européenne et le bureau de l'OMS pour l'Europe.

¹⁹⁰ Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé.

¹⁹¹ *ibid.*

¹⁹² Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, *op. cit.*

¹⁹³ Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé.

¹⁹⁴ Entretien avec P. GUILBERT, Chef de mission Stratégie et Recherche à la Direction générale de la santé, 9 juin 2021.

893. Après avoir siégé pour la première fois en 2016 pour traiter la question de l'antibiorésistance¹⁹⁵, le CIS s'est réuni en mars 2018 dans les locaux de Santé publique France pour présenter le « Plan Priorité prévention » aussi appelé Plan national de santé publique (PNSP). Lors de cette réunion, les vingt-cinq mesures phares de ce plan ont été présentées. Le PNSP repose sur un principe de partenariat avec les autres champs de l'action publique. Outil permettant de mobiliser différentes politiques autour de l'objectif d'amélioration de la santé de la population, il forme une des déclinaisons opérationnelles de la Stratégie Nationale de Santé (SNS). Le comité permanent restreint (CPR) du CIS, présidé par le Directeur général de la santé, en assure le suivi opérationnel¹⁹⁶. Le CIS s'est ensuite réuni en mars 2019 pour aborder les questions de prévention et de promotion de la santé chez les plus jeunes dans le cadre de la mise à jour du PNSP¹⁹⁷.
894. Le fonctionnement du CIS est ralenti par certaines limites opérationnelles. En vertu de son décret de création, le Comité « *se réunit au moins une fois par an*¹⁹⁸ ». Or, nous avons vu qu'il ne s'est réuni que trois fois depuis 2014. Il y a en revanche des réunions interministérielles préparatoires au CIS, et d'autres réunions interministérielles, hors du cadre du CIS, sont consacrées à des questions sanitaires. Par exemple, une réunion s'est tenue au Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), le 28 juin 2019, tandis que d'autres réunions ont porté sur la finalisation des plans de santé publiques intersectoriels (PNNS, PNSE...)¹⁹⁹.
895. Les informations publiques sur l'activité du Comité sont rares. Ainsi, bien qu'il soit censé adopter « *un rapport annuel sur l'état de santé de la population et sur les inégalités de santé*²⁰⁰ », celui-ci n'a encore produit aucun rapport de ce type à ce jour. On peut donc regretter le manque de communication publique sur l'existence et le fonctionnement du Comité.

¹⁹⁵ Ministère des solidarités et de la santé, <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preserver/des-politiques-publiques-pour-preserver-l-efficacite-des-antibiotiques/article/lutte-et-prevention-en-france> [consulté le 22/06/2021].

¹⁹⁶ Haut Conseil de la Santé publique, Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique, Rapport, Mars 2019, 100 p.

¹⁹⁷ Comité interministériel pour la Santé, Dossier de presse, 25 mars 2019, 48 p.

¹⁹⁸ Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé.

¹⁹⁹ Entretien avec P. GUILBERT, Chef de mission Stratégie et Recherche à la Direction générale de la santé, 9 juin 2021.

²⁰⁰ Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé.

896. Outre son décret de création, le CIS est aussi prévu dans le dispositif de suivi et d'évaluation de la SNS 2018-2022, établi par un arrêté du 1^{er} février 2018²⁰¹. Il y a toutefois lieu de déplorer que le CIS ne soit pas mentionné dans l'annexe du décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la SNS pour la période 2018-2022, qui précise pourtant les modalités de suivi annuel de la SNS, ainsi que ses évaluations, le tout étant soumis à la Conférence nationale de santé et au HCSP.
897. De plus, le Comité et son CPR ne sont pas dotés de moyens financiers ou matériels spécifiques. En ce qui concerne ses moyens humains, il bénéficie certes d'un comité permanent restreint²⁰², dont la continuité de l'activité pose toutefois question. Dès son origine, le Comité souffre ainsi de faiblesses importantes. À partir de 2020, la crise du coronavirus a confirmé la tendance déjà engagée : le CIS ne semble guère mis à contribution. Il n'est pas sollicité pour participer à la lutte contre la pandémie de covid-19, car la Cellule interministérielle de crise du ministère de l'Intérieur et le Conseil de défense et de sécurité nationale ont pris le relais²⁰³.

²⁰¹ Arrêté du 1^{er} février 2018 relatif au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

²⁰² Selon le décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 : « Chaque ministre désigne un haut fonctionnaire chargé de préparer la contribution de son administration à la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé et de réduction des inégalités de santé. Ce haut fonctionnaire coordonne l'élaboration et le suivi des plans d'actions de son administration visant à intégrer la santé dans les politiques publiques. Il suit les travaux relatifs à la prise en compte de la santé et des inégalités de santé dans les projets de textes législatifs et réglementaires.

Un comité permanent restreint, présidé par le directeur général de la santé, réunit les hauts fonctionnaires des ministères chargés des affaires sociales, de l'agriculture, de l'économie et des finances, de l'éducation, de l'environnement, de l'enseignement supérieur et de la recherche, de l'aménagement du territoire, du logement, de la jeunesse, des sports et du travail. Il associe, en tant que de besoin, les hauts fonctionnaires des autres ministères.

Ce comité prépare les travaux et délibérations du comité interministériel pour la santé et coordonne leur mise en œuvre. Il anime et coordonne l'action des hauts fonctionnaires en faveur de la prise en compte de la santé dans les politiques publiques. Il est rendu au destinataire des projets de textes suivis par ces hauts fonctionnaires au titre des dispositions du premier alinéa ».

²⁰³ Entretien avec P. GUILBERT, Chef de mission Stratégie et Recherche à la Direction générale de la santé, 9 juin 2021.

B) La Stratégie nationale de santé

898. La SNS pour 2018-2022 a été adoptée définitivement en décembre 2017 par le CIS²⁰⁴ au moyen d'un décret signé par une vingtaine de ministres du gouvernement²⁰⁵. Le décret n° 2016-1621 du 28 novembre 2016 relatif à la stratégie nationale de santé crée une section entière intitulée « Stratégie nationale de santé » dans le Code de la santé publique. Réaffirmant en priorité le principe d'intégration de la santé dans toutes les politiques, en faisant référence à l'OMS, la SNS a été conçue comme le « plan national de santé », avec un seul cadre d'action, et a vocation à remplacer les nombreux plans de santé qui proliféraient avant sa création²⁰⁶. Elle marque ainsi un véritable tournant dans la façon de traiter les problématiques sanitaires en France. Auparavant, ces plans, tels que le Plan Obésité, le Plan Cancer, le Plan Alzheimer, accompagnaient les lois quinquennales de santé publique. Conçus sur une thématique spécifique, ces plans alimentaient un système qui donnait peu de place aux questions transversales de prévention et de promotion de la santé²⁰⁷.
899. Les outils évoluent : certes, on n'utilise plus la loi mais la voie réglementaire pour mettre en place cette stratégie qui remplace les plans. Mais si le choix de la norme change, son contenu et sa nature viennent considérablement renforcer le flux normatif portant la « santé dans toutes les politiques ».
900. En effet, s'agissant de son contenu, le premier « principe d'action » (sur une liste de sept) de la SNS consiste à « *mobiliser l'ensemble des politiques publiques dans un objectif de préservation et d'amélioration de la santé de la population, dans une approche interministérielle, coordonnée et concertée*²⁰⁸ ». La SNS est conforme à la recommandation du HCSP qui allait abondamment dans ce sens²⁰⁹. L'axe n° 1 de la SNS, intitulé « *Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant*

²⁰⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Lancement de la consultation publique sur la stratégie nationale de santé », Communiqué de presse, 7 novembre 2017, 1 p.

²⁰⁵ Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

²⁰⁶ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, *op. cit.*

²⁰⁷ *ibid.*

²⁰⁸ Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, Annexe : Stratégie nationale de santé (2018-2022).

²⁰⁹ Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à la stratégie nationale de santé, 8 septembre 2017, 18 p.

la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie », et en particulier l'expression « *dans tous les milieux* » fait écho au terme bien connu - « *dans toutes les politiques* ». Cela ne s'arrête pas au titre, puisque selon l'annexe du décret de 2017 adoptant la SNS, la politique de promotion des comportements favorables à la santé doit être déclinée dans tous les milieux de vie : école, entreprise, administrations, forces armées, établissements de santé et médico-sociaux, etc. Un véritable effort est fait pour appréhender la santé de façon globale et multidimensionnelle, et non plus seulement comme une question médicalisée : il s'agit par exemple de « *promouvoir la qualité sanitaire de notre environnement direct (eau, air, sols, bruit, objets du quotidien, salubrité, nuisibles, risques émergents, etc.), en agissant sur les sources de pollution et en limitant notre exposition, mais aussi d'améliorer nos conditions de vie et de travail, afin d'assurer une qualité de vie compatible avec un bon état de santé* ». On distingue dans la SNS la combinaison d'une approche de promotion de la santé, proactive et positive, et une approche plus défensive par la réduction des risques.

901. D'une part, avec la SNS, le caractère interministériel de la politique de santé est clairement affirmé²¹⁰. Par exemple, l'article R1411-2 du Code de la santé publique prévoit la concrétisation de la SNS « *par des plans et des programmes opérationnels à portée nationale, définis ou révisés par arrêté du ministre chargé de la santé et, le cas échéant, du ou des autres ministres intéressés, ainsi que par les projets régionaux de santé mentionnés à l'article L1434-1* ». Le flux se diffuse en direction des échelons régionaux et même locaux. Ainsi, le Projet régional de santé pour la région Île-de-France, développé par l'Agence régionale de santé, place dès le début des années 2010 l'intégration de la santé dans toutes les politiques parmi les objectifs de son cadre d'orientation stratégique²¹¹. Notons toutefois qu'en vertu du décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé, seule une des composantes du Projet régional de santé est opposable : il s'agit du schéma régional de santé et non du cadre d'orientation stratégique. La ville de Nanterre semble elle aussi imprégnée du message portant le caractère multidimensionnel de la santé puisqu'elle s'appuie à plusieurs reprises, dans son plan local d'urbanisme et plus précisément son projet d'aménagement et de développement durable, sur la Charte d'Ottawa vue en première partie de cette thèse²¹².

²¹⁰ D. TABUTEAU, « La stratégie nationale de santé, un défi pour la démocratie sanitaire », *Journal de Droit de la santé et de l'Assurance maladie* 2018, n° 18.

²¹¹ Projet régional de santé d'Ile-de-France 2013-2017 ; Arrêté n° 2012-577 du 21 décembre 2012 du Directeur Général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France relatif à l'adoption du Projet Régional de Santé d'Ile-de-France.

²¹² PLU de Nanterre, approuvé par le conseil municipal du 15 décembre 2015 et mis en compatibilité par l'arrêté préfectoral du 8 octobre 2020, entré en vigueur le 30 octobre 2020. Voir le projet d'aménagement et de

Selon la jurisprudence, le projet d'aménagement et de développement durable n'est pas directement opposable aux demandes d'autorisation de construire mais il appartient à l'autorité compétente de prendre en compte les orientations d'un tel projet²¹³. La propagation verticale du flux est toutefois limitée : le Projet régional de santé 2018-2028 de la région Grand Est ne contient, lui, aucune trace de la « santé dans toutes les politiques ». Ces limites peuvent s'expliquer par un manque de volonté étatique : comme le souligne le Professeur de santé publique Pierre Lombrail, « l'État peine à reconnaître l'intérêt de favoriser une action intersectorielle locale (il a longtemps hésité à légiférer sur les contrats locaux de santé) et l'importance de structurer l'aide méthodologique des intervenants de terrain²¹⁴ ».

902. D'autre part, la SNS elle-même a une dimension clairement interministérielle, comme l'indique l'article 2 de son décret de création, très similaire à celui qui institue le CIS : tous deux énumèrent la longue série de ministres concernés²¹⁵.

développement durables de la ville à moyen terme, notamment : « Ce PLU s'appuie pleinement sur les politiques sociales menées par la Ville, en particulier en termes d'éducation, de santé, de démocratie participative et de culture. Il contribue à promouvoir la santé au sens de la charte d'Ottawa » ; « Nanterre s'engage ainsi à promouvoir la santé comme « état complet de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas en une absence de maladie ou d'infirmité » (définition issue de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946). Selon cette vision, la santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. Plusieurs facteurs influent sur cet état de bien-être d'un individu : les facteurs liés au mode de vie (tabagisme, alimentation équilibrée, pratique du sport, etc.), les facteurs liés aux réseaux sociaux et communautaires (interactions sociales...), les facteurs liés aux conditions de vie et au travail, les facteurs liés aux conditions économiques, culturelles et environnementales qui influencent la société dans son ensemble (situation économique, conditions du marché du travail, place des femmes dans la société, etc...) ».

²¹³ CE, 10^{ème} et 9^{ème} ss-sect. réunies, 1^{er} déc. 2006, Sté GFLBI, n° 296543, Lebon (Tables) ; TA Nantes, 1^{er} oct. 2015, M. Z X c/ commune de Falleron, n° 1205714. Voir aussi TA Grenoble, 17 mars 2016, M. X Y et Mme D Y c/ commune de Veigy-Foncenex, n° 1406825 : « Considérant [que] pour demander l'annulation du permis de construire du 18 juin 2014, les requérants ne peuvent utilement se prévaloir des objectifs du projet d'aménagement et de développement durable qui ne sont pas opposables aux demandes d'autorisations d'urbanisme [...] ».

²¹⁴ P. LOMBRAIL, « Un regard décalé sur la santé publique », *op. cit.*

²¹⁵ Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé, Article 2 : « Le ministre des affaires étrangères et du développement international, la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, la garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre des finances et des comptes publics, le ministre de l'économie, du redressement productif et du numérique, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre du travail, de l'emploi et du dialogue social, le ministre de la défense, le ministre de l'intérieur, la ministre du droit des femmes, de la ville, de la jeunesse et des sports, la ministre de la décentralisation et de la fonction publique, la ministre de la culture et de la communication, le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, porte-parole du Gouvernement, la ministre du logement et de l'égalité des territoires, la ministre des outre-mer et le secrétaire d'État chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française ».

Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, Article 2 : « Le ministre d'État, ministre de l'intérieur, le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire, la garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'Europe et des affaires étrangères, la ministre des armées, le ministre de la cohésion des territoires, la ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'économie et des finances, la ministre de la culture, la ministre du travail, le ministre de l'éducation nationale, le ministre de l'agriculture et de l'alimentation, le ministre de l'action et des comptes publics, la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, la ministre des outre-mer, la ministre des sports, la secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, la secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, et le secrétaire

903. Le CIS et la SNS marquent l'avancée du flux normatif portant la « santé dans toutes les politiques » en France. Mais au même moment, des signaux contradictoires imprègnent l'évolution du droit et du paysage sanitaire français. En effet, l'Agence nationale de santé publique est créée en 2016 par ordonnance²¹⁶. Ce texte donne une large place à la lutte contre les risques sanitaires. Il insiste en effet sur l'observation, la surveillance, la veille, la réduction des risques, les alertes sanitaires, mais fait peu de cas de la mission liée à la promotion de la santé. Le décret d'application²¹⁷ offre une vision plus équilibrée des missions confiées à la nouvelle agence, entre celles de lutte contre les risques sanitaires et celles liées à la promotion et à l'évaluation des impacts des politiques publiques sur la santé – encore qu'elles ne figurent qu'à la fin de la liste des missions de la structure²¹⁸.
904. Étonnamment, l'année où la SNS a vu le jour, une réforme vient tempérer l'élan récent en faveur de la prise en compte de la santé dans les autres politiques. Le Plan « Ma santé 2022 » a été présenté par le Président Macron dans un discours du 18 septembre 2018. Malgré son titre très prometteur, ce plan se consacre essentiellement à la question des soins et n'adopte pas de vision intersectorielle de la santé²¹⁹. La loi adoptée en 2019 à la suite de la présentation de ce plan est tout aussi dépourvue de cette perspective sur la santé et ne contribue certainement pas à nourrir le flux étudié ici. Ce texte porte en effet sur la formation et la carrière des professionnels de santé, l'offre de soins et la santé numérique²²⁰.

d'État auprès du Premier ministre, chargé du numérique, sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française ».

²¹⁶ Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique.

²¹⁷ Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique.

²¹⁸ Après la « lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé » qui n'apparaît qu'au point 6°, nous trouvons en effet parmi les missions de la nouvelle agence : « 8° Participe au développement de l'évaluation de l'impact sur la santé des politiques publiques, notamment par l'élaboration de méthodes et d'outils » ; « 9° Exerce une fonction d'expertise et d'appui en matière de promotion de la santé, de prévention et d'éducation pour la santé » ; « 10° Conçoit, produit, évalue et, le cas échéant, expérimente des méthodes, des stratégies et des actions de promotion de la santé, de prévention et d'éducation pour la santé, ainsi que des supports d'information et d'intervention, notamment des campagnes nationales de communication et des dispositifs de prévention par l'aide à distance ».

²¹⁹ Voir L. WARIN, « Plan « Ma santé 2022 », une occasion manquée ? », The Conversation France, 8 octobre 2018, <https://theconversation.com/plan-ma-sante-2022-une-occasion-manquee-103873>, notamment : « Le constat est clair et assumé : « notre système prévient mal », « on arrive trop tard », admet le Président Macron. En souhaitant « un système de santé qui prévienne et protège contre les risques de santé d'aujourd'hui et de demain » et « qui puisse accompagner les parcours de vie de chacun de nos concitoyens », le gouvernement s'inscrit parfaitement dans une vision positive et extensive de la santé, qui concerne bien les citoyens dans tous les aspects de leur vie, et non seulement les usagers. [...] Ce raisonnement n'est toutefois pas suivi jusqu'au bout, puisque « Ma santé 2022 » vise en premier lieu à « construire le système autour de l'utilisateur ». Or, puisque la santé est une ressource de la vie, il semble illogique de l'appréhender uniquement par l'angle de l'utilisateur », alors que l'on pourrait avoir pour objectif « des citoyens en bonne santé » ».

²²⁰ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

905. La proposition de loi sur l'avenir de la santé, déposée en septembre 2018²²¹ par des députés de l'opposition et rejetée²²², offrait davantage de perspectives car elle entendait porter sur la santé et non seulement sur les soins. Elle proposait également une avancée forte de symbolisme car elle envisageait d'élargir « *les missions de l'Agence nationale de santé publique pour y intégrer plus fortement des missions relatives à la prévention, à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique* » et surtout en plaçant cette agence « *sous l'autorité du Premier ministre pour lui conférer un caractère interministériel [...] pour qu'elle dispose d'une vision globale des actions à conduire, du fléchage des ressources et pour qu'elle puisse évaluer les résultats de ces actions*²²³ ».
906. Néanmoins, mis à part le CIS et la SNS, la volonté de dépasser le secteur sanitaire pour aborder les questions qui lui sont traditionnellement réservées se manifeste aussi par d'autres biais. Ainsi, la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants prend pleinement en compte la santé des étudiants dans le cadre de leur cursus. Elle inclut des considérations sur l'état de santé ou de handicap des étudiants et sur la mise en place, par les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie obligatoires, de mesures d'éducation à la santé et de prévention visant à améliorer la santé des étudiants.
907. S'agissant d'un autre sujet, un rapport parlementaire sur une proposition de loi relative au chômage de longue durée mentionne les conséquences négatives du chômage sur la santé ainsi que les effets positifs de l'emploi sur la santé des personnes ayant été en situation de chômage de longue durée²²⁴. Cette proposition parlementaire a abouti à la loi n° 2020-1577 du 14 décembre 2020 relative au renforcement de l'inclusion dans l'emploi par l'activité économique et à l'expérimentation « territoire zéro chômeur de longue durée » qui institue notamment un fonds d'expérimentation territoriale contre le chômage de longue durée.

²²¹ Assemblée nationale, Proposition de loi visant l'orientation pour l'avenir de la santé, n° 1229, 29 août 2018, où il est dit notamment : « *La santé ne saurait se résumer à la médecine. Et ne la considérer que sous cet angle, comme il est d'usage depuis des décennies, c'est avoir de la santé une lecture finalement partielle et sans doute aussi partielle* » ; « *La santé a [...] une incontestable dimension politique* ».

²²² Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 11 octobre 2018, *JORF* du 12 octobre 2018.

²²³ Assemblée nationale, Proposition de loi visant l'orientation pour l'avenir de la santé, *op. cit.*

²²⁴ M-C. VERDIER-JOUCLAS, Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi relative au renforcement de l'inclusion dans l'emploi par l'activité économique et à l'expérimentation « territoire zéro chômeur de longue durée », Assemblée nationale, Rapport n° 3302, 9 septembre 2020. On y lit par exemple : « *Souvenons-nous que l'objet de ce texte est d'accompagner dans la réinsertion par le travail celles et ceux qui sont depuis très longtemps éloignés de l'emploi, avec toutes les conséquences bénéfiques que cela peut avoir sur les territoires, au plan de la santé ou de l'inclusion sociale, comme sur les individus* ».

Conclusion du Chapitre 2

908. L'intégration de la santé dans les autres politiques a un caractère aléatoire en France. Il n'y a pas de principe imposant la prise en compte systématique de la santé. Néanmoins, de plus en plus d'efforts sont faits pour appréhender la santé de façon transversale aux côtés des intérêts des autres secteurs, afin de trouver des terrains d'entente, et pour ne plus segmenter excessivement certaines problématiques.
909. Il y a à certains égards une confusion dans l'interprétation de la « santé dans toutes les politiques » : l'approche semble faire son chemin en France mais reste, dans les faits, cantonnée au champ de la santé. Elle semble encore être appréhendée comme une politique de santé. Cela confirme le fait que l'intégration de la santé dans toutes les politiques est avant tout une source d'inspiration, et non une règle à valeur obligatoire. Les textes adoptés par l'OMS et l'UE ont une certaine influence. Nous rejoignons alors les propos du philosophe André Lalande qui avance qu'une norme « *n'est pas nécessairement une loi ou un commandement, elle peut être un idéal, sans aucun caractère d'obligation*²²⁵ ».
910. La mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques » en France est dépourvue d'une véritable reconnaissance juridique, ainsi que de moyens méthodologiques, financiers et humains. Le flux normatif en sa faveur se construit peu à peu, sous l'effet des influences extérieures, mais sans force d'impulsion identifiée. *Stricto sensu*, la prise en compte, par le juge français, de l'intégration de la santé dans d'autres politiques est inexistante.

²²⁵ A. LALANDE, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Presses universitaires de France, Dictionnaires Quadriga, 2010, 1376 p.

Conclusion du Titre 1

911. Historiquement, le droit de la protection de la santé tient compte de la nature multidimensionnelle de la santé. Plus récemment, les crises de sécurité sanitaire et alimentaire qui sévissent depuis la fin des années 1990 en France ont contribué, avec un contexte mondial favorable, à pousser les responsables politiques au renforcement de la politique de santé française et à l'intégration en son sein d'une vision transversale des questions sanitaires.
912. Malgré tout, l'approche « santé dans toutes les politiques » est loin d'être clairement appliquée en France, comme en témoigne le mécanisme d'études d'impact, qui ne permet pas une réelle prise en compte de la question sanitaire. En particulier, les études d'impact législatives échouent à rendre compte des conséquences sanitaires des projets de lois.
913. Plus généralement, l'approche dite curative de la santé a eu tendance à monopoliser l'espace de réflexion, allant à contre-courant d'une approche sanitaire plus large. Néanmoins, peu à peu, le cadre juridique de l'amélioration et de la protection de la santé contre les dangers connus ou potentiels a été renforcé, ce que nous verrons dans le chapitre suivant.

Titre 2. Un flux normatif en lente progression

914. Malgré une progression chaotique, on discerne une certaine volonté française de prendre en compte les enjeux sanitaires dans d'autres secteurs de politiques publiques. Le corpus juridique lié à la protection de la santé en France se montre poreux aux enjeux d'autres secteurs mais aussi aux influences extérieures, et présente des caractéristiques spécifiquement françaises (**Chapitre 3**). Le résultat sur le plan juridique nécessite d'être enfin conceptualisé et qualifié (**Chapitre 4**).

CHAPITRE 3 - LE RENFORCEMENT DE CERTAINES RAMIFICATIONS DU DROIT DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ FRANÇAIS

CHAPITRE 4 - LA RENFORCEMENT DU FLUX : DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » À L'APPROCHE INTÉGRÉE DE LA SANTÉ

Chapitre 3. Le renforcement de certaines ramifications du droit de la protection de la santé français

915. Puisque « *la santé dans toutes les politiques [...] tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions [...] afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé* » (Déclaration d'Helsinki, 2013), nous en déduisons que l'objectif de cette approche est l'amélioration de la santé et de l'équité en santé. À certains égards, notre droit se rapproche peu à peu de ces objectifs et de cette démarche. La protection de la santé inclut, en droit français, la notion d'amélioration de la santé. Ces deux objectifs peuvent être distingués (Section 1) et combinés, comme nous le verrons avec l'exemple du droit de la consommation (Section 2). L'équité en santé n'est pas encore une notion prise en compte en ces termes dans la loi, mais nous considérons qu'elle est très proche des objectifs de réduction des inégalités sociales de santé, qui apparaîtront dans ce chapitre.

Section 1. La protection contre les risques et l'amélioration de la santé

916. La protection de la santé (§ 1) et l'amélioration de la santé (§ 2) sont des termes qui apparaissent de façon récurrente dans les textes étudiés. Mais seule la protection de la santé est - indirectement - définie par le législateur¹. À première vue, le droit français accorde davantage de place à la protection² qu'à l'amélioration de la santé, bien que cette notion soit

¹ Article L1411-1 du Code de la santé publique : « *la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'État. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* ».

² Voir Chapitre 1 (Partie 2), où l'article L1411-1 du Code de la santé publique est présenté.

en progression. Ces deux notions ne s'opposent pas, c'est plutôt une gradation qui s'opère. Nous allons voir que deux concepts, voire trois, coexistent et sont tous importants pour rendre effective l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Selon le Professeur Bélanger, le terme de « *protection de la santé* » doit être abordé dans un sens positif, qui correspond à « *l'approche positive de la santé* », et non plus dans un sens défensif comme cela fut le cas pendant longtemps³.

§ 1) Protéger la santé

917. La crise du covid-19 est un exemple par excellence des impacts qu'a une situation sanitaire sur les secteurs autres que la santé. Contrairement aux mécanismes d'intégration de la santé dans toutes les politiques, au cours de cette pandémie, ce sont les intérêts de la santé publique qui dictent les décisions prises dans les autres secteurs, avec peu de possibilité de trouver des terrains d'entente. Des choix sont faits au nom de la protection de la santé.
918. La protection de la santé n'apparaît pas textuellement dans la définition donnée par la Déclaration d'Helsinki, mais nous la déduisons de ce qui est désigné comme les « *conséquences sur la santé*⁴ ». À la lecture de cette définition, la lutte contre les conséquences néfastes sur la santé semble placée parmi les outils à utiliser pour atteindre l'amélioration de la santé et de l'équité en santé. Cependant, nous verrons ultérieurement que le flux normatif portant la « santé dans toutes les politiques », tel qu'il se diffuse en France, s'écarte de la définition adoptée par l'OMS. En France, en effet, toute tentative d'intégrer la santé dans d'autres politiques est avant tout faite pour protéger la santé, bien avant de l'améliorer. Cependant, l'amélioration de la santé est une notion en progression en droit de la santé français.
919. C'est dans le cadre de la protection de la santé que s'appliquent les principes de prévention et de précaution. Ces deux principes reposent sur un rapport au risque. Le principe de prévention s'applique quand les risques sont avérés - par exemple empêcher l'arrivée d'une

³ M. BÉLANGER, « Un droit mondial de la santé », Archives contemporaines, Agence universitaire de la francophonie, 2009.

⁴ Rappel de la définition donnée par la Déclaration d'Helsinki en 2013 : « *La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé* ».

pollution⁵-, tandis que le principe de précaution s'applique en cas de risques potentiels dont la réalisation est hypothétique⁶. La prévention se fonde sur des connaissances scientifiques⁷. En France, les crises sanitaires qui ont marqué l'histoire moderne du pays ont contribué à sensibiliser sur l'importance de la question des risques. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie a rappelé que « *les crises sanitaires à répétition ont focalisé les efforts de définition en matière de doctrine d'action et de management public sur les questions de sécurité sanitaire*⁸ ». Il s'agit donc de protéger la santé contre les dangers connus (A), mais aussi contre les dangers potentiels (B).

A) Le principe de prévention

920. La prévention se définit classiquement comme le fait d'éviter ou de réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des situations de handicap. Il s'agit d'une vision médicalisée de la prévention puisqu'elle est fondée sur la maladie et son évolution⁹. La prévention est alors réalisée par les acteurs du système de soin, et les actions de prévention sont centrées sur les comportements individuels – par exemple en prescrivant des règles hygiéno-diététiques¹⁰.
921. L'OMS adopte une conception plus large de la prévention, sur le fondement de sa définition de la santé présentée précédemment. La prévention fait alors partie d'un ensemble qui n'est autre que la promotion de la santé. Celle-ci comprend trois éléments : la prévention dans toutes ses dimensions, ainsi que la protection de la santé – c'est-à-dire les mesures pour changer l'environnement et la réglementation dans le sens d'une bonne santé – et enfin l'éducation pour la santé¹¹. On voit bien ici la double action visée : agir sur l'environnement

⁵ Y. PETIT, « Mise en œuvre matérielle du droit communautaire de l'environnement », Répertoire de droit européen 2007 (Janvier).

⁶ J. JOUZEL, A. MICHELOT, La justice climatique : enjeux et perspectives pour la France, Avis du Conseil économique, social et environnemental, Septembre 2016, 114 p. ; voir aussi J-M. PONTIER, « La puissance publique et la prévention des risques », L'actualité juridique droit administratif 2003, p. 1752, où l'on peut lire que le « *critère décisif de distinction entre la prévention des risques et le principe de précaution, c'est la certitude d'un côté, la connaissance de l'autre* ».

⁷ J-M. PONTIER, « La puissance publique et la prévention des risques », *op. cit.*

⁸ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, Avis, 28 juin 2017.

⁹ *ibid* ; voir aussi la définition donnée en Chapitre 1 (Partie 1) de la thèse.

¹⁰ *ibid.*

¹¹ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, *op. cit.*

et les comportements individuels. Cette idée est récurrente dans le message porté par l'OMS. L'importance de promouvoir des milieux de vie favorables à la santé et de développer les savoir-faire et les compétences des citoyens¹² apparaît notamment dans la Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé adoptée en 2016¹³. En France, on dit souvent qu'en raison de la tradition biomédicale du pays¹⁴, la prévention y a été privilégiée au détriment de la promotion de la santé.

922. Le principe de prévention dépasse en effet largement le strict champ sanitaire. Nous l'observons par exemple dans la loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové¹⁵ qui inclut une dimension préventive en disposant que « *constituent un habitat indigne les locaux ou les installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé*¹⁶ ».

923. La prévention collective vise l'ensemble d'une population, elle s'intéresse au faible risque de chacun de devenir malade et a pour objectif de renforcer les chances de rester en bonne santé par des mesures éducatives ou environnementales¹⁷. En termes de financements alloués, la prévention individuelle est encore largement majoritaire en France : elle équivalait en 2015 à 85 % du budget total de prévention. Elle inclut les soins de ville, les médicaments, les dépistages, etc¹⁸.

¹² *ibid.*

¹³ Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, Shanghai, Chine, 2016.

¹⁴ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, *op. cit.*

¹⁵ Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové.

¹⁶ *ibid.*, article 34.

¹⁷ Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, *op. cit.* : en 2015, les dépenses de prévention en France ont été à hauteur de 15.2 milliards d'euros et se sont réparties comme suit :

- Prévention collective : 15% :

- Agir sur les comportements 3%

- Agir sur l'environnement 12%

- Prévention individuelle : 85% :

- Soins de ville 30%

- Médicaments et autres 30%

- Médecine collective (travail, scolaire, PMI-Planning) 20%

- Dépistages et bilans organisés 5%.

¹⁸ *ibid.*

924. La mission de prévention des risques sanitaires revient à l'État (1°) mais aussi à d'autres acteurs (2°).

1°) La prévention des risques, une mission incombant à l'État

925. Le droit à la protection de la santé de chacun est consacré par le Préambule de la Constitution de 1946 et la mise en œuvre de ce droit est précisée à l'article L1110-1 du Code de la santé publique¹⁹. Comme l'indique cet article, la protection de la santé est liée à la notion de sécurité sanitaire, qui se définit comme *« l'ensemble des décisions, programmes et actions visant à protéger la population contre tous les dangers et les risques pour la santé, considérés comme échappant au contrôle des individus et relevant donc de la responsabilité des pouvoirs publics²⁰ »*. Sur le plan politique, *« la protection de la santé fait [...] l'objet d'une politique nationale, de politiques ou de programmes régionalisés ou spécialisés²¹ »*.

926. Comme sous-entendu dans l'article L1411-1 du Code de la santé publique²², à défaut d'empêcher la survenue de ces risques pour la santé, il convient de les réduire. Reste à déterminer le niveau auquel sera placé le curseur sur l'échelle des mesures de santé publique. Par exemple, l'article L1333-2 du Code de la santé publique dispose que les activités nucléaires doivent respecter le principe de limitation selon lequel l'exposition d'une personne aux rayonnements ionisants issus de ces activités ne peut dépasser les limites fixées par voie réglementaire, sauf lorsque cette personne est l'objet d'une exposition à des fins médicales ou dans le cadre d'une recherche mentionnée au 1° de l'article L1121-1.

¹⁹ Préambule de la Constitution de 1946, alinéa 11 : « 11. Elle [la Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ».

Article L1110-1 du Code de la santé publique : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

²⁰ Ministère des solidarités et de la santé, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/> [consulté le 30/06/2021].

²¹ A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, 3^{ème} édition, Presses universitaires de France, Thémis, 2012, 728 p.

²² La politique de santé comprend *« la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer »* (article L1411-1 du Code de la santé publique).

927. Dans le cadre du dispositif d'indemnisation des personnes ayant été exposées à des essais nucléaires réalisés par la France²³, chapeauté par un comité d'indemnisation, les victimes bénéficient d'une présomption de causalité entre leur exposition au rayonnement ionisants et leur dommage corporel si elles ont séjourné dans une zone pendant une période au cours de laquelle des essais nucléaires ont été effectués, et qu'elles souffrent de l'une des maladies radio-induites dont la liste est fixée par décret²⁴.
928. Cette présomption n'a jamais été irréfragable et son renversement a fait l'objet d'évolutions. La dernière en date résulte de la loi du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire²⁵ : il en résulte que les victimes des essais nucléaires bénéficient d'une présomption d'imputabilité sauf si l'administration prouve qu'elles ont reçu moins de 1 millisievert de rayonnement par an, ce qui est très difficile à démontrer²⁶. Le Conseil d'État prend acte de cette règle dans un arrêt du 6 novembre 2020²⁷ : en vertu de l'article 57 de la loi du 17 juin 2020, la disposition relative au régime de présomption de causalité pour l'indemnisation des victimes des essais nucléaires²⁸, dans sa rédaction issue de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018, est applicable aux instances en cours²⁹. Peu après, dans une affaire où un agent public avait été affecté sur des sites d'expérimentation nucléaires en Algérie puis en Polynésie française entre 1962 et 1974 et était décédé par la suite d'un cancer, sa veuve, en qualité d'ayant-droit, demandait une indemnisation sur le fondement des dispositions de la loi du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français. Le Conseil d'État, dans un arrêt du 3 février 2021, juge que la présomption de causalité doit être renversée dans la mesure où

²³ Loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français.

²⁴ F. GILBERT (dir.), *Le Lamy responsabilité administrative*, Wolters Kluwer, 2020.

²⁵ Loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

²⁶ M-C. DE MONTECLER, « Essais nucléaires : le difficile renversement de la présomption de causalité, CE, 6 nov. 2020, req. n° 439003 », *Dalloz Actualité*, 13 nov. 2020.

²⁷ CE, 7^{ème} - 2^{ème} ch. réunies, 6 nov. 2020, *Ministre des Armées c/ Mme Perucho*, n° 439003, Lebon (Tables).

²⁸ C'est-à-dire le V de l'article 4 de la loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français.

²⁹ Conseil d'État, Centre de recherches et de diffusion juridiques, Jurisprudence des formations contentieuses du Conseil d'État, Novembre 2020, 68 p. Dans son arrêt CE, 7^{ème} - 2^{ème} ch. réunies, 6 nov. 2020, *Min. des Armées c/ Mme Perucho*, *op. cit.*, le Conseil d'État considère que « les dispositions de la loi du 5 janvier 2010 [...] dans leur rédaction issue de la loi du 28 décembre 2018 [sont] applicables, en vertu de l'article 57 de la loi du 17 juin 2020, à la date à laquelle le Conseil d'État règle au fond la présente affaire » (T. LELEU, « Victimes des essais nucléaires : dernier épisode autour de la présomption de causalité ? », *Actualité juridique en droit administratif* 2021, p. 578).

en l'espèce, la ministre des Armées a apporté la preuve que la dose annuelle de rayonnements ionisants dus aux essais nucléaires français reçue par l'intéressé a été inférieure à la limite réglementaire³⁰.

929. L'action préventive de l'État peut prendre la forme de régimes d'autorisation, comme c'est le cas en matière de mise sur le marché de nouveaux aliments et d'ingrédients alimentaires³¹. Plus rarement, la prévention peut se manifester à travers des interdictions, comme celle d'utiliser de l'amiant dans les bâtiments – que nous examinerons du point de vue de l'employeur dans la prochaine sous-section. L'État peut aussi avoir recours à des méthodes de dissuasion, notamment en agissant sur les prix et la consommation dans le but de lutter contre certains risques. Ainsi, les mesures d'augmentation du prix du tabac et des cigarettes visent à diminuer la consommation de tabac et réduire les risques cancérogènes³².
930. Comme évoqué précédemment³³, la police sanitaire spéciale joue un rôle important dans l'intervention publique en faveur de la prévention des risques sanitaires. Dans un arrêt du 26 octobre 2011, le Conseil d'État rappelle que la police spéciale attribuée à l'État en matière de communications électroniques repose sur la nécessité d'assurer un « *niveau élevé et uniforme de protection de la santé publique* » contre les effets des ondes électromagnétiques émises par les réseaux de communication, tout en reconnaissant la nécessité d'un « *fonctionnement optimal de ces réseaux notamment par une couverture complète de ce territoire*³⁴ ». De nombreuses polices spéciales ont été développées dans des champs très variés : police des déchets, de l'eau, des produits phytopharmaceutiques, de l'habitat insalubre, etc³⁵. La « santé dans toutes les politiques » prend donc une certaine consistance par ce biais.

³⁰ CE, 7^{ème} ch., 3 fév. 2021, *Mme C B contre Ministre des Armées*, n° 439640, Inédit.

³¹ Y. PETIT, « Mise en œuvre matérielle du droit communautaire de l'environnement », *op. cit.*

³² J-M. PONTIER, « La puissance publique et la prévention des risques », *op. cit.*

³³ Voir Chapitre 1 (Partie 2).

³⁴ CE, ass., 26 oct. 2011, *Commune de Saint-Denis c/ Société française du radiotéléphone*, n° 326492, Lebon (AJDA 2011, p. 2039 ; AJDA 2011, p. 2219, chron. J.-H. STAHL et X. DOMINO ; D. 2012, p. 2128, obs. B. MALLET-BRICOUT et N. REBOUL-MAUPIN).

³⁵ S. BRIMO, B. DEFOORT, « La police générale de la salubrité à l'épreuve de l'état d'urgence sanitaire : ou l'impossible disparition de la salubrité publique locale », *Revue de droit sanitaire et social* 2020, p. 848.

Par exemple, en matière de produits phytopharmaceutiques, selon un arrêt du CE, 3^{ème} - 8^{ème} ch. réunies, 31 déc. 2020, *Commune d'Arcueil c/ Ministère de l'Intérieur*, n° 439253, Lebon (Tables), le pouvoir de police spéciale des produits phytopharmaceutiques confié aux autorités de l'État fait obstacle à l'édiction, par le maire d'une commune, de mesures réglementaires d'interdiction de portée générale de l'utilisation de ces produits. Voir à ce sujet M-C. DE MONTECLER, « Le maire est incompétent pour interdire l'utilisation des pesticides », CE 31 déc. 2020, *Commune d'Arcueil*, req. n° 439253 », *Dalloz Actualité*, 8 janv. 2021.

931. Elle semble également mise en œuvre lorsque l'on s'intéresse à l'exemple de la santé scolaire. L'ordonnance du 18 octobre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, évoquée en chapitre premier de cette seconde partie³⁶ institue une visite médicale obligatoire au cours de la sixième année de l'enfant. La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection de l'enfance³⁷ a renforcé ce suivi médical des enfants en milieu scolaire en ajoutant trois autres visites au cours des neuvième, douzième et quinzième années de l'enfant. Ces visites consistent en un examen médical complet qui comprend un bilan de l'état de santé physique et psychologique de l'enfant³⁸. En matière d'éducation à la santé, la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école du 23 avril 2005³⁹ consolide le cadre législatif existant et consacre la légitimité de l'école dans ce domaine⁴⁰.

2°) La prévention des risques, une mission partagée avec d'autres acteurs

932. La prévention de la santé au travail offre un exemple de partage de responsabilité pour la protection de la santé entre l'État et l'employeur.

Certains considèrent qu'en matière d'utilisation de produits phytosanitaires, le Conseil d'État a fait avancer la consécration du droit à un environnement sain : « Si l'article 8 de la CEDH n'est pas spécifiquement visé et que le droit à un environnement sain n'est effectivement pas évoqué, l'arrêt du Conseil d'État du 26 juin 2019 annulant l'arrêt du 4 mai 2017 relatif à la commercialisation des produits phytosanitaires participe néanmoins d'une logique de la consécration d'un tel droit car l'arrêté est annulé non pas sur une interprétation large du principe de précaution - qui n'apparaît pas dans l'arrêt - mais bien sur des considérations liées à une conception générale du droit à un environnement de qualité » (D. GUINARD, « L'émergence d'un droit à un environnement sain et durable », *Revue de droit sanitaire et social* 2019, p. 149) à propos de CE, 5^{ème} – 6^{ème} ch. réunies, 26 juin 2019, *Association Générations futures, Association Eau et Rivières de Bretagne c/ Ministère de la transition écologique et solidaire, Ministère de l'agriculture et de l'alimentation*, n° 415426, n° 415431, Lebon.

³⁶ Ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres.

³⁷ Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection de l'enfance.

³⁸ A. KIMMEL-ALCOVER, « École, L'école primaire et la santé des élèves : entre protection et éducation », Dossier n° 20, *Droit de la famille* 2011 (Décembre), n° 12. À propos du contenu de ces visites médicales obligatoires (prévues à l'article L541-1 du Code de l'éducation), le Conseil d'État a jugé dans un arrêt (CE, 4^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 24 nov. 2017, *Conseil national de l'ordre des médecins*, n° 395858, Inédit), que le Conseil national de l'ordre des médecins est en partie fondé à demander d'annuler pour excès de pouvoir l'arrêté du 3 novembre 2015 de la ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et de la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L541-1 du Code de l'éducation. Le Conseil d'État juge qu'il y a lieu d'annuler pour excès de pouvoir l'arrêté attaqué qu'en tant que ses annexes I et II prévoient la mise à la disposition des personnels de l'éducation nationale des données issues des visites médicales et de dépistage obligatoires (et non sur le fait invoqué par le CNOM que l'arrêté confie illégalement certaines missions aux infirmiers de l'éducation nationale).

³⁹ Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école.

⁴⁰ A. KIMMEL-ALCOVER, « École, L'école primaire et la santé des élèves : entre protection et éducation », *op. cit.*

933. L'encadrement juridique de la santé des salariés a considérablement évolué au fil du temps : des dispositions législatives et réglementaires dispersées sur l'hygiène et la sécurité ont peu à peu évolué en une législation cohérente adoptant une approche globale de la santé au travail⁴¹. En partie du fait de l'influence du droit de l'Union européenne, la législation sur la santé au travail, qui portait avant sur la réparation, inclut désormais aussi la prévention⁴². Celle-ci, qui fut un temps perçue uniquement comme un moyen pour l'employeur d'éviter la responsabilité, est à présent « *un but en soi*⁴³ ».

934. Le législateur a adopté à partir de 1977 une protection particulière pour les travailleurs exposés à la poussière d'amiante⁴⁴. La jurisprudence des années 2000 a joué un rôle déterminant dans l'évolution de la santé au travail et son intégration dans le champ de la santé publique⁴⁵. La chambre sociale de la Cour de cassation s'est engagée dans une démarche active de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs et de promotion de la prévention des risques professionnels⁴⁶. En 2002, elle a retenu l'existence d'une obligation de sécurité de résultat pesant sur l'employeur en matière de santé et de sécurité des travailleurs exposés à l'amiante⁴⁷. En 2005, elle a érigé la protection des salariés contre le tabagisme passif en obligation de sécurité de résultat pour l'employeur⁴⁸. Ses décisions en matière de tabagisme au travail ont un réel impact car elles ont contribué à l'adoption du décret n° 2006-2386 du 15 novembre 2006 qui a renforcé l'interdiction de fumer dans les lieux publics à partir du 1^{er} février 2007⁴⁹.

⁴¹ N. MARTIN-PAPINEAU (dir.), *La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, Enjeux, réalisations, perspectives*, LGDJ, Université de Poitiers, Collection de la faculté de droit et des sciences sociales, 2006, 184 p.

⁴² *ibid*, voir dans cet ouvrage « La santé au travail, composante de la santé publique » par A. BOUSIGES pour un historique de la législation sur la santé au travail.

⁴³ N. MARTIN-PAPINEAU (dir.), *La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, Enjeux, réalisations, perspectives*, *op. cit.*

⁴⁴ Décret n° 77-949 du 17 août 1977 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des poussières d'amiante. Voir Chapitre 1 (Partie 2).

⁴⁵ N. MARTIN-PAPINEAU (dir.), *La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, Enjeux, réalisations, perspectives*, *op. cit.*

⁴⁶ Cour de cassation, La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation, Rapport annuel 2007, 581 p.

⁴⁷ C. BERGOIGNAN-ESPER, P. SARGOS, *Les grands arrêts du droit de la santé*, 3^{ème} édition, Dalloz, Grands arrêts, 2010, 603 p. Les « arrêts amiante » de la Cour de cassation sont les suivants : Soc., 28 fév. 2002, n° 0010051, n° 9917221, n° 9921255 et n° 9917201.

⁴⁸ Cour de cassation, La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation, *op. cit.* Par exemple, selon la décision Cass. soc., 29 juin 2005, n° 03-44.412, Bull. 2005 V N° 219 p. 192, l'employeur est tenu à une obligation de sécurité de résultat vis-à-vis de ses salariés en ce qui concerne leur protection contre le tabagisme dans l'entreprise.

⁴⁹ C. BERGOIGNAN-ESPER, P. SARGOS, *Les grands arrêts du droit de la santé*, *op. cit.*

935. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique⁵⁰ a joué un rôle important dans l'évolution du droit de la santé au travail⁵¹ : l'article L1411-1 du Code de la santé publique comprend désormais l'identification et la réduction des risques liés aux conditions de travail⁵².

Parmi les cent objectifs de santé publique annoncés dans cette loi, ceux liés à la santé au travail concernent la réduction du nombre d'accidents routiers mortels liés au travail, la réduction du nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires, ou à un certain niveau de bruit, et la réduction des effets sur la santé des expositions aux agents cancérogènes⁵³. Avec la loi de santé de 2004, la santé au travail devient une composante de la santé publique⁵⁴. Une ordonnance du 1^{er} septembre 2005 poursuit dans ce sens en étendant les missions de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement au domaine du travail⁵⁵. Le Professeur Bousiges considère que ce rapprochement entre santé au travail et santé publique s'explique par le fait que la législation relative à la santé – notamment celle présente dans le Code du travail - « *déborde l'aspect contractuel et touche au droit fondamental de tout individu au respect de son intégrité physique*⁵⁶ ».

936. La loi du 8 août 2016⁵⁷ a introduit le droit du salarié à la déconnexion et a instauré des mesures de lutte contre harcèlement moral au travail et contre le burn-out. À partir de 2020,

⁵⁰ Voir Chapitre 1 (Partie 2).

⁵¹ N. MARTIN-PAPINEAU (dir.), *La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, Enjeux, réalisations, perspectives*, op. cit.

⁵² Version de l'article L1411-1 du Code de la santé publique en 2004 : « *La politique de santé publique concerne : [...] 6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer. [...]* ».

Version actuelle de L1411-1 du Code de la santé publique : « *La politique de santé comprend :*

1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine ;

2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer ; [...] ».

⁵³ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁵⁴ N. MARTIN-PAPINEAU (dir.), *La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, Enjeux, réalisations, perspectives*, op. cit.

⁵⁵ Ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine.

⁵⁶ A. BOUSIGES in N. MARTIN-PAPINEAU (dir.), *La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, Enjeux, réalisations, perspectives*, op. cit.

⁵⁷ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

l'employeur est très sollicité pour contribuer à la lutte contre l'épidémie de coronavirus. Les mesures souples et simplement incitatives contribuent également à favoriser un lien fort entre les enjeux sanitaires et professionnels. Ainsi, dans un communiqué du 5 octobre 2020⁵⁸, le ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion rappelle que pour garantir la santé et la sécurité des salariés, les employeurs et salariés doivent autant que possible recourir au télétravail dans les zones en alerte épidémique.

937. L'action préventive de l'État peut résulter en des obligations pour d'autres personnes que les employeurs. En vertu de la directive européenne Seveso III⁵⁹, transposée en droit français par la loi du 16 juillet 2013 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine du développement durable⁶⁰, les installations présentant des risques d'accidents dangereux ont une obligation de prévention des risques. Le cas de l'entreprise Lubrizol est un exemple récent : cette société exploite une usine de fabrication d'additifs pour lubrifiants sur un site situé sur le territoire de la commune de Rouen. À la suite de l'accident du 26 septembre 2019 survenu dans les locaux de cette société, une interdiction d'exploiter a été prescrite à son égard par un arrêté du même jour. Puis, le préfet de la Seine-Maritime, par un arrêté du 13 décembre 2019, a partiellement levé la suspension de l'activité du site rouennais de la société Lubrizol. L'association Rouen Respire demande alors au juge des référés du Tribunal administratif de Rouen d'ordonner la suspension de l'exécution de l'arrêté du 13 décembre 2019. Le juge des référés considère qu'il n'y a pas matière à statuer sur la recevabilité de la requête ni d'examiner si la condition d'urgence est satisfaite, car au regard des moyens développés par l'association requérante, il juge qu'il n'existe pas de doute sérieux quant à la légalité de l'arrêté du 13 décembre 2019 et rejette la requête de Rouen Respire⁶¹.

⁵⁸ Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, En zone d'alerte renforcée et maximale, les employeurs et salariés doivent, autant que possible, recourir au télétravail, Communiqué, 5 octobre 2020.

⁵⁹ Directive n° 2012/18/UE du 4 juillet 2012 concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses.

⁶⁰ Loi n° 2013-619 du 16 juillet 2013 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine du développement durable.

⁶¹ TA Rouen, 7 févr. 2020, *Association Rouen respire*, n° 2000128.

B) Le principe de précaution, un principe consacré pour les questions environnementales mais appliqué en matière sanitaire

938. Bien que le constituant n'ait pas souhaité inclure la santé dans l'article 5 de la Charte de l'environnement consacrant le principe de précaution en matière environnementale⁶², l'évolution du droit qui a suivi a quand même ouvert la porte de ce principe aux questions sanitaires. La santé publique constituerait même aujourd'hui la « *terre d'élection* » du principe de précaution, plus que le droit de l'environnement⁶³. Cela peut s'expliquer par le lien reconnu par le juge, de façon précoce, entre les questions de santé et d'environnement.
939. Le Conseil constitutionnel fait en effet implicitement un lien entre la protection de la santé et de l'environnement dès 1980 dans sa décision sur la loi sur la protection et le contrôle des matières nucléaires⁶⁴. À cette occasion, il juge que la loi dont il a été saisi est conforme à la Constitution. Alors que le texte de la loi n° 80-572 du 25 juillet 1980 sur la protection et le contrôle des matières nucléaires ne mentionne, en son article 6, que la sécurité des personnes et des biens, le Conseil constitutionnel ajoute la protection de la santé dans son considérant, juste avant de citer la protection de la sécurité. Le Conseil considère en particulier que l'article 6 de ladite loi n'apporte à l'exercice du droit de grève⁶⁵ que les restrictions nécessaires à la sauvegarde des objets d'intérêt général visés, dont font partie la protection de la santé et de la sécurité des personnes et des biens⁶⁶.
940. Le Conseil d'État a lui aussi opéré un lien similaire dans un arrêt de 1988⁶⁷. Dans cette affaire, deux syndicats professionnels du secteur de l'énergie demandaient l'annulation pour

⁶² Voir notamment N. KOSCIUSKO-MORIZET, Rapport fait au nom de la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi constitutionnelle (n° 992) relatif à la Charte de l'environnement, Assemblée nationale, Rapport n° 1595, 12 mai 2004, 214 p. : « *seul le dommage à l'environnement peut être pris en compte. Une atteinte directe et exclusive à la santé humaine n'entre pas dans le champ d'application de l'article 5 [...] Les deux domaines (santé et environnement) demeurent distincts. La Charte de l'environnement n'est pas une charte de la santé publique* » (p. 98).

⁶³ S. RENARD, L'ordre public sanitaire, Étude de droit public interne, *op. cit.*

⁶⁴ Cons. constit, 22 juill. 1980, *Loi sur la protection et le contrôle des matières nucléaires*, n° 80-117 DC. Voir à ce sujet M. PRIEUR (dir.), *Droit de l'environnement*, 8^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2019, 1394 p.

⁶⁵ Le Conseil constitutionnel précise que l'hypothèse du droit de grève n'est d'ailleurs pas visée directement par l'article 6 de la loi en cause.

⁶⁶ *ibid.*

⁶⁷ CE, 13 janv. 1988, *Synd. nat. production autonome d'électricité*, n° 35009 et 35063, Lebon (Tables), RJ envir. 1988, p. 346. Voir à ce sujet M. PRIEUR (dir.), *Droit de l'environnement*, 8^{ème} édition, *op. cit.*

excès de pouvoir du décret n° 81-376 du 15 avril 1981 portant application de l'article 28 (2°) de la loi du 26 octobre 1919 modifiée relative à l'utilisation de l'énergie hydraulique et approuvant le modèle de règlement d'eau pour les entreprises autorisées sur les cours d'eau. Le Conseil d'État, dans son considérant, affirme que « *la protection de la nature est l'un des aspects de la protection de la salubrité publique* » ce qui justifie qu'une autorité compétente puisse révoquer ou modifier sans indemnisation les autorisations de prise d'eau précédemment accordées, sans que leurs bénéficiaires puissent opposer de droits acquis du fait de celles-ci. Les requêtes des syndicats sont rejetées.

941. En matière de santé, « *la précaution implique que [...] les autorités sanitaires fassent prévaloir les intérêts de la santé publique sur les intérêts économiques et la liberté d'entreprendre*⁶⁸ ». Le législateur a manifesté cette volonté notamment dans la Résolution sur la mise en œuvre du principe de précaution adoptée le 1^{er} février 2012 par l'Assemblée nationale, où il est question de l'application du principe de précaution en matière environnementale, mais aussi sanitaire et alimentaire. Il s'agit d'une déclaration non contraignante⁶⁹ mais à notre sens assez significative.
942. Dans cet esprit, le Conseil d'État s'est prononcé sur l'interprétation de l'article 1^{er} de la Charte, relatif au droit à un environnement sain et équilibré, et de l'article 5 sur le principe de précaution : dans un arrêt du 8 octobre 2012 il juge que « *le principe de précaution s'applique aux activités qui affectent l'environnement dans des conditions susceptibles de nuire à la santé des populations concernées*⁷⁰ » puis, dans un arrêt d'assemblée du 12 avril 2013⁷¹, précise « *qu'il appartient [...] à l'autorité compétente de l'État, saisie d'une demande tendant à ce qu'un projet soit déclaré d'utilité publique, de rechercher s'il existe des éléments circonstanciés de nature à accréditer l'hypothèse d'un risque de dommage grave et irréversible pour l'environnement ou d'atteinte à l'environnement susceptible de nuire de manière grave à la santé, qui justifierait, en dépit des incertitudes subsistant quant à sa réalité et à sa portée en l'état des connaissances scientifiques, l'application du principe de précaution* ».

⁶⁸ S. RENARD, L'ordre public sanitaire, Étude de droit public interne, *op. cit.*

⁶⁹ F-G. TRÉBULLE, « Droit de l'environnement septembre 2011 - juillet 2012 », Recueil Dalloz 2012, p. 2557.

⁷⁰ CE, 6^{ème} et 1^{ère} ss-sect. réunies, 8 oct. 2012, *Commune de Lunel*, n° 342423, Lebon (Tables).

⁷¹ CE, ass., 12 avril 2013, *Association Coordination Interrégionale Stop THT et autres c/ Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie*, n° 342409 (et aff. jointes n° 342569, 342689, 342740, 342748 et 34282), Lebon.

943. D'une part, comme pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques, le principe de précaution tend à influencer, en amont, sur la prise de décision publique elle-même : « *En abaissant le seuil de connaissances à partir duquel les autorités publiques doivent intervenir, la précaution fait en effet remonter plus haut dans le temps le moment de la décision. Sa mise en œuvre modifie donc les critères de déclenchement de l'action publique en ajoutant le risque incertain au risque prouvé*⁷² ».
944. D'autre part, le principe de précaution implique, comme pour la « santé dans toutes les politiques », de regarder en aval. Il suppose en effet d'adopter une approche prospective de la décision, dans la mesure où il nécessite de prendre en compte des risques futurs⁷³. Il contient une « *obligation d'anticipation*⁷⁴ », une « *obligation à la prévoyance, à la prévision, à la clairvoyance*⁷⁵ ». La « santé dans toutes les politiques » implique également d'envisager les décisions et leurs conséquences à l'avenir.
945. Les principes de précaution et de prévention contre les risques pour la santé peuvent être complémentaires avec la « santé dans toutes les politiques » mais ces notions restent, à notre sens, très distinctes.
946. La loi n° 2019-1428 du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités combine plusieurs approches : protection contre les risques, préservation et amélioration de la santé. En vertu de cette loi, l'article L1111-1 du Code des transports prévoit que « *l'organisation des mobilités sur l'ensemble du territoire doit satisfaire les besoins des usagers et rendre effectifs le droit qu'a toute personne [...] de se déplacer et la liberté d'en choisir les moyens, y compris ceux faisant appel à la mobilité active [...]. La mise en œuvre de cet objectif s'effectue dans les conditions économiques, sociales et environnementales les plus avantageuses pour la collectivité et dans le respect des objectifs de lutte contre la sédentarité et de limitation ou de réduction des risques, accidents, nuisances, notamment sonores, émissions de polluants et de gaz à effet de serre* ». On voit ici la volonté de réduire l'exposition aux risques pour la santé mais aussi en arrière-plan le souhait d'encourager des modes de déplacement favorables à la santé. Cet article comporte par ailleurs un autre élément résonnant avec la « santé dans toutes les politiques », à savoir la recherche de l'équité en santé, en ce qu'il mentionne que ces mesures s'appliquent aussi aux personnes ayant une mobilité réduite ou un handicap.

⁷² S. RENARD, L'ordre public sanitaire, Étude de droit public interne, *op. cit.*

⁷³ *ibid.*

⁷⁴ F. EWALD, C. GOLLIER, N. DE SADELEER, *Le principe de précaution*, Presses universitaires de France, Que sais-je ? 2008, 128 p.

⁷⁵ *ibid.*

947. Pour finir ce développement, notons que la préservation de la santé est une notion intermédiaire, peu documentée et que l'on peut difficilement situer avec précision entre la protection contre les risques et l'amélioration de la santé. De toute évidence, préserver la santé implique de maintenir un état de santé existant. Il y a donc naturellement la nécessité de combattre les dangers et les risques qui surgissent, mais il y a sans doute également une lutte pour conserver un équilibre entre des forces qui influencent tantôt positivement, tantôt négativement la santé.
948. Nous avons déjà mentionné la loi du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte, qui contient la notion de préserver la santé, et n'y reviendrons pas ici⁷⁶. Dans le cas de la loi du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités, la préservation de la santé semble très proche de son amélioration : elle introduit dans le Code des transports l'article L1271-1 selon lequel « *les mobilités actives, notamment la marche à pied et le vélo, sont l'ensemble des modes de déplacement pour lesquels la force motrice humaine est nécessaire, avec ou sans assistance motorisée. Elles contribuent à la mise en œuvre de l'objectif assigné à l'organisation des mobilités définie à l'article L1111-1⁷⁷ et à la préservation de la santé publique* ». La priorité n° 4 de la loi précise que « *les effets bénéfiques en termes de santé publique des modes actifs sont désormais reconnus* » ce qui sous-entend que les mobilités actives ont un impact positif sur la santé. La même loi mentionne également que « *l'État soutient le développement de la végétalisation des infrastructures de la mobilité, qui a un impact positif sur la qualité de l'environnement, la santé publique et la qualité de vie* ».
949. La notion de préservation de la santé apparaît dans la jurisprudence, notamment en matière de protection du salarié au travail, comme l'illustre un arrêt de la Cour administrative d'appel de Paris du 16 avril 2019 portant sur une mise en demeure par l'inspection du travail d'une société où un climat d'anxiété fortement pathogène pour les salariés s'était installé, arrêt qui sera commenté dans le chapitre suivant⁷⁸. Par ailleurs, dans une ordonnance de référé rendue le 29 octobre 2021 au sujet du passe sanitaire, le juge administratif reprend, sans la rectifier, l'inexactitude présente dans le moyen soulevé par les associations et particuliers requérants, lesquels invoquent une violation du « *principe constitutionnel de*

⁷⁶ Voir Chapitre 2 (Partie 2), notamment Section 2, § 1) A) 1°) Des velléités freinées par une méthode défectueuse.

⁷⁷ Voir les détails sur cet article à la page précédente.

⁷⁸ CAA de Paris, 3^{ème} ch., 16 avr. 2019, *Société LexisNexis c/ Préfecture de police*, n° 17PA03048, Inédit.

*préservation de la santé*⁷⁹ ». Cette utilisation de l'expression « *préservation de la santé* » par le juge administratif indique que ce dernier est déjà imprégné - certes de façon vague - de ce concept issu du champ de la santé publique. Cependant, si la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques » est recherchée par les pouvoirs publics, il sera nécessaire à l'avenir que soient apportées, soit par le législateur, soit par le juge, des clarifications terminologiques sur les termes de protection, de préservation et d'amélioration de la santé.

Dans certains cas, le législateur se montre beaucoup plus optimiste sur la portée de son action en santé.

§ 2) Améliorer la santé et l'équité en santé

950. La recherche de l'amélioration de la santé et de l'équité en santé est caractéristique de l'approche « santé dans toutes les politiques » (A) et gagne peu à peu en importance en droit de la santé français (B).

A) En théorie, l'élément de distinction de la « santé dans toutes les politiques »

951. Le second concept-clé de la définition de la « santé dans toutes les politiques » est l'amélioration de la santé. C'est précisément pour nous ce qui distingue fortement l'approche « santé dans toutes les politiques » d'autres approches de santé publique. L'amélioration de la santé est un objectif ambitieux, qui se rapproche d'un idéal. Fidèlement aux principes théoriques de la promotion de la santé, une approche proactive et, selon nous, quasi-offensive est censée dominer en vue d'agir positivement sur l'état de santé et de donner plus de contrôle à la population sur sa propre santé.
952. Comme l'indique d'ailleurs l'article L1411-1-2 du Code de la santé publique, « *des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé* ». En outre, la vision holistique de la santé permet d'envisager les déterminants de la santé de façon extrêmement large. Le marketing et la publicité, par exemple, font partie

⁷⁹ CE, juge des réf., 29 oct. 2021, n° 457520, Inédit.

intégrante de ce que les épidémiologistes appellent les déterminants environnementaux de la santé. Les mesures de marketing et de publicité influent fortement sur la consommation de tabac, d'alcool, de *junk food*, mais aussi de produits plus favorables à la santé. Les politiques publiques peuvent agir sur ces éléments dans un sens ou dans l'autre et, *in fine*, avoir un fort impact sur l'état de santé de la population.

953. En droit de l'environnement, la charte à valeur constitutionnelle, dans son article 2, affirme que « *toute personne a le devoir de prendre part à la préservation et à l'amélioration de l'environnement*⁸⁰ ». En matière de santé, la préservation et l'amélioration sont présentes, mais jamais de façon obligatoire pour les individus. La moindre contrainte en matière de comportement sanitaire peut immédiatement être perçue comme excessive et porteuse de graves dérives totalitaires, comme le montrent les tensions présentes dans la société française en réaction aux mesures gouvernementales prises pour lutter contre l'épidémie de covid-19. La recherche de la meilleure santé possible est regardée tantôt comme un idéal, tantôt comme un cauchemar.
954. Le positionnement politique relativement réservé sur la lutte contre les inégalités sociales de santé a été présenté dans le premier chapitre de la seconde partie de cette thèse. Sur ce point, il est difficile d'affirmer que la France applique la « santé dans toutes les politiques » fidèlement, puisqu'elle ne tient pas fortement compte de l'équité en santé.

B) Un élément de plus en plus mis en pratique

955. L'année 2016 marque une accélération dans les efforts d'inscription, en droit, de la notion d'amélioration de la santé de la population. La loi de modernisation de notre système de santé⁸¹ a introduit à l'article L1411-1 du Code de la santé publique les règles suivantes : « *La politique de santé relève de la responsabilité de l'État. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* ». Ce texte illustre le large spectre de l'intervention étatique en santé, qui va de l'amélioration des déterminants de la santé, jusqu'à la prévention et enfin aux soins médicaux. La démarche proactive de création de

⁸⁰ Charte de l'environnement, 1^{er} mars 2005.

⁸¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

facteurs positifs pour la santé est mise au premier rang. La vision sanitaire française englobe bien tous les aspects de la santé. Comme l’a écrit Monsieur Tabuteau, cette vision intègre, à travers cette loi, des concepts-clés de santé publique qui sont au cœur des travaux de l’OMS depuis des décennies⁸².

956. La loi de 2016 introduit pour la première fois le concept d’exposome en droit français. Présenté comme le fondement des nouvelles politiques de santé françaises, l’exposome est défini par l’article L1411-1 du Code de la santé publique comme « *l’intégration sur la vie entière de l’ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine* ». Une conséquence directe de ce nouvel élément en droit est la création de la commission d’experts sur les « 1000 premiers jours » qui a remis son rapport au secrétaire d’État en charge de l’Enfance et des Familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé en septembre 2020. Ce rapport se fonde sur les connaissances scientifiques qui montrent que la période de la petite enfance conditionne la santé et le bien-être de l’individu tout au long de sa vie⁸³. On sait maintenant que le jeune enfant est particulièrement vulnérable aux expositions environnementales et que les facteurs de risque auxquels il est exposé dans les premiers moments de sa vie peuvent influencer son état de santé même à l’âge adulte. L’exposome a été défini pour la première fois en 2005 par Christopher Wild, directeur du Centre international de recherche sur le cancer et suppose de ne pas limiter l’environnement à la vision des années 1970, c’est-à-dire aux problèmes de pollution des milieux, mais d’avoir une vision plus globale⁸⁴. Selon l’épidémiologiste Séverine Deguen⁸⁵, le concept d’exposome a d’abord été développé de façon assez étroite, en tenant compte surtout des expositions quantifiables en laboratoire ; mais les chercheurs en épidémiologie dite « sociale » contribuent à ce que les études sur l’exposome intègrent de plus en plus les déterminants environnementaux de la santé, qui sont moins évidents mais tout aussi décisifs⁸⁶.

⁸² A. LAUDE, D. TABUTEAU, *La loi santé, Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Presses de l’EHESP, Références Santé Social, 2016, 480 p.

⁸³ Ministère des Solidarités et de la santé, *Les 1000 premiers jours, là où tout commence*, Rapport de la Commission des 1000 premiers jours, septembre 2020, 130 p.

⁸⁴ A. CIOLELLA, « Le trente-troisième anniversaire de la santé environnementale », *Les Tribunes de la santé* 2017, Vol. 54, n° 1, p. 31-37.

⁸⁵ S. DEGUEN, *Formation à l’épidémiologie sociale*, EHESP, Janvier 2021.

⁸⁶ Voir à ce sujet M. TISSIER-FASSIN *et al.*, « Rendre effectif le droit à un environnement sain : les défis scientifiques et juridiques soulevés par le concept d’exposome », *Revue juridique de l’environnement* 2020, p. 39-80 ; voir également B. JÉGOU, « Le paradigme de l’exposome : définition, contexte et perspective », *Médecine Science* 2020, n° 36.

957. En somme, cette loi de 2016 résolument porteuse de la « santé dans toutes les politiques » souffre d'un nom réducteur à certains égards puisque ce texte intervient dans d'autres domaines, notamment celui de l'alimentation et ne concerne donc pas seulement le système de santé, mais aussi la santé hors du système de santé.
958. La SNS, adoptée en 2018, poursuit dans ce mouvement de « santé dans toutes les politiques » en consacrant parmi ses objectifs la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé⁸⁷. Cela correspond selon nous à l'objectif d'amélioration de l'équité en santé porté par la « santé dans toutes les politiques ». En outre, l'article L1411-1-1, dédié à la SNS, promeut une vision de la santé avant tout positive en affirmant en priorité l'objectif d'amélioration de la santé : « *La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie* ».
959. La crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus suscite sans doute une prise de conscience à l'égard de la santé et marque ainsi un nouveau tournant, de façon très différente que celui engagé par la loi de 2016. Des experts constatent que cette pandémie agit comme un démultiplicateur d'inégalités sociales notamment en matière de santé⁸⁸. L'avis du HCSP rendu en avril 2020 en réponse à la saisine du secrétariat d'État auprès du ministre de la Solidarité et de la Santé, relatif à l'impact de la crise sanitaire sur les inégalités sociales de santé des enfants, témoigne d'une préoccupation gouvernementale pour cet enjeu⁸⁹. Le HCSP montre dans ses travaux en quoi les politiques publiques contribuent tantôt à la création des inégalités sociales de santé, tantôt à leur réduction⁹⁰.

⁸⁷ Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, Annexe : Stratégie nationale de santé (2018-2022).

⁸⁸ G. MENVIELLE, T. LANG, « Éditorial : Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution », Actualité et dossier en santé publique 2021, n° 113 ; par ailleurs, un article du journal *The Lancet* souligne que la pandémie de covid-19 a mis en lumière l'absence de données suffisantes permettant de comprendre la plus forte vulnérabilité de certains groupes de populations à un état de santé dégradé (M. MOLOKHIA, S. HARDING, « An urgent need for primary care to engage with social and structural determinants of health », *The Lancet* 2021, Vol. 6).

⁸⁹ Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à la gestion de l'épidémie de covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur, 18 juin 2020, 44 p.

⁹⁰ Voir par exemple : Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à la gestion de l'épidémie de covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur, *op. cit.* Dans ce contexte, et afin d'intégrer dans son avis la problématique des inégalités sociales pour la santé des enfants, le HCSP explique qu'il faut prendre en considération l'environnement familial. Il tient donc compte des inégalités de logement, des inégalités de revenus et ressources financières, des inégalités de niveau d'études et capital culturel des parents, et des inégalités territoriales de services publics, pour mettre en évidence les conséquences pour le développement et la santé des

960. De même, un rapport public rendu en 2021 sur la rénovation thermique des logements témoigne de cette évolution : l'amélioration de la santé est affirmée aux côtés d'autres enjeux⁹¹. Dès le début du rapport on peut lire que *« la rénovation thermique des bâtiments est un enjeu fort à la croisée des préoccupations environnementales (réduction des gaz à effet de serre et lutte contre le dérèglement climatique), mais aussi de pouvoir d'achat (réduction de la facture énergétique), d'économie (emploi et activité des entreprises du bâtiment), de santé et de qualité de vie⁹² »*.
961. Protection de la santé, préservation de la santé, amélioration de la santé : ces trois démarches sont compatibles, comme le montre l'article L1411-1 du Code de la santé publique⁹³, et les normes qui les mettent en œuvre participent à la formation du flux normatif qui nous intéresse ici. En effet, la « santé dans toutes les politiques » à la française poursuit tous ces objectifs à la fois. Dans certains domaines, en particulier le droit de la consommation et le droit de l'environnement, les problématiques sont traditionnellement proches de celle de la santé et ont depuis longtemps été abordées à la lumière des enjeux sanitaires. Nous verrons dans une seconde section la situation en droit de la consommation, où une forte intégration de la question sanitaire est moins surprenante et moins occasionnelle que dans d'autres domaines.

enfants (du confinement et de la crise sanitaire). Le rapport montre que si lors de cette crise, *« les enfants ont été relativement protégés de l'agent infectieux »*, ils ont, *« du fait des mesures qui ont été mises en œuvre pour maîtriser la diffusion du virus dans la population »*, subi des situations qui ont pu affecter leur état de santé global. En effet, le HCSP affirme l'existence d'un *« fort impact de la crise en termes d'inégalités sociales et territoriales de santé »* et souligne que *« le dispositif statistique français lui-même est insuffisant à rendre compte de cet impact »*.

⁹¹ V. DESCOEUR, M. MEYNIER-MILLEFERT, Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la mission d'information sur la rénovation thermique des bâtiments au nom de la Commission du développement durable et de l'aménagement du territoire, Assemblée nationale, Rapport n° 3871, 2021, 177 p.

⁹² *ibid.*

⁹³ La politique de santé comprend *« 2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer »*.

Section 2. La protection et l'amélioration de la santé, l'exemple du droit de la consommation

962. Le droit de la consommation a pour objectif de protéger les consommateurs⁹⁴. Nous nous intéresserons ici à certains aspects de cette branche du droit qui selon nous, ont un lien avec la protection de la santé du consommateur. On notera à travers le développement suivant que le droit de la consommation est conçu largement et ne se limite pas aux dispositions du Code de la consommation⁹⁵. En effet, le droit de la consommation remplit historiquement une grande mission sanitaire. Depuis longtemps, les questions sanitaires sont étroitement liées à des enjeux de qualité, de sécurité alimentaire et de lutte contre la falsification des denrées et boissons. Ces missions furent notamment confiées, au XIX^{ème} siècle, aux Conseils de salubrité publique⁹⁶.
963. Le droit de la consommation a recours à deux types de méthodes⁹⁷. La méthode préventive vise à éviter que les consommateurs ne subissent un préjudice. C'est le cas des mesures visant à retirer du marché les produits dangereux. La méthode curative cherche à réparer les conséquences d'un préjudice déjà réalisé. C'est le cas de la responsabilité du fait des produits défectueux. On s'attardera ici sur certaines mesures fondées sur la méthode préventive, mais aussi sur une troisième catégorie de mesures que l'on propose d'identifier comme relevant à la fois du droit de la consommation et du droit de la santé car elles répondent à un objectif d'amélioration de la santé. Dans ce cas de figure, le droit de la consommation est utilisé au profit de la santé.
964. Puisque le droit de la consommation et de l'alimentation sera ici abordé sous le prisme de la « santé dans toutes les politiques » telle qu'elle a été définie par l'OMS et ses États

⁹⁴ J. CALAIS-AULOY, H. TEMPLE, M. DÉPINCÉ, *Droit de la consommation*, 10^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2020, 778 p.

⁹⁵ *ibid.*

⁹⁶ L. PAQUY, « Santé publique, répression des fraudes et action municipale à la fin du XIX^{ème} siècle : le laboratoire grenoblois d'analyses alimentaires », *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 2004, n° 51-3.

⁹⁷ J. CALAIS-AULOY, H. TEMPLE, M. DÉPINCÉ, *Droit de la consommation*, *op. cit.*

membres au fil du temps⁹⁸, nous nous concentrerons davantage sur les dispositions légales qui adoptent une vision globale de la santé, et moins sur une vision uniquement défensive de la santé, fondée sur la protection contre les risques. Nous ne nous attarderons pas, par exemple, sur les obligations de conformité et de sécurité des produits. Nous étudierons donc en priorité ici les mesures qui, tout en régissant avant tout les relations entre professionnel et consommateur, poursuivent un but soit de prévention, soit de promotion d'une vie saine. S'appuyer sur ce modèle nous permettra d'apprécier la relative étroitesse de l'application de la « santé dans toutes les politiques » en droit français de la consommation et de l'alimentation.

965. À travers cette section, une distinction apparaîtra entre les mesures visant à informer le consommateur - qui correspondent notamment à des obligations d'information à la charge du professionnel - et les mesures visant à protéger directement le consommateur, qui se concrétisent par d'autres types d'obligations ou d'interdictions pour les professionnels. La distinction est importante dans la mesure où d'une part, « *informer les consommateurs, c'est admettre qu'ils sont capables de défendre eux-mêmes leurs intérêts : la loi se borne à leur donner les moyens de le faire*⁹⁹ ». Ce raisonnement est suivi notamment pour l'obligation d'apposer, sur les bouteilles contenant des boissons alcoolisées, un message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes. D'autre part, « *protéger les consommateurs, c'est reconnaître que ceux-ci, même informés, sont victimes d'abus contre lesquels ils ne peuvent lutter ; la loi vise alors à supprimer directement ces abus*¹⁰⁰ ». Le degré d'interventionnisme législatif est donc variable selon les mesures qui seront présentées.

966. Le HCSP a rappelé en 2018 le lien entre l'alimentation et l'état de santé et plus précisément « *l'impact estimé des facteurs de risques nutritionnels sur les maladies chroniques et la mortalité en France*¹⁰¹ ». Concrètement, « *la part attribuable aux facteurs nutritionnels en France en 2016 [...] place [c]es facteurs [...] (consommation d'alcool et facteurs nutritionnels) parmi les trois premiers facteurs de risque de morbidité et mortalité en France avec le tabac*¹⁰² ». C'est pourquoi nous allons ici nous intéresser

⁹⁸ Voir Titre 1 (Partie 1).

⁹⁹ J. CALAIS-AULOY, H. TEMPLE, M. DÉPINCÉ, *Droit de la consommation*, op. cit.

¹⁰⁰ *ibid.*

¹⁰¹ Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022, 9 février 2018, 22 p.

¹⁰² *ibid.*

au droit de l'alimentation, qui prend la forme d'un « ensemble hétéroclite de règles, où se mêlent droit « dur » et droit « mou », obligation et simple conseil¹⁰³ ».

967. Le lien entre santé et alimentation est pris en compte par la politique de l'alimentation depuis longtemps : la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche précise que « la politique publique de l'alimentation vise à assurer à la population l'accès, dans des conditions économiquement acceptables par tous, à une alimentation sûre, diversifiée, en quantité suffisante, de bonne qualité gustative et nutritionnelle, produite dans des conditions durables. Elle vise à offrir à chacun les conditions du choix de son alimentation en fonction de ses souhaits, de ses contraintes et de ses besoins nutritionnels, pour son bien-être et sa santé ».

S'agissant de ces problématiques, un cadre juridique contraignant (§ 1) est complété par des éléments de droit plus souples (§ 2).

§ 1) Un dispositif contraignant envers les professionnels

968. La relation entre le professionnel et le consommateur étant naturellement déséquilibrée en droit de la consommation¹⁰⁴, il n'est pas étonnant qu'une grande part des mesures ayant une influence sur la santé du consommateur soit adressée au professionnel plutôt qu'au consommateur lui-même. Le consommateur est considéré de nos jours comme étant la plupart du temps dans une situation d'infériorité par rapport au professionnel, en particulier « les consommateurs appartenant aux catégories les plus défavorisées, en raison de leur pauvreté, de leur ignorance ou de leur âge¹⁰⁵ ».

969. En droit de la consommation, le professionnel est défini par l'ordonnance n° 2016-301 du 14 mars 2016 relative à la partie législative du Code de la consommation comme « toute personne physique ou morale, publique ou privée, qui agit à des fins entrant dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale, libérale ou agricole, y compris lorsqu'il agit au nom ou pour le compte d'un autre professionnel ». Le consommateur est quant à lui défini par la même ordonnance

¹⁰³ S. BRIMO, « À la recherche du 4^{ème} volet du Plan national nutrition santé », Revue de droit sanitaire et social 2017, p. 690.

¹⁰⁴ J. CALAIS-AULOY, H. TEMPLE, M. DÉPINCE, *Droit de la consommation*, op. cit.

¹⁰⁵ *ibid.*

comme « toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale, libérale ou agricole ».

970. À la lumière des développements précédents sur les objectifs de protection voire d'amélioration de la santé poursuivis par le législateur, nous verrons que la publicité et l'étiquetage des produits alimentaires sont strictement encadrés (A) tout comme certains aspects de la restauration collective et du fonctionnement des restaurants (B).

A) L'encadrement strict de la publicité et de l'étiquetage des produits

971. Le professionnel qui commercialise des produits alimentaires est soumis à de nombreuses obligations. Un des textes principaux ici est le règlement (CE) n° 178/2002, du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires. Ce texte est marqué par une forte dimension sanitaire, avec de nombreux rappels à l'objectif général de protection de la santé dans la Communauté européenne, et est par nature directement transposé en droit français. Il comporte un rappel du principe d'intégration, formulé de la façon suivante : « Il importe d'assurer un niveau élevé de protection de la vie et de la santé humaines dans l'exécution des politiques communautaires ». Nous sommes bien ici dans une application du principe d'intégration de la santé dans un autre secteur, en l'occurrence celui de l'alimentation : « La Communauté a choisi un niveau élevé de protection de la santé comme principe pour l'élaboration de la législation alimentaire ». Il s'agit donc ici d'une illustration évidente de la diffusion du principe de droit de l'Union européenne d'intégration de la santé en droit français. En particulier, l'article 14 du règlement prévoit :

« Prescriptions relatives à la sécurité des denrées alimentaires :

1. Aucune denrée alimentaire n'est mise sur le marché si elle est dangereuse.

2. Une denrée alimentaire est dite dangereuse si elle est considérée comme :

a) préjudiciable à la santé ;

b) impropre à la consommation humaine.

Pour déterminer si une denrée alimentaire est dangereuse, il est tenu compte :

[...] de l'information fournie au consommateur [...];

Pour déterminer si une denrée alimentaire est préjudiciable à la santé, il est tenu compte :

- a) de l'effet probable immédiat et/ou à court terme et/ou à long terme de cette denrée alimentaire sur la santé non seulement d'une personne qui la consomme, mais aussi sur sa descendance ;
- b) des effets toxiques cumulatifs probables ;
- c) des sensibilités sanitaires particulières d'une catégorie spécifique de consommateurs lorsque la denrée alimentaire lui est destinée [...] ».

972. Nous allons ici nous intéresser à la publicité pour les denrées alimentaires, et en particulier l'obligation d'insérer un message à caractère sanitaire dans les publicités de certains produits, sur laquelle tant le juge administratif (1^o) que judiciaire (2^o) se sont prononcés. Sur ce sujet, le législateur français a mis en place des obligations à la charge des professionnels commercialisant des produits dont l'incidence sur la santé est reconnue. Au moment de l'élaboration de la loi de modernisation de notre système de santé, le législateur reconnaît le lien entre la consommation des boissons avec ajout de sucre et le surpoids et l'obésité¹⁰⁶. Cette loi de 2016 renforce l'encadrement de la publicité pour les boissons avec ajout de sucre et les produits alimentaires manufacturés en complétant l'article L2133-1 du Code de la santé publique, déjà existant depuis la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Selon cet article, les messages publicitaires en faveur de cette catégorie de produits doivent contenir une information à caractère sanitaire. Il précise que « les annonceurs et les promoteurs peuvent déroger à cette obligation sous réserve du versement d'une contribution dont le produit est affecté à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Cette contribution est destinée à financer la réalisation et la diffusion d'actions d'information et d'éducation nutritionnelles, notamment dans les médias concernés ainsi qu'au travers d'actions locales ». Si cette possibilité de déroger à l'obligation d'apposer le message nutritionnel est donnée aux industriels, notons que dans les faits, un contrôle strict est opéré par le juge de l'impôt pour vérifier le montant et l'exigibilité de la contribution, et par ailleurs, il semble que les industriels choisissent le plus souvent d'apposer le message nutritionnel plutôt que de régler la contribution fiscale¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Assemblée nationale, Compte-rendu intégral, Deuxième séance du 1^{er} avril 2015, *JORF* du 2 avril 2015 : « Il faut réduire la consommation de ces boissons sucrées, qui ne font pas l'objet des mêmes mesures de restriction de publicité que celles qui s'acharnent contre le vin, par exemple, alors qu'elles ont des effets dévastateurs en termes de surpoids et d'obésité » (député Jean-Marie TÉTART).

¹⁰⁷ S. BRIMO, « À la recherche du 4^{ème} volet du Plan national nutrition santé », *op. cit.*

1°) L'obligation d'information sanitaire dans les messages publicitaires de certains produits à travers un exemple de la jurisprudence administrative

973. Après l'adoption de l'article L2133-1 du Code de la santé publique en 2004, il était prévu que la teneur de l'information à caractère sanitaire que doivent contenir les messages publicitaires et promotionnels mentionnés à cet article serait fixée par arrêté interministériel, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. À ce titre, un arrêté a été pris le 27 février 2007 par le ministre de la Santé et des Solidarités et le ministre de l'Agriculture et de la Pêche¹⁰⁸ afin de fixer une liste des informations à caractère sanitaire à utiliser par les annonceurs ou les promoteurs et leurs adaptations en fonction du support et des modalités techniques de diffusion du message publicitaire ou promotionnel, du public intéressé, des catégories de boissons et d'aliments et de leur composition. Une décision du Conseil d'État rendue en 2009 porte sur cette disposition du Code de la santé publique et cet arrêté¹⁰⁹.
974. En effet, après l'adoption dudit l'arrêté, le Syndicat de la diététique et des compléments alimentaires en demande l'annulation pour excès de pouvoir au Conseil d'État. Cette requête est rejetée pour plusieurs raisons, dont trois intéressent le présent développement.
975. Le syndicat considère que l'arrêté attaqué méconnaît les dispositions du règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002 présenté précédemment¹¹⁰ car aucune étude visant à analyser l'impact des messages envisagés n'avait été réalisée avant son adoption. Le Conseil d'État écarte ce moyen en retenant que « *les dispositions invoquées n'ont pas pour objet d'imposer la réalisation d'une telle étude*¹¹¹ ».
976. Le Syndicat de la diététique et des compléments alimentaires soutient également que l'arrêté porte atteinte à la liberté de communication dans la mesure où ce texte définit le contenu

¹⁰⁸ Arrêté du 27 février 2007 fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments et boissons.

¹⁰⁹ CE, 3^{ème} - 8^{ème} ss-sect. réunies, 26 mai 2009, *Syndicat de la diététique et des compléments alimentaires c/ Ministère de la santé et des sports*, n° 305142, Inédit. Aucune autre jurisprudence n'a été trouvée concernant cet article (L2133-1 du Code de la santé publique).

¹¹⁰ Règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires.

¹¹¹ CE, 3^{ème} - 8^{ème} ss-sect. réunies, 26 mai 2009, *Syndicat de la diététique et des compléments alimentaires c/ Ministère de la santé et des sports*, *op. cit.*

des messages d'information à caractère sanitaire que doivent utiliser les annonceurs ou les promoteurs. Le juge écarte ce moyen en rappelant simplement que *« l'obligation d'assortir d'informations à caractère sanitaire les messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés découle des dispositions rappelées ci-dessus de l'article L2133-1 du Code de la santé publique »*.

977. Enfin, selon le syndicat, l'arrêté impose *« des obligations d'information d'un coût tel que les intéressés ne pourraient plus, en pratique, respecter l'obligation d'information prévue par la loi, mais seraient contraints d'user de la faculté d'y déroger moyennant le paiement d'une contribution »*. Le Conseil d'État estime sur ce point que le syndicat *« n'apporte pas, au soutien de cette argumentation, en tout état de cause, les précisions permettant d'en apprécier le bien-fondé »*.

978. Par cet arrêt, le Conseil d'État admet la légalité de l'arrêté et estime qu'en visant les produits alimentaires manufacturés, le champ des dispositions de l'article L2133-1 du Code de la santé publique inclut entre autres les produits diététiques et les compléments alimentaires¹¹². Il en fait donc une interprétation assez large.

2°) L'obligation d'information sanitaire dans les messages publicitaires de certains produits à travers des exemples de la jurisprudence judiciaire

979. L'article L2133-1 du Code de la santé publique était jusque-là la *« seule mesure réglementaire permettant de limiter l'effet du marketing alimentaire sur les enfants¹¹³ »* ainsi que sur le reste de la population, mais il a été complété ensuite par la loi n° 2016-1771 du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique¹¹⁴.

980. Parmi les messages sanitaires prévus par l'arrêté du 27 février 2007, on trouve : *« Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour¹¹⁵ »*. La Cour d'appel de Paris a été amenée à

¹¹² J. PEIGNÉ, « Autres produits et substances réglementés - Compléments alimentaires », Feuilles mobiles Litec, Droit pharmaceutique, Fascicule 63-10, 15 janv. 2016.

¹¹³ M. FRIANT-PERROT, « Enfants : réguler le marketing alimentaire », La santé en action 2018, n° 444.

¹¹⁴ Voir à ce sujet L. WARIN, « Publicité et santé – Une loi passée inaperçue, la loi dite « Gattolin » sur la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique », Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2019, n° 24.

¹¹⁵ Arrêté du 27 février 2007 précité, Article 1 : *« Pour les messages publicitaires et promotionnels visés à l'article L2133-1, les informations à caractère sanitaire prévues à l'article R. 2133-1 sont : « Pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et*

se prononcer sur les modalités d'utilisation de ce message par les professionnels du secteur alimentaire¹¹⁶. La société CSF, exploitante des magasins connus sous le nom Champion, a lancé une campagne publicitaire dans les magasins, à la radio et par voie d'affichage, sur le thème et le slogan : « *Cinq fruits et légumes par jour à moins d'un euro* ». Ayant constaté que ce thème publicitaire qu'elle avait créé avait été repris par la société Distribution Casino France, elle a considéré que cette reprise représentait « *un acte de concurrence déloyale et parasitaire, constitutif d'un trouble manifestement illicite* ». Elle a alors assigné la société Distribution Casino France en référé devant le juge du tribunal de commerce de Paris pour que soit interdite la poursuite par cette dernière de cette publicité et pour la voir condamnée à lui verser une provision.

981. Le juge des référés a débouté la société CSF de sa demande, en retenant d'une part que le slogan de la société Distribution Casino France était différent de celui de la société CSF, d'autre part que les autorités sanitaires elles-mêmes étaient à l'origine, depuis plusieurs années, du slogan « *Cinq fruits et légumes au cours de la journée* » ou « *Cinq fruits et légumes par jour* ». La société CSF a alors relevé appel de cette ordonnance, demandant à la Cour entre autres d'ordonner à la société Distribution Casino France de cesser toute publicité comportant le slogan « *cinq fruits et légumes pour un euro* », sous astreinte de 50 000 euros par jour de retard et par infraction.

982. En ce qui concerne le slogan en cause, la Cour d'appel estime qu'il est clair « *que ce sont les autorités sanitaires françaises qui sont à l'origine de la campagne publicitaire sur le thème « pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour* » ». La Cour rappelle « *que cette campagne a été lancée en 2001, ainsi que cela résulte du programme national nutrition-santé du 31 janvier 2001 élaboré par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité qui comportait un chapitre sur la promotion des fruits et légumes par une campagne média tous publics* ». Elle considère par conséquent que « *le caractère protégeable du concept publicitaire autour du thème « mangez cinq fruits et légumes par jour* » apparaît se heurter à une contestation sérieuse » et conclut « *que le trouble allégué par la société CSF ne revêt pas un caractère manifestement illicite justifiant l'intervention du juge des référés* », confirmant ainsi l'ordonnance de ce dernier.

légumes par jour », « *Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière* », « *Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé* » et « *Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas* » ».

¹¹⁶ CA Paris, 3 août 2007, *Société Distribution Casino France*, n° 07/12242, Inédit.

983. Cette jurisprudence souligne que le message sanitaire sur la consommation quotidienne de fruits et légumes provient des autorités sanitaires, et entre dans le cadre d'une obligation à la charge des entreprises du secteur : ainsi, des commerciaux ne peuvent pas s'approprier ce type de slogan dans un but commercial.
984. Un autre éclairage sur les obligations pesant sur le professionnel vient d'un arrêt qui concerne la protection du consommateur de compléments alimentaires. Nous sommes dans un contexte où, comme le note Maître Bombardier « *les obligations du professionnel en matière de conformité des produits et d'information du consommateur, tout comme sa responsabilité, sont de plus en plus lourdes*¹¹⁷ ». Le professionnel est en effet soumis à une obligation générale de conformité des produits et d'information du consommateur, et à une interdiction des pratiques commerciales trompeuses et de la tromperie¹¹⁸. Dans ce dernier cas, on parlera de tromperie aggravée si le produit mis sur le marché est susceptible d'être dangereux pour la santé de l'homme ou de l'animal¹¹⁹.
985. Dans cet arrêt de la Cour d'appel de Paris¹²⁰, il était question des articles L121-1 à L121-7 du Code de la consommation, qui traitent des pratiques commerciales trompeuses - sans mentionner les effets potentiels sur la santé. Dans sa décision, la Cour insiste d'une part sur l'article L121-2 selon lequel « *Une pratique commerciale est trompeuse si elle est commise dans l'une des circonstances suivantes : (...) 2° Lorsqu'elle repose sur des allégations, indications ou présentations fausses ou de nature à induire en erreur et portant sur l'un ou plusieurs des éléments suivants : [...] b) Les caractéristiques essentielles du bien ou du service, à savoir : ses qualités substantielles, sa composition, ses accessoires, son origine, sa quantité, son mode et sa date de fabrication, les conditions de son utilisation et son aptitude à l'usage, ses propriétés et les résultats attendus de son utilisation, ainsi que les résultats et les principales caractéristiques des tests et contrôles effectués sur le bien ou le service (...)* ».
986. D'autre part, la Cour se fonde aussi en grande partie sur l'article L121-3 selon lequel « *une pratique commerciale est également trompeuse si, compte tenu des limites propres au moyen de*

¹¹⁷ J. BOMBARDIER, « Information du consommateur et conformité des produits dans le secteur alimentaire », Droit rural 2020, n° 480.

¹¹⁸ *ibid.*

¹¹⁹ La peine prévue est alourdie en cas de tromperie aggravée : Code de la consommation, articles L454-3 et L454-4, par comparaison aux délits de pratiques commerciales trompeuses et de tromperie : articles L132-2 et L454-1 du Code de la consommation.

¹²⁰ CA Paris, 6 fév. 2019, *Association Confédération de la consommation, Société Laboratoires Forte Pharma*, n° 18/27101.

communication utilisé et des circonstances qui l'entourent, elle omet, dissimule ou fournit de façon inintelligible, ambiguë ou à contretemps une information substantielle ou lorsqu'elle n'indique pas sa véritable intention commerciale dès lors que celle-ci ne ressort pas déjà du contexte ».

987. Cet arrêt relevant résolument du droit de la consommation comporte en réalité une dimension sanitaire intéressante. En l'espèce, la société Laboratoire Forte Pharma avait mis en place une communication en faveur d'un complément alimentaire (XtraSlim 700) qui promettait de brûler 700 kilocalories par jour. La Confédération Consommation, Logement et Cadre de vie (la « CLCV ») - une association nationale agréée défendant les intérêts des consommateurs et des usagers - soutenait que *« dans le cadre de la commercialisation du complément alimentaire XtraSlim 700, et notamment de la campagne de publicité orchestrée pour celle-ci (tant dans un spot publicitaire, que sur son site internet ou dans la presse écrite), la société Forte Pharma manquait aux bonnes pratiques et à la diligence professionnelle en ayant recours à des allégations, indications et présentations fausses, mensongères, trompeuses et de nature à induire en erreur les consommateurs concernant la nature, les éléments essentiels, la composition, les effets et les résultats attendus de ce complément alimentaire et que la méthode de commercialisation et de présentation mise en œuvre avait altéré ou était susceptible d'altérer le comportement économique des consommateurs¹²¹ ».*
988. La CLCV a donc saisi le juge des référés du tribunal de grande instance de Paris aux fins notamment de dire que la société Forte Pharma s'est rendue coupable d'une pratique commerciale trompeuse dans le cadre de la commercialisation du complément alimentaire qui constitue tant un trouble manifestement illicite qu'un dommage imminent. Elle réclamait la mise en œuvre de toutes les mesures conservatoires et de remise en état qui permettront de faire cesser le trouble manifestement illicite et le dommage imminent. Le juge des référés du tribunal de grande instance de Paris a constaté notamment l'existence d'un trouble manifestement illicite à raison d'une pratique commerciale trompeuse par la société Laboratoire Forte Pharma. Cette dernière a fait appel de l'ordonnance du juge des référés.
989. La Cour confirme l'ordonnance du tribunal qui rejetait la demande de la société Forte Pharma¹²² et ordonne à cette dernière la cessation provisoire de la commercialisation du

¹²¹ *ibid.*

¹²² Elle considère que la société a réalisé une pratique commerciale trompeuse par omission. Voir à ce sujet G. SAINT-JALMES, « Omission trompeuse : cure de modestie pour le « brûleur de graisses » », Droit rural 2019, n° 474 ; et A. SOROSTE (dir.), « Complément alimentaire brûleur de graisse, CA Paris, Pôle 1, ch. 3, 6 févr. 2019, n° 18/27101 », Revue Lamy Droit Alimentaire 2019, n° 391.

complément alimentaire XtraSlim 700 dans son état actuel jusqu'à l'insertion, sous quelque forme que ce soit, d'un message rappelant la nécessité de compléter l'absorption de ce produit par une alimentation saine et la pratique régulière d'une activité physique ; elle ordonne la modification de l'ensemble des supports de présentation, de commercialisation et de publicité du produit afin d'y insérer un message du même type.

990. Dans le raisonnement du juge, deux points nous intéressent en particulier. Premièrement, il est question de l'emballage et de l'étiquetage mensonger du complément alimentaire commercialisé par la société requérante, qui fait croire au consommateur que consommer leur produit est plus efficace pour perdre du poids que faire du sport ou s'alimenter sainement. La promotion dudit produit est également réalisée à travers un spot publicitaire¹²³. La Cour retient que *« le spot publicitaire diffusé par la société Forte Pharma pour promouvoir son produit [...] laisse entendre que la consommation de ce complément alimentaire peut effectivement se substituer à la pratique d'une activité sportive et produire les mêmes effets sur la perte de poids sans aucun effort physique¹²⁴ »*. De même, la Cour rappelle que la campagne de publicité lancée dans la presse écrite n'est assortie d'aucune réserve pour rappeler la nécessité de combiner la prise de ce complément avec un régime alimentaire sain et une activité physique régulière.

991. Deuxièmement, le spot publicitaire en faveur du produit de Forte Pharma contient le message d'alerte *« pour votre santé, mangez au moins cinq fruits et légumes par jour »* dans un bandeau défilant en bas de l'écran. La Cour juge que la présence de ce bandeau déroulant *« n'est pas de nature à atténuer le risque d'erreur du consommateur dès lors que ce message porte sur une recommandation de santé d'ordre général qui ne s'adresse pas nécessairement aux usagers de compléments alimentaires mais à toute la population quelle que soit sa situation. En outre, s'agissant d'un message écrit repris dans une publicité audiovisuelle, il n'est guère lisible pour le téléspectateur moyennement attentif dont l'attention est, compte tenu de la durée très brève du spot (15 secondes), essentiellement captée par le message audio insistant sur l'effet du produit par sa seule consommation sur la minceur et la perte de calories à hauteur de « 700 calories par jour » ou encore le contraste entre l'image d'une femme svelte, souriante,*

¹²³ Ce spot publicitaire montrait *« une jeune femme allongée sur un canapé un verre à la main avec une voix off indiquant : « Vous voulez perdre du poids et le sport n'est pas toujours votre fort ; XtraSlim 700 brûle 700 calories par jour et c'est scientifiquement prouvé ; pour mincir, juste un petit effort : courir à la pharmacie ; XtraSlim 700 de FORTE PHARMA, fortalez-vous mieux »*. Le spot s'achève avec une scène au cours de laquelle la femme consommant XtraSlim 700 se rend à la pharmacie pour acheter le produit et croise en chemin une femme pratiquant la course à pied en plein effort ».

¹²⁴ CA Paris, 6 fév. 2019, Association Confédération de la consommation, Société Laboratoires Forte Pharma, *op. cit.*

habillée d'une manière vive et en bonne santé, avec l'image d'une femme marquée par l'effort physique qu'elle s'inflige en pratiquant la course à pied ».

992. La Cour conclut que les informations délivrées par la société Forte Pharma sur l'emballage du produit litigieux, dans le spot publicitaire et dans la campagne de publicité dans la presse écrite, *« sont de nature à induire en erreur le consommateur sur les conditions d'utilisation du complément alimentaire XtraSlim 700 et sur les résultats attendus de son utilisation, faute de préciser de manière suffisamment claire et expresse que la seule consommation dudit produit n'est pas suffisante pour espérer atteindre les résultats annoncés et qu'elle doit être complétée par une alimentation saine et variée et une activité, si ce n'est sportive, du moins physique¹²⁵ ».*
993. Cette décision est, à notre sens, un cas concret où la responsabilité repose sur une société, personne morale de droit privé, au nom de l'information du consommateur dans un but sanitaire. Cet arrêt est d'autant plus éclairant qu'il reflète une prise en compte de la protection de la santé par le juge alors qu'elle ne figure pas expressément dans les textes utilisés¹²⁶ et que les parties ne l'ont pas invoquée non plus¹²⁷. On déduit également du raisonnement de la Cour exposé ci-dessus, une certaine sensibilisation du juge aux notions d'activité physique et d'alimentation saine, qui entrent dans le cadre de la promotion de la santé¹²⁸.

¹²⁵ La Cour estime par ailleurs que *« la seule mention selon laquelle « Un complément alimentaire ne doit pas se substituer à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain » au demeurant obligatoire en application de l'article 10 du décret n°2006-352 du 20 mars 2006 relatifs aux compléments alimentaires (qui prévoit que l'étiquetage des compléments alimentaires doit porter une déclaration visant à éviter que les compléments alimentaires ne soient utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié), ne suffit pas à prévenir le risque d'une erreur du consommateur dès lors que cette information est écrite sur le côté de l'emballage en petits caractères et est supplantée par l'effet sur le consommateur des informations précitées mises en exergue sur ce même emballage précité laissant supposer que la seule consommation du produit permet, sans autres réserves de brûler 700 calories par jour ».*

¹²⁶ Articles L121-1 à L121-7 du Code de la consommation précédemment mentionnés.

¹²⁷ Au regard de l'ordonnance du TGI Paris, 15 nov. 2018, *Société Laboratoires Forte Pharma*, n° 18/56845 et de l'arrêt de la Cour d'appel de Paris étudié.

¹²⁸ Au demeurant, certains considèrent que ce cas d'espèce relève de l'article L5122-15, alinéa 1^{er}, du Code de la santé publique – bien qu'il ne soit cité ni en première instance, ni en appel – qui énonce que *« la publicité ou la propagande, sous quelque forme que ce soit, relative aux objets, appareils et méthodes, présentés comme favorisant le diagnostic, la prévention ou le traitement des maladies, des affections relevant de la pathologie chirurgicale et des dérèglements physiologiques, le diagnostic ou la modification de l'état physique ou physiologique, la restauration, la correction ou la modification des fonctions organiques peut être interdite par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, lorsqu'il n'est pas établi que lesdits objets, appareils et méthodes possèdent les propriétés annoncées ».* L'article L5122-15 prévoit un contrôle *a posteriori*, *« dont le caractère insuffisamment protecteur de la santé a été critiqué ».* (M. CHAGNY (dir), *Le Lamy droit économique*, Wolters Kluwer, 2019, 2400 p.)

994. L'information des consommateurs est un prérequis à la protection de la santé publique¹²⁹. Trois protagonistes sont concernés ici : l'information est « *un élément central en droit de la consommation, conduisant à déterminer les obligations à la charge des professionnels, mais également les comportements standards attendus du consommateur, auxquels d'ailleurs s'ajoutent les décisions pertinentes des autorités publiques compétentes, avec la logique particulière s'attachant au principe de précaution, lequel sera surtout considéré lors de l'examen de la traçabilité du produit*¹³⁰ ». Notons également que « *le juge requiert [du consommateur] un comportement moyen qui suppose une démarche informative de sa part, notamment lorsqu'il est fait référence au « consommateur normalement intelligent, avisé et attentif ». Ce comportement ne peut être requis que pour autant que l'information qui lui a été délivrée lui apparaît comme exacte et compréhensible*¹³¹ ».

B) L'encadrement de la qualité des produits alimentaires dans la restauration collective et commerciale

995. Des mesures législatives adoptées dans les années 2010 viennent encadrer certains aspects des activités des professionnels de la restauration, que ce soit dans la restauration collective (1°) ou commerciale (2°) afin de protéger et d'améliorer la santé des consommateurs.

1°) L'encadrement dans la restauration collective

996. Les services publics de restauration collective sont tantôt gérés par des personnes morales de droit public, tantôt par des personnes morales de droit privé. Ces dernières gèrent un service public à caractère industriel et commercial lequel relève, pour les rapports avec les usagers, du droit privé et de la compétence judiciaire¹³². Quant aux services publics administratifs, s'ils échappent au droit privé, ils peuvent néanmoins être à l'origine de situations où les usagers sont désarmés face à la puissance des services publics et auraient donc besoin d'une protection spécifique au même titre que les consommateurs. Toutefois, la soumission des services publics administratifs aux règles du droit de la consommation en

¹²⁹ J-P. DUPRAT, « La sécurité des produits et la protection de la santé publique », L'actualité juridique droit administratif 2006, p. 2046.

¹³⁰ *ibid.*

¹³¹ *ibid.*

¹³² TC, 22 janv. 1921, *Société commerciale de l'Ouest africain*, n° 00706.

vue d'une meilleure protection des usagers ne semble pas être une réalité¹³³. Nous verrons qu'en matière de restauration collective, les gestionnaires publics et privés sont parfois logés à la même enseigne.

997. La loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous est significative pour notre étude, à deux points de vue.

998. Premièrement, en guise d'introduction, on peut noter que l'esprit de cette loi est marqué par une forte conscience du lien entre l'environnement, l'alimentation et la santé. Lors de la discussion du projet de loi en séance publique à l'Assemblée nationale, le député Dominique Potier affirmait qu'« *il n'y a pas de santé pour l'homme qui ne passe par une santé du sol, du végétal et de l'animal. C'est cette cohérence, sur la parcelle de terre comme sur la terre dans son ensemble, qu'il nous faut rechercher* » et soulignait que « *les agriculteurs sont producteurs d'alimentation, d'environnement et de santé. Les trois vont ensemble, indissociablement*¹³⁴ ». Les notions d'alimentation favorable à la santé et d'une santé appréhendée de façon globale étaient présentes dans les débats qui ont conduit à l'adoption du texte définitif¹³⁵. Rien que pendant les discussions en séance publique pour la première lecture du texte à l'Assemblée nationale, les termes « santé » ou « santé publique » sont apparus 337 fois en tout dans les débats intervenus du 22 au 30 mai 2018, et notamment dans des expressions comme « *enjeu de santé publique majeur* », « *santé des consommateurs* », « *santé collective* », « *santé des enfants* », « *santé et environnement* », « *mieux manger pour améliorer notre santé* », « *améliorer la santé* »¹³⁶.

¹³³ J. CALAIS-AULOY, H. TEMPLE, M. DÉPINCÉ, *Droit de la consommation*, op. cit.

¹³⁴ Assemblée nationale, Projet de loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine et durable, n° 627, 1^{er} février 2018 ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Troisième séance du 25 mai 2018, *JORF* du 26 mai 2018.

¹³⁵ Assemblée nationale, Projet de loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine et durable, n° 627, 1^{er} février 2018 (première lecture) ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance publique du 27 mai 2018, *JORF* du 28 mai 2018 : où l'on pouvait aussi trouver les propos suivants : « *La logique est de manger sainement, pour être en meilleure santé* » et « *L'alimentation est la première des médecines, selon la formule bien connue d'Hippocrate* » (député Loïc PRUD'HOMME), et Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance publique du 28 mai 2018, *JORF* du 29 mai 2018, où l'on pouvait trouver les propos suivants : « *Je me félicite que cette question de la santé fasse le lien entre les agriculteurs, les consommateurs et les citoyens. Il importe en effet, pour trouver de vraies réponses, de traiter la question de la santé d'une manière globale, c'est-à-dire envisageant ensemble la santé de la planète, celle du vivant et celle des humains. C'est le seul moyen de préserver notre système de santé français, fondé à la fois sur le préventif et le curatif* » (propos du député Yves DANIEL).

¹³⁶ Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première et deuxième séance du 22 mai 2018, *JORF* du 23 mai 2018 ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première et deuxième séance du 23 mai 2018, *JORF* du 24 mai 2018 ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première, deuxième et troisième séance du 24 mai 2018,

999. Deuxièmement, de façon plus concrète, la loi comporte un Titre II intitulé « *Mesures en faveur d'une alimentation saine, de qualité, durable, accessible à tous et respectueuse du bien-être animal* » dont le premier chapitre est dédié à l'« *accès à une alimentation saine* ». Il met en place un bouquet d'obligations incombant aux personnes morales de droit public ayant la charge de restaurants collectifs. En effet, et comme cela fut dit pendant la préparation du texte de loi, les responsables de la restauration collective et l'industrie ont un rôle à jouer sur la santé publique : « *la restauration collective, comme les industriels, doit s'engager pleinement en faveur d'une alimentation saine qui améliore l'état de santé général de la population et prévient les risques en matière de santé*¹³⁷ ». Les notions d'amélioration de la santé et de prévention des risques propres à la « *santé dans toutes les politiques* » telle que nous la définissons coexistent bel et bien ici.
1000. La première mesure qui nous intéresse dans le cadre de cette loi insère dans le Code rural et de la pêche maritime les articles L230-5-1 à L230-5-7, qui prévoient qu'au plus tard le 1^{er} janvier 2022, les repas servis dans les restaurants collectifs dont les personnes morales de droit public ont la charge comprennent une part au moins égale, en valeur, à 50 % de produits répondant à différentes conditions aux choix liées aux externalités environnementales¹³⁸ du produit pendant son cycle de vie, à son appartenance à l'agriculture biologique, à des règles destinées à favoriser la qualité des produits ou la préservation de l'environnement, etc.¹³⁹. Les produits issus de l'agriculture biologique doivent représenter une part au moins égale, en valeur, à 20 % des repas.

JORF du 25 mai 2018 ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première, deuxième et troisième séance du 25 mai 2018, JORF du 26 mai 2018 ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première, deuxième et troisième séance du 26 mai 2018, JORF du 27 mai 2018 ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première, deuxième et troisième séance du 27 mai 2018, JORF du 28 mai 2018 ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première et deuxième séance du 28 mai 2018, JORF du 29 mai 2018 ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première et deuxième séance du 29 mai 2018, JORF du 30 mai 2018 ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 30 mai 2018, JORF du 31 mai 2018.

¹³⁷ Assemblée nationale, Projet de loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine et durable, *op. cit.* (première lecture) ; Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Troisième séance du 25 mai 2018, JORF du 26 mai 2018, propos de la députée Marion LENNE.

¹³⁸ « *Les externalités environnementales liées au produit pendant son cycle de vie relèvent de l'article R. 2152-9 du Code de la commande publique qui envisage notamment « le coût des émissions de gaz à effet de serre et d'autres émissions polluantes ainsi que d'autres coûts d'atténuation du changement climatique* » (L. BODIGUEL, « *Qualité environnementale et enjeux de la politique de l'alimentation* », Droit rural 2019, n° 476).

¹³⁹ Article L230-5-1 du Code rural et de la pêche maritime. Voir aussi le décret n° 2019-351 du 23 avril 2019 relatif à la composition des repas servis dans les restaurants collectifs en application de l'article L230-5-1 du Code rural et de la pêche maritime.

1001. L'article L230-5-2 précise que ces dispositions s'appliquent aussi aux repas servis dans les restaurants collectifs des services de restauration scolaire et universitaire, des services de restauration des établissements d'accueil des enfants de moins de six ans, des établissements de santé¹⁴⁰, des établissements sociaux et médico-sociaux et des établissements pénitentiaires qui sont gérés par des personnes morales de droit privé.

La dimension sanitaire de ces nouvelles mesures semble acquise au vu des extraits de débats parlementaires qui ont été exposés ci-dessus.

1002. La loi du 30 octobre 2018 crée également l'article L230-5-4 du Code rural et de la pêche maritime, qui prévoit que les gestionnaires des restaurants collectifs¹⁴¹ « sont tenus de présenter à leurs structures dirigeantes un plan pluriannuel de diversification de protéines incluant des alternatives à base de protéines végétales dans les repas qu'ils proposent » et l'article L230-5-6 selon lequel « à titre expérimental, au plus tard un an après la promulgation de la loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 [...], pour une durée de deux ans, les gestionnaires, publics ou privés, des services de restauration collective scolaire sont tenus de proposer, au moins une fois par semaine, un menu végétarien [...] ». La protection de la santé apparaît bien dans les différents motifs ayant justifié l'adoption de cette mesure¹⁴², parmi lesquels on compte aussi des arguments d'ordre financier¹⁴³ et climatique¹⁴⁴. Le texte

¹⁴⁰ En ce qui concerne les établissements de santé, voir notamment P. VÉRON, « L'alimentation et le soin », Revue de droit sanitaire et social 2019, p. 1054.

¹⁴¹ « dont les personnes morales mentionnées aux articles L230-5-1 et L230-5-2 ont la charge servant plus de deux cents couverts par jour en moyenne sur l'année ».

¹⁴² Par exemple, lors de la nouvelle lecture à l'Assemblée nationale du Projet de loi, modifié par le Sénat, pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, n° 1135 (Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 14 septembre 2018, JORF du 15 septembre 2018) : « Accompagner une montée en gamme des repas proposés dans la restauration publique, c'est valoriser une approche qualitative avec de meilleurs produits issus des circuits courts, et une approche quantitative qui permet d'offrir plus de choix pour une alimentation plus équilibrée » (propos de la députée Fabienne COLBOC) ;

mais aussi : « L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, l'ANSES, préconise de consommer davantage de légumineuses et de céréales complètes, et moins de charcuterie et de viande rouge. Dans l'un de ses rapports, l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, a de son côté mis en évidence les conséquences pour la santé d'une consommation trop importante de viande rouge [...]. Ces amendements me semblent relever du bon sens. On préconise bien certaines doses de poisson ou de lait ; je ne vois pas ce qui empêcherait de préconiser, dans certains menus, davantage de légumineuses plutôt que de la viande. Bien sûr, il faut manger de tout – en tout cas, c'est l'avis des organismes de santé, que je partage pour ma part » (propos de la députée Michèle DE VAUCOULEURS).

¹⁴³ Par exemple, lors de la nouvelle lecture à l'Assemblée nationale du Projet de loi, modifié par le Sénat, pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, n° 1135 (Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 14 septembre 2018, op. cit) : « Alors que, actuellement, la majorité de la viande consommée dans le cadre de la restauration hors du foyer est importée, l'objectif est de mettre en place une nouvelle politique qui valorise les repas alternatifs végétariens moins chers, et de consacrer les sommes ainsi économisées à l'achat de viandes de meilleure qualité issues des circuits courts et bénéficiant directement à nos éleveurs » (propos de la députée Fabienne COLBOC).

¹⁴⁴ Par exemple, lors de la nouvelle lecture à l'Assemblée nationale du Projet de loi, modifié par le Sénat, pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, n° 1135 (Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 14 septembre 2018,

retient une volonté de « *promouvoir une alimentation saine* », ainsi qu'un « *objectif d'éducation au savoir-manger* » qui permet de favoriser « *l'accès de tous à une qualité nutritionnelle et alimentaire à l'école* ».

1003. Ces nouvelles obligations mises à la charge des gestionnaires de restauration collective permettant entre autres d'agir en faveur de la santé, devront être observées dans les prochaines années pour en mesurer la mise en œuvre et l'effectivité. Elles ont été jugées lourdes à appliquer, en particulier pour les petites collectivités¹⁴⁵. Cependant, ces nouvelles dispositions peuvent aussi être relativisées puisque d'une part elles prévoient des délais larges (au plus tard le 1^{er} janvier 2022 pour les mesures prévues aux articles L230-5-1 à L230-5-7), d'autre part elles requièrent simplement la présentation d'un plan pluriannuel de diversification de protéines¹⁴⁶ – et non un véritable passage à l'acte. Enfin, elles limitent l'une des avancées de la loi à un cadre expérimental¹⁴⁷ ; l'introduction d'un menu végétarien dans les cantines a d'ailleurs été finalement adoptée sur une base hebdomadaire et non quotidienne, dans un souci de faisabilité. En outre, aucune sanction ne semble avoir été prévue pour l'instant en cas de non-respect des obligations introduites par la loi, et les pouvoirs publics adoptent une attitude compréhensive vis-à-vis des acteurs de la restauration collective à qui ils confient ces nouvelles responsabilités : leur volonté d'accompagnement se traduit par la prise en compte du coût que cela pourra engendrer pour les acteurs concernés, avec l'annonce d'aides financières, ainsi que l'inauguration du Conseil national de la restauration collective peu de temps après l'adoption de la loi, en vue d'aider à la concertation entre les acteurs concernés par les mesures de la loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018¹⁴⁸.

op. cit) : « *Une véritable transition alimentaire est nécessaire au nom de la lutte contre le dérèglement climatique* » (propos du député Bastien LACHAUD).

¹⁴⁵ P. JACQUEMOIRE, « Restauration collective : un an après la loi EGAlim, tri sélectif des obligations à la charge des collectivités », *Actualité juridique Collectivités Territoriales* 2020, p. 64.

¹⁴⁶ Article L230-5-4 du Code rural et de la pêche maritime présenté précédemment.

¹⁴⁷ Article L230-5-6 du Code rural et de la pêche maritime présenté précédemment.

¹⁴⁸ Ministre de l'Agriculture et de l'Alimentation, « Didier Guillaume installe le Conseil national de la restauration collective », Communiqué de presse, 13 mars 2019.

2°) L'encadrement dans la restauration commerciale et dans les autres activités des entreprises du secteur alimentaire

1004. On trouve aussi, dans la législation récente, la mise en place de mesures contraignantes à but sanitaire à l'encontre de personnes morales de droit privé. La loi de modernisation de notre système de santé¹⁴⁹ introduit l'article L3232-9 du Code de la santé publique, qui interdit la mise à disposition dans les lieux ouverts au public ou recevant du public, de boissons avec ajout de sucres ou d'édulcorants de synthèse en libre-service, de façon payante ou non¹⁵⁰. Cette mesure répond à des considérations de lutte contre l'obésité, le diabète de type 2 et l'addiction au sucre¹⁵¹, notamment chez les enfants. Sur ce sujet, le débat parlementaire concernant la loi de modernisation de notre système de santé a aussi été l'occasion pour un député de préciser sa vision du rôle du législateur, appréhendé comme ayant une mission de protection de la santé de la population contre des techniques commerciales jugées néfastes pour la santé¹⁵². L'entreprise commerciale est vue ici comme représentant une menace sur la santé publique et voit à ce titre ses agissements strictement encadrés. D'autres députés avaient rejeté l'amendement en question, considérant au contraire qu'une telle considération relève de la liberté individuelle et non de l'intervention du législateur : « *Il faut laisser la responsabilité aux parents qui accompagnent les enfants dans des lieux où les boissons sont gratuites*¹⁵³ ».

1005. Dans son volet sur la prévention et la promotion de la santé, l'élaboration de la loi de santé de 2016 a posé à différentes reprises la question du degré d'intrusion acceptable, par le législateur dans la sphère individuelle. La question de la nécessité du petit-déjeuner des enfants avant de partir pour l'école illustre les limites évidentes d'intervention du

¹⁴⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁵⁰ Article L3232-9 du Code de la santé publique : « *La mise à disposition, en accès libre, sous forme d'offre à volonté gratuite ou pour un prix forfaitaire, de boissons avec ajout de sucres ou d'édulcorants de synthèse est interdite dans tous les lieux de restauration ouverts au public, les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs. Un arrêté des ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation fixe la liste des catégories de boissons mentionnées au premier alinéa* ». Voir aussi l'arrêté du 18 janvier 2017 relatif à l'interdiction de la mise à disposition de boissons à volonté, gratuites ou pour un prix forfaitaire, avec ajout de sucres ou d'édulcorants de synthèse.

¹⁵¹ Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Deuxième séance du mercredi 1^{er} avril 2015, *JORF* du 2 avril 2015.

¹⁵² *ibid* : « *À notre sens, c'est le rôle de la loi de fixer un cadre pour protéger la population contre une surenchère commerciale qui fait de la gratuité du surplus d'une offre alimentaire payante un argument pour attirer le consommateur et l'inciter à des consommations excessives et néfastes pour la santé* » (propos du député Arnaud RICHARD).

¹⁵³ Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Deuxième séance du mercredi 1^{er} avril 2015, *op. cit.*, propos du député Arnaud ROBINET.

législateur. L'un des amendements proposés dans le cadre du projet de loi de santé de 2016 prévoyait de compléter l'article L3232-3 du Code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée : « *Les bienfaits du petit déjeuner en matière de santé publique doivent apparaître dans les programmes de prévention et d'éducation pour la santé élaborés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)* ». Cette initiative était fondée sur le constat que de nombreux enfants se rendent à l'école sans avoir pris leur petit-déjeuner et sur la nécessité « *de sensibiliser les parents à la nécessité de donner à manger à leurs enfants avant qu'ils partent à l'école le matin*¹⁵⁴ ». L'amendement fut rejeté : comme l'a souligné en séance publique la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes de l'époque, Marisol Touraine, cette question ne relève pas du niveau législatif¹⁵⁵. Cette habitude alimentaire propre à chaque foyer est considérée comme intouchable car relevant de la sphère privée et familiale, si bien que les parlementaires n'ont même pas discuté de la possibilité de faire inscrire, de façon obligatoire, les recommandations sur le petit-déjeuner dans les préconisations de l'INPES.

1006. Enfin, les échanges parlementaires sur la loi de santé de 2016 ont également permis de confirmer une mesure issue de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui dans son article 30 prévoyait que « *les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants et accessibles aux élèves sont interdits dans les établissements scolaires à compter du 1^{er} septembre 2005*¹⁵⁶ ». L'amendement qui proposait de réintroduire ces distributeurs dans les collèges et lycées afin d'encourager la consommation de fruits, frais ou sous forme de jus, a été rejeté¹⁵⁷. La règle reste donc, en la matière, une interdiction pour les entreprises vendeuses des produits concernés, de pénétrer dans l'enceinte des écoles pour vendre leurs produits au moyen de distributeurs.

1007. Ces exemples permettent d'apprécier les propos de Madame Grosset sous un autre angle. Celle-ci écrivait en effet, à propos de la loi de santé de 2016, que « *fidèle à sa tradition interventionniste, le législateur français a du mal à se satisfaire uniquement des mécanismes d'autorégulation et d'incitation. Il persiste à prescrire ou interdire dans des domaines sensibles, quitte à de nouveau voter des*

¹⁵⁴ *ibid*, propos de la députée Jeanine DUBIÉ.

¹⁵⁵ *ibid*, où la ministre interpellait Madame DUBIÉ de la façon suivante : « *Croyez-vous cependant que c'est parce qu'on aura écrit cela dans la loi que les enfants prendront leur petit-déjeuner ?* ».

¹⁵⁶ Ce texte ne semble pas avoir été codifié.

¹⁵⁷ Voir notamment Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Deuxième séance du mercredi 1^{er} avril 2015, *op. cit.*

*textes en délicatesse avec les libertés publiques*¹⁵⁸ ». À notre sens, les mesures présentées ici reposent certes sur des mécanismes d'obligations et d'interdictions, mais faute de s'autoriser à cibler directement l'individu et son comportement, le législateur a choisi un acteur intermédiaire : la personne morale de droit public ou de droit privé chargée de la restauration collective et de l'accueil du public¹⁵⁹.

1008. Une tentative législative, bien que non aboutie à ce jour¹⁶⁰, éclaire aussi ce sujet : il s'agit de la « proposition de loi visant à protéger la population des dangers de la « malbouffe » », enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 janvier 2019¹⁶¹. Ce texte est selon nous révélateur d'une prise de conscience par le pouvoir législatif des enjeux transversaux de la santé publique. De plus, il nous paraît envisageable que même une tentative législative échouée puisse faire partie, dans une certaine mesure, du flux normatif étudié dans cette thèse, si elle est appréhendée dans le cadre d'un ensemble plus large de textes allant dans le même sens. Le contenu de la proposition initiale fait un lien direct entre l'alimentation et la santé. Il souligne la place grandissante prise par l'alimentation industrielle dans le régime alimentaire des Français, et rappelle que la consommation d'une alimentation industrielle de basse qualité a des effets sur la santé : *« il a été clairement exposé que ces préparations étaient bien souvent trop salées, trop sucrées, trop grasses. Elles contiennent également de nombreux additifs chimiques du fait de leur caractère ultra-transformé et/ou des résidus de pesticides par le cycle de production des produits agricoles bruts. Or ces caractéristiques sont néfastes pour la santé et participent au développement des maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, le surpoids et l'obésité, ou certains cancers »*. Ces maladies liées aux habitudes alimentaires sont en progression et *« constituent un vrai problème de santé publique auquel il convient de remédier »*. Les auteurs de la proposition estiment ainsi qu'il revient au législateur d'adopter des mesures qui influenceront sur cette tendance : *« en parallèle de l'action publique qui prévoit des campagnes de prévention, le législateur doit proposer des solutions pour garantir une alimentation saine et de qualité »*.

¹⁵⁸ M. GROSSET, « Sécurité alimentaire et politiques nutritionnelles : enjeux et perspectives », *Journal de droit de la santé et de l'Assurance maladie* 2017, n° 17.

¹⁵⁹ Voir L. WARIN, « Quand la politique de prévention en santé implique les acteurs économiques », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie* 2018, n° 21.

¹⁶⁰ À ce jour, le texte a fait l'objet d'une discussion en séance publique à l'Assemblée nationale et a été adopté le 21 février 2019, puis transmis au Sénat le 22 février 2019.

¹⁶¹ Assemblée nationale, Proposition de loi visant à protéger la population des dangers de la malbouffe, n° 1561, 9 janvier 2019.

1009. La proposition de loi est construite autour de quatre nouveautés : la limitation des additifs autorisés dans la production de toutes les denrées alimentaires transformées ; l'obligation pour les aliments transformés d'être conformes en matière de sel, de sucre et d'acide gras saturé aux recommandations de l'OMS ; un durcissement de l'interdiction des messages publicitaires et activités promotionnelles, directs ou indirects, en faveur de produits alimentaires et boissons destinés aux enfants et adolescents ; et la mise en place d'une heure d'apprentissage à la nutrition et à l'alimentation par semaine dans les écoles et collèges. Cette dernière proposition repose sur l'idée qu'« *il est beaucoup plus simple et plus utile d'apprendre à tous les très jeunes comment bien se nourrir, plutôt que de devoir ensuite soigner les différentes maladies liées à une mauvaise alimentation*¹⁶² ».
1010. Le texte a ensuite été discuté puis adopté par l'Assemblée nationale sous le nom de « proposition de loi visant à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et à encourager les bonnes pratiques alimentaires » en février 2019. Il est, depuis, resté en attente de lecture au Sénat. Cette proposition de loi pose la question de savoir si le droit peut réellement orienter l'environnement et la conduite des individus pour améliorer et protéger leur santé. Si l'imposition d'une contrainte au nom de la santé publique n'est que très rarement la solution retenue, force est de constater une fois de plus que, par un mécanisme de contournement, le législateur tend à encadrer le comportement des acteurs économiques, afin de protéger et d'améliorer la santé de la population.
1011. Pour parvenir à ses fins, le législateur peut aussi avoir recours à des méthodes dites plus douces. Par exemple, l'article L1171-1 du Code de la santé publique introduit par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 prévoit qu'« *une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives destinées à développer des comportements favorables à la santé. Ces actions contribuent notamment à la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions* ». Bien que ce texte ait valeur de loi, on voit qu'il n'a pas une grande force obligatoire, le législateur préférant s'en remettre à l'organisme qu'il mentionne, auquel il confie une mission d'encouragement vers des comportements sains. Organisme qui, du reste, n'est pas identifié à ce jour.

¹⁶² *ibid.*

1012. On trouve le même mécanisme dans la loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous qui crée l'Observatoire de l'alimentation¹⁶³. Cet organisme a pour mission d'éclairer les pouvoirs publics et les opérateurs privés pour permettre l'amélioration continue de la qualité de l'offre alimentaire et la réduction des risques en matière de santé.
1013. Ainsi, ces contraintes visant les professionnels *« font peser le risque sanitaire sur les acteurs privés¹⁶⁴ »*. Bien que cela soit fait au nom de la protection de la santé, certains auteurs indiquent que la prolifération de règles imposant des contraintes aux professionnels présente également des risques : mis à part les inconvénients de nature économique, *« il est dangereux de donner aux consommateurs l'impression que la loi les protège en toutes circonstances et de créer ainsi chez eux une mentalité d'assistés, voire d'incapables. La surprotection risque de perpétuer la situation de faiblesse dans laquelle se trouvent la plupart des consommateurs¹⁶⁵ »*.

§ 2) Une régulation douce

1014. S'il semble effectivement que le législateur ne puisse pas se contenter de mécanismes de droit souple, il n'en demeure pas moins qu'un dispositif de régulation douce complète les mesures législatives en faveur d'une alimentation saine. Le développement suivant permettra d'ailleurs d'adopter une perspective un peu différente de celle de Madame Brimo qui considère que *« d'un autre côté, et les juges les ignorent largement, les conseils nutritionnels, avis, chartes et repères incitent à telle ou telle pratique et ne semblent destinés qu'aux seuls consommateurs, sans réelle conséquence contentieuse à l'heure actuelle¹⁶⁶ »*. En effet, ces mesures sont elles aussi, dans certains cas, dirigées vers des professionnels plutôt que vers les consommateurs. Cela peut s'expliquer par un objectif d'égalité poursuivi par les pouvoirs publics, car comme l'a

¹⁶³ Article 54 de la loi : « L'article L. 230-3 du Code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé : « Art. L. 230-3.- L'observatoire de l'alimentation assure un suivi global de la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire. Il collecte et analyse les données nutritionnelles relatives aux aliments afin d'éclairer les pouvoirs publics et les opérateurs privés en vue d'une amélioration continue de la qualité de l'offre alimentaire et d'une réduction des risques en matière de santé. Il fournit également aux secteurs professionnels des outils d'aide à la décision utiles à la mise en œuvre des engagements collectifs définis à l'article L. 230-4. Les modalités de fonctionnement de l'observatoire ainsi que sa composition sont définies par décret ».

¹⁶⁴ F. MARCHADIER, « Qualité de la santé, ordre public sanitaire et contrat », *Revue de droit sanitaire et social* 2014, p. 1055.

¹⁶⁵ J. CALAIS-AULOY, H. TEMPLE, M. DÉPINCÉ, *Droit de la consommation*, *op. cit.*

¹⁶⁶ S. BRIMO, « À la recherche du 4^{ème} volet du Plan national nutrition santé », *op. cit.*

indiqué l’Inserm en 2014, les interventions qui ciblent « *la responsabilité individuelle telles que les actions d’éducation alimentaire ou les campagnes d’information ont de fortes chances d’accroître les inégalités sociales de santé*¹⁶⁷ ». Ainsi, il peut être considéré plus judicieux d’agir sur d’autres facteurs que les comportements individuels pour atteindre les objectifs de santé publique souhaités.

1015. Parmi les instruments de droit souple les plus incontournables en matière d’alimentation et de santé, le Programme national nutrition santé (PNNS) se démarque ici par sa vocation à « *améliorer l’état de santé de la population en agissant sur l’un de ses déterminants majeurs : la nutrition*¹⁶⁸ ». Élaboré tous les cinq ans par le Gouvernement, le PNNS définit les objectifs de la politique nutritionnelle. Il est prévu dans le Code de la santé publique à l’article L3231-1 depuis la loi du 27 juillet 2010 de modernisation de l’agriculture et de la pêche. D’autres outils sont mis en œuvre au plus près de l’individu et de l’industriel : des chartes (A) et un logo sur la qualité nutritionnelle des produits (B).

A) La mise en place de chartes en faveur d’une alimentation saine

1016. Le Conseil supérieur de l’audiovisuel a mis en place une charte destinée à encourager les acteurs de l’audiovisuel à s’engager en faveur d’une alimentation saine (1°). Le ministère de la Santé, quant à lui, a mis en place un système de charte d’engagement volontaire de progrès nutritionnel à destination des entreprises du secteur alimentaire (2°).

¹⁶⁷ C. DELAMAIRE, P. DUCROT (Dir.), « Introduction au dossier « Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités sociales de santé ? » », La santé en action 2018, n° 444 ; voir aussi Inserm (dir.), Inégalités sociales de santé en lien avec l’alimentation et l’activité physique, Rapport, Les éditions Inserm, 2014, 731 p.

¹⁶⁸ <https://www.mangerbouger.fr/PNNS> [consulté le 30/06/2021]. À ce sujet : S. BRIMO, « À la recherche du 4^{ème} volet du Plan national nutrition santé », *op. cit.* : « Au final, au regard de leur traitement juridique, nous pouvons donc admettre que les normes issues du Programme national nutrition santé ne sont que rarement impératives pour le consommateur, à l’inverse de l’industriel. Pourtant, bien que non sanctionné s’il ne respecte pas la chaîne du froid, ou s’il ne se nourrit que de dix sucres et dix féculents par jour, le consommateur a indiscutablement modifié son comportement alimentaire depuis une quinzaine d’années. Et les prescriptions du PNNS y sont pour beaucoup. On constate en effet, sur cette période, que la consommation de fruits frais a augmenté de 11 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes et celle des fruits cuits et transformés de 44 % chez les femmes. Dans le même sens, les représentations et connaissances nutritionnelles ont évolué dans le sens des repères du Programme ».

1°) Les chartes du secteur de l’audiovisuel

1017. L’article L2133-1 du Code de la santé publique, qui prévoit que « *les messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d’édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés doivent contenir une information à caractère sanitaire* » est complété par une charte visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusés à la télévision. Cette charte publiée par le Conseil supérieur de l’audiovisuel vise à encourager « *les engagements volontaires des acteurs de l’audiovisuel en faveur d’une alimentation saine et durable* » et s’inscrit dans une démarche de responsabilisation des acteurs concernés¹⁶⁹. La première charte a été établie en 2009 puis révisée en 2013. Une nouvelle charte a été établie pour la période 2020-2024. Cette dernière voit son périmètre élargi par rapport aux précédentes afin d’inclure les acteurs radiophoniques, la publicité extérieure et les acteurs du numérique¹⁷⁰.

2°) Les chartes portant sur la composition des produits alimentaires

1018. Depuis 2007, le ministère de la Santé a mis en place un système de charte d’engagement volontaire de progrès nutritionnel par lequel l’entreprise du secteur alimentaire signataire s’engage de son plein gré à améliorer la qualité nutritionnelle des produits alimentaires qu’elle met sur le marché. Trente-six entreprises de ce secteur ont signé une charte d’engagement volontaire de progrès nutritionnel jusqu’à présent. Officiellement « *il ne s’agit pas de confier une mission de santé publique aux entreprises du secteur alimentaire*¹⁷¹ », mais cette démarche revient à leur attribuer un rôle et une responsabilité certes non légale mais morale vis-à-vis de la santé publique.

¹⁶⁹ Conseil supérieur de l’audiovisuel, <https://www.csa.fr/Informer/Collections-du-CSA/Travaux-Autres-publications/Rapports-au-gouvernement.-parlement.-etc/Charte-visant-a-promouvoir-une-alimentation-et-des-comportements-favorables-a-la-sante-dans-les-programmes-audiovisuels-et-les-publicites-2020-2024> [consulté le 30/06/2021]

¹⁷⁰ Conseil supérieur de l’audiovisuel, Charte visant à promouvoir une alimentation et des comportements favorables à la santé dans les programmes audiovisuels et les publicités, 2020-2024 ; voir aussi à ce sujet L. WARIN, « Publicité et santé – Une loi passée inaperçue, la loi dite « Gattolin » sur la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique », *op. cit.*

¹⁷¹ Ministère de l’Economie et des Finances, Ministère de l’Agriculture de l’Agroalimentaire et de la Forêt, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Référentiel pour les chartes d’engagements volontaires de progrès nutritionnel proposées par des entreprises du secteur alimentaire dans le cadre du programme national nutrition santé.

1019. En 2010, l'article L230-4 ajouté dans le Code rural¹⁷² a imposé aux industriels des normes de *soft law*¹⁷³ : « Pour agir sur la qualité gustative et nutritionnelle des produits agricoles et alimentaires et leur consommation, l'État incite les opérateurs du secteur agroalimentaire à mettre en œuvre des accords collectifs par famille de produits. Ces accords ont pour but de permettre une évolution favorable de la qualité nutritionnelle des denrées [...]. Ils fixent des objectifs à atteindre en matière de qualité nutritionnelle, conformément aux orientations définies dans le cadre du programme national relatif à la nutrition et à la santé prévu à l'article L. 3231-1 du Code de la santé publique [...] ». Ces accords sont conclus de façon facultative et échappent à tout contrôle juridictionnel, mais le système n'en est pas moins dépourvu d'efficacité¹⁷⁴. On peut citer comme exemple dans le secteur des boissons rafraîchissantes sans alcool, l'accord du 9 octobre 2014, par lequel les industriels concernés - en l'occurrence 80 % du marché français - s'engagent à réduire de 5 % le taux moyen de sucres dans leurs produits¹⁷⁵ et à ne plus faire de publicité à la télévision ou sur internet pour ces boissons dans les émissions où l'audience est composée à plus de 35 % d'enfants de moins de douze ans¹⁷⁶.

B) L'adoption du logo Nutriscore

1020. La loi de modernisation de notre système de santé crée l'article L3232-8 du Code de la santé publique qui prévoit : « Afin de faciliter le choix du consommateur au regard de l'apport en énergie et en nutriments à son régime alimentaire, [...] la déclaration nutritionnelle obligatoire [...] peut être accompagnée d'une présentation ou d'une expression complémentaire au moyen de graphiques ou de symboles [...] ». Ces dispositions doivent être mises en œuvre dans le respect du règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 (dit règlement « INCO ») concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires¹⁷⁷ et en particulier de son article 9 sur les mentions obligatoires sur les denrées alimentaires, son article 16 sur

¹⁷² Par la loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche.

¹⁷³ S. BRIMO, « À la recherche du 4^{ème} volet du Plan national nutrition santé », *op. cit.*

¹⁷⁴ *ibid.*

¹⁷⁵ *ibid.*

¹⁷⁶ Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, « Politique publique de l'alimentation : Stéphane Le Foll signe un accord collectif avec le secteur des boissons rafraîchissantes sans alcool pour diminuer le taux moyen de sucres, limiter la publicité télévisuelle ou internet et acter des engagements en matière de durabilité », Communiqué de presse, 9 octobre 2014.

¹⁷⁷ Ce règlement modifie les règlements (CE) n° 1924/2006 et (CE) n° 1925/2006 du Parlement européen et du Conseil et abroge les directives n° 87/250/ CEE de la Commission, n° 90/496/CEE du Conseil, n° 1999/10/ CE de la Commission, n° 2000/13/ CE du Parlement européen et du Conseil, n° 2002/67/ CE et n° 2008/5/ CE de la Commission et le règlement (CE) n° 608/2004 de la Commission.

l'omission de certaines mentions obligatoires et son article 30 sur le contenu de la déclaration nutritionnelle obligatoire. L'article 35 qui porte sur les formes d'expression et de présentation complémentaires autorise les États membres à recommander « *aux exploitants du secteur alimentaire d'utiliser une ou plusieurs formes d'expression ou de présentation complémentaires de la déclaration nutritionnelle dont ils estiment qu'elles satisfont le mieux aux exigences fixées* » au paragraphe 1 de cet article¹⁷⁸. C'est sur ce fondement que le législateur français s'est reconnu compétent pour mettre en œuvre un dispositif complémentaire d'information nutritionnelle facultatif mais dont la forme est unifiée par la loi¹⁷⁹.

1021. Cette présentation complémentaire s'est concrétisée en France sous le logo appelé Nutri-score, une pastille composée d'une lettre et d'une couleur, qui informe les consommateurs sur la qualité nutritionnelle d'un produit. Le produit est ainsi classé sur une échelle à cinq niveaux allant du plus favorable (A) au moins favorable (E) sur le plan nutritionnel¹⁸⁰. Suite à l'adoption de l'article L3232-8 du Code de la santé publique, un arrêté interministériel signé le 31 octobre 2017 par la ministre des Solidarités et de la Santé, le ministre de l'Agriculture et de l'Alimentation et le secrétaire d'État auprès du ministre de l'Économie et des Finances, est venu officialiser la recommandation gouvernementale du Nutri-Score¹⁸¹.

¹⁷⁸ Article 35 paragraphe 1 dudit règlement : « 1. Outre les formes d'expression prévues à l'article 32, paragraphes 2 et 4, et à l'article 33 et la présentation prévue à l'article 34, paragraphe 2, la valeur énergétique et les quantités de nutriments visées à l'article 30, paragraphes 1 à 5, peuvent être exprimées sous d'autres formes et/ou présentées au moyen de graphiques ou symboles en complément des mots ou chiffres, pour autant que les exigences suivantes soient respectées :

- a) ces formes se fondent sur de solides études auprès des consommateurs, scientifiquement valides, et n'induisent pas le consommateur en erreur, comme indiqué à l'article 7 ;
- b) leur mise au point est le résultat de la consultation d'un large éventail de groupes d'intérêts ;
- c) elles visent à faciliter la compréhension par le consommateur de la contribution de la denrée alimentaire à l'apport en énergie et en nutriments d'un régime alimentaire, ou de l'importance, à cet égard, de la denrée considérée ;
- d) elles sont étayées par des éléments scientifiquement valides prouvant que le consommateur moyen comprend la façon dont l'information est exprimée ou présentée ;
- e) dans le cas des autres formes d'expression, elles se fondent, soit sur les apports de référence harmonisés fixés à l'annexe XIII, soit, en l'absence de telles valeurs, sur des avis scientifiques généralement admis concernant les apports en énergie ou en nutriments ;
- f) elles sont objectives et non discriminatoires ; et
- g) leur mise en œuvre ne fait pas obstacle à la libre circulation des marchandises ».

¹⁷⁹ A. LAUDE, D. TABUTEAU, *La loi santé, Regards sur la modernisation de notre système de santé*, op. cit.

¹⁸⁰ [https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Comment-manger-mieux/Comment-comprendre-les-informations-nutritionnelles/Qu-est-ce-que-le-Nutri-Score?xtor=SEC-33-GOO-\[Nutriscore\]--S-\[nutriscore\]&gclid=Cj0KCQjwoub3BRC6ARIsABGhnyYaQjq28urz0eAxEieEEGd4ngT8Y-2Le5YOIEUDXYdjqhOFE-4Z96UaAmefEALw_wcB](https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Comment-manger-mieux/Comment-comprendre-les-informations-nutritionnelles/Qu-est-ce-que-le-Nutri-Score?xtor=SEC-33-GOO-[Nutriscore]--S-[nutriscore]&gclid=Cj0KCQjwoub3BRC6ARIsABGhnyYaQjq28urz0eAxEieEEGd4ngT8Y-2Le5YOIEUDXYdjqhOFE-4Z96UaAmefEALw_wcB) [consulté le 30/06/2021].

¹⁸¹ A. NISAND, « Nutri-Score : un logo sur la qualité nutritionnelle des produits », *La santé en action* 2018, n° 444.

1022. Ce logo a été conçu par l'agence Santé publique France, qui en protège la marque au niveau français et européen et en a établi ses règles d'utilisation¹⁸². Selon François Bourdillon, ancien directeur de Santé publique France, le Nutriscore est l'un des meilleurs exemples de l'intégration de la santé dans toutes les politiques en France¹⁸³. L'objectif est d'améliorer l'information nutritionnelle placée sur les produits pour aider les consommateurs à acheter des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, mais on peut aussi s'attendre à ce que ce dispositif incite les industriels à revoir la composition de leurs produits afin de pouvoir apposer un meilleur score sur leur emballage et ainsi attirer les clients.

¹⁸² *ibid.*

¹⁸³ Entretien avec F. BOURDILLON, 28 août 2018.

Conclusion du Chapitre 3

1023. Depuis les années 2010, le flux normatif portant l'intégration de la santé dans les autres politiques se propage en droit français, du moins de façon horizontale. En effet, les droits de la consommation et de l'environnement accueillent assez distinctement l'idée de « santé dans toutes les politiques ». Du fait des choix méthodologiques déjà expliqués, la diffusion du flux du niveau national au niveau local a été moins étudiée ici mais l'on peut déjà supposer que l'idée prend sa place aussi dans les collectivités territoriales sous diverses formes, juridiques ou extra-juridiques.
1024. Il apparaît que la protection et l'amélioration de la santé vont de pair, bien que la seconde soit encore moins recherchée que la première. L'équité en santé est, elle aussi, encore assez marginale puisque les textes que nous avons vus insistent peu sur le fait que la protection et l'amélioration de la santé doivent être accessibles à tous, sans créer ou accentuer les inégalités sociales de santé.
1025. Il ne semble pas y avoir d'articulation entre les moyens (Chapitre 2) et les objectifs décrits dans ce Chapitre 3 : le flux normatif va bien dans le sens de l'intégration de la santé, mais n'est pas du tout structuré de ce point de vue. Le droit français semble ainsi s'imprégner des préceptes de l'OMS au fil de l'eau, en fonction des volontés politiques et des possibilités législatives du moment. Cela dessine peu à peu un flux normatif hétérogène qui manque encore de cohérence même si l'on y distingue certaines caractéristiques de l'approche définie par la Déclaration d'Helsinki en 2013.
1026. Dans cette émergence chaotique, on a pu observer certains courants contradictoires, notamment une interprétation assez curieuse de l'idée d'intégration de la santé dans les autres politiques : intégration de cette question « à la carte », utilisation du terme sans grands résultats tangibles par la suite... Il semble également que ce soit parfois la santé qui absorbe les autres problématiques, et non l'inverse.
1027. Le flux français portant la « santé dans toutes les politiques » se démarque des ambitions affichées au niveau mondial, notamment par la protection de la santé en tant qu'objectif, mais aussi par l'absence de systématique et de synergies, et l'absence d'une norme déclaratoire. Comme le souligne le Professeur Auby, l'Union européenne, construction

juridique transnationale, est vecteur de globalisation juridique, et « sert abondamment de courroie de transmission au droit mondial¹⁸⁴ ». Si cet auteur évoque, pour illustration de ce constat, le droit du commerce international qui émane du droit de l'Organisation mondiale du commerce¹⁸⁵, nous pensons que ce constat s'applique dans une très faible mesure à notre étude : les droits de l'OMS et de l'UE n'ont pas une influence forte sur le droit français.

1028. Contrairement à une partie de la doctrine, nous n'adoptons pas ici une appréhension pathologiste des flux normatifs¹⁸⁶. En effet, Monsieur Nicolas indique que le flux normatif est « une production en continu de normes juridiques et incluant le jugement de valeur de la nécessité de ralentir cette production¹⁸⁷ ». Cet auteur note qu'un bon nombre de juristes voient dans la dynamique des flux normatifs un dysfonctionnement de la machine normative mais il estime pour sa part que les flux sont simplement révélateurs du droit hypermoderne, c'est-à-dire qu'ils sont une nouvelle façon de piloter l'action publique¹⁸⁸. Pour notre cas d'étude, appréhender les flux normatifs de façon négative, en s'appuyant, comme une partie de la doctrine, sur le constat d'une crise du droit, ne semble pas être le point de départ le plus adapté. En effet, l'ensemble de normes identifiées jusqu'à présent concernant la « santé dans toutes les politiques » n'indique pas une production à grande vitesse, mais plutôt un échelonnement dans un laps de temps relativement important - les premières manifestations de cette idée au niveau mondial ont eu lieu à la fin des années 1970, et en droit français, à la fin des années 1980. Loin d'en faire une faiblesse, cet étalement dans le temps des normes relatives à la « santé dans toutes les politiques » marque la récurrence et la résistance de cette idée. Nous ne pensons pas non plus que le flux normatif - par opposition à une norme unique - pourrait démultiplier les effets de la puissance normative du système juridique et entraînerait un double gain de puissance, quantitativement et qualitativement¹⁸⁹. La force du déploiement de la « santé dans toutes les politiques », - s'il y a une telle force - ne se manifeste certainement pas par une nébuleuse de textes adoptés en un temps record.

¹⁸⁴ J-B. AUBY, *La globalisation, le droit et l'État*, LGDJ, 3^{ème} édition, 2020, 242 p.

¹⁸⁵ *ibid.*

¹⁸⁶ E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs : essai sur le droit fluide*, Mare & Martin, Libre droit, 2018, 364 p.

¹⁸⁷ *ibid.*

¹⁸⁸ *ibid.*

¹⁸⁹ *ibid.*

Chapitre 4. Le renforcement du flux : de la « santé dans toutes les politiques » à l'approche intégrée de la santé

1029. Après avoir examiné les origines de l'émergence d'un flux normatif portant la « santé dans toutes les politiques » en France (Chapitre 1) et la timide insertion en droit français de ses caractéristiques-clés (Chapitre 2), nous voyons se dessiner une certaine cohérence dans le corpus juridique de la protection de la santé et parfois même, plus précisément, de l'amélioration de la santé (Chapitre 3). Consolider davantage ce flux normatif en lente expansion implique de le reconnaître et de le conceptualiser.
1030. En droit de l'Union européenne, la « santé dans toutes les politiques » est un principe consacré par un traité fondateur. En revanche, la « santé dans toutes les politiques » se manifeste en France par un flux normatif, à défaut d'être concrétisée par une règle de droit qui la rende obligatoire pour l'élaboration de toutes les politiques. En droit français, nous proposons l'idée que la « santé dans toutes les politiques » est pour l'instant un « *non-concept*¹⁹⁰ ». En effet, au regard de la façon dont la régulation était perçue auparavant, il nous semble que les observations suivantes peuvent aussi s'appliquer à la « santé dans toutes les politiques » : « *le concept [de régulation], s'il a déjà franchi le stade subliminal, n'a cependant encore aucune existence en droit positif*¹⁹¹ ». Faut-il rappeler qu'aucune loi, aucun règlement¹⁹², aucune jurisprudence en France ne mentionne explicitement la « santé dans toutes les politiques » et que cette dernière n'a, même dans les livres de droit de la santé et de droit de l'Union européenne, qu'une place marginale ? Il nous semble toutefois possible d'envisager

¹⁹⁰ Nous empruntons ici l'expression utilisée par le Professeur TIMSIT dans les années 1990 à propos de la régulation : G. TIMSIT, *Archipel de la norme*, Presses Universitaires de France, Les voies du droit, 1998, 252 p.

¹⁹¹ *ibid.*

¹⁹² Le décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé mentionne le mécanisme propre à la « santé dans toutes les politiques » mais dans une formulation voisine : « *favoriser la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques* ».

l'apparition prochaine de signes de « *la construction du concept*¹⁹³ ». En effet, quelques signes annonciateurs d'une telle évolution ont été mis en lumière dans les chapitres précédents : certaines manifestations dans la jurisprudence et certaines mesures politiques telles que la création d'un Comité interministériel pour la santé. Pour contribuer à cette construction, nous proposons les développements suivants.

1031. Le flux normatif qui existe en droit français et mis en évidence dans les trois premiers chapitres de cette seconde partie est le résultat visible d'un phénomène normatif moins évident. Tandis que le phénomène normatif inclut des éléments de droit international, de droit de l'Union européenne et de droit français - ce que nous avons vu tout au long de la thèse -, le flux normatif que nous étudions est, quant à lui, spécifique au droit français : il se manifeste au sein du système français. Le contenu de ce flux a été développé dans les chapitres précédents : des mesures de protection de la santé sont intégrées dans d'autres politiques, en particulier celles de l'environnement et de l'alimentation.
1032. Le phénomène normatif évoqué ci-dessus doit encore être analysé : c'est par ce phénomène que la « santé dans toutes les politiques » s'insère et se développe en droit français. Par « phénomène » on peut entendre un « *fait observé, en particulier dans son déroulement ou comme manifestation de quelque chose d'autre*¹⁹⁴ ». Si nous choisissons à ce stade d'avoir recours à la notion de « phénomène normatif » pour désigner ce que nous étudierons ici, c'est parce que cette notion de « phénomène normatif » ainsi que certaines de ses variantes sont utilisées par la doctrine¹⁹⁵ pour désigner des objets nouveaux encore peu étudiés par les juristes.
1033. Ces développements impliqueront d'avoir à nouveau recours à la notion de normativité, cette fois du point de vue du droit interne. Dans une décision de 2005 sur la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école, le Conseil constitutionnel a censuré pour la première fois une disposition législative pour défaut de normativité¹⁹⁶. Selon Madame

¹⁹³ G. TIMSIT, *Archipel de la norme*, op. cit., toujours à propos de la régulation.

¹⁹⁴ *Dictionnaire Larousse*, Larousse, 2018, 1088 p.

¹⁹⁵ Par exemple, le Professeur BORIES a recours aux termes « phénomènes » et « nouveaux phénomènes normatifs » dans son article intitulé « Droit global, globalisation du droit, droit administratif... De la nécessité de définir un objet d'étude », *Revue française de droit administratif* 2019, p. 815, pour désigner des objets d'études nouveaux - voir le titre de son article - encore peu définis par la doctrine. Cet auteur utilise aussi l'expression « phénomènes juridiques ».

¹⁹⁶ Cons. constit., 21 avril 2005, *Loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école*, n° 2005-512 DC.

Lefebvre-Rangeon, le Conseil constitutionnel a retenu à cette occasion une définition assez étroite de la normativité, centrée autour du caractère impératif de la norme¹⁹⁷. Adoptant un point de vue plus large, le Professeur Thibierge rappelle que les règles de droit - par opposition à d'autres normes juridiques, dont certaines seront abordées ici - ont une plénitude de normativité : « *La norme a en effet la double vocation de permettre le tracé, autrement dit de guider l'action se faisant, et la mesure, en ce qu'elle permet de juger l'action accomplie. Juridique, elle est ainsi modèle pour agir et/ou modèle pour juger. La conjonction de ces deux fonctions est caractéristique des règles de droit, dotées à ce titre d'une « plénitude de normativité »*¹⁹⁸ ».

1034. Dans un premier temps, nous évoquerons certaines hypothèses qui méritent d'être écartées et qui nous permettront de montrer que ce phénomène normatif - qui est à l'origine du flux normatif porteur de l'intégration de la santé dans d'autres politiques en France - n'est pas une norme (Section 1). Dans un second temps, nous montrerons en quoi ce phénomène agit comme un outil ayant des effets sur le droit français (Section 2). Dans la première comme dans la seconde démarche, nous prendrons en compte le phénomène normatif dans sa globalité, c'est-à-dire que nous inclurons à la fois le contexte de droit mondial et de l'Union européenne, ainsi que le contexte français.

Section 1. Des concepts juridiques à exclure

1035. En matière de protection de l'environnement, l'article 6 de la Charte de l'environnement française prévoit que « *les politiques publiques doivent promouvoir un développement durable. À cet effet, elles concilient la protection et la mise en valeur de l'environnement, le développement économique et le progrès social*¹⁹⁹ ». Cette notion de « conciliation » correspond tout à fait à ce qui est promu,

¹⁹⁷ F. LEFEBVRE-RANGEON, « L'exigence de normativité de la loi, Quel bilan, dix ans après la décision Avenir de l'école ? », L'actualité juridique droit administratif 2015, p. 1028. Ajoutons que la normativité peut aussi être définie simplement comme le « *caractère de ce qui crée la loi* » (C. PUIGELIER (dir.), *Dictionnaire juridique*, 3^{ème} édition, Bruylant, Paradigme, 2020, 1266 p.). Docteur en droit public, F. LEFEBVRE-RANGEON est responsable principale des relations avec les Gouvernements et les organisations nationales antidopage au sein du Bureau européen de l'Agence mondiale antidopage.

¹⁹⁸ C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », Archives de philosophie du droit 2008.

¹⁹⁹ Charte de l'environnement, 1^{er} mars 2005.

pour la santé, par le droit international souple²⁰⁰, afin d'intégrer harmonieusement la santé aux autres secteurs. En matière d'égalité homme-femme, nous verrons que la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes consacre le principe d'intégration de l'égalité homme-femme dans les politiques publiques de l'État et des collectivités territoriales.

1036. En droit français, la « santé dans toutes les politiques » n'obéit à aucune norme écrite qui énoncerait explicitement, de façon générale, que les actions engagées dans tous les secteurs de l'action publique doivent tenir compte de l'impact qu'elles auront sur la santé. En effet, nous avons vu que certains secteurs, comme le travail, l'éducation, la consommation et l'environnement, intègrent des considérations sanitaires dans leur droit. Mais cela n'obéit pas à un impératif de systématisme. C'est ce qui explique selon nous pourquoi les résultats, présentés notamment en chapitres 2 et 3 de la seconde partie de cette thèse, sont modestes, par exemple en ce qui concerne la prise en compte de la santé dans les études d'impact des projets de loi.
1037. Rappelons qu'une norme peut être définie comme « *la signification d'une proposition indiquant aux hommes ou aux institutions un modèle auquel conformer leur conduite impérativement*²⁰¹ ». En ce qui concerne la composante impérative de la norme, le Professeur de Béchillon considère que celle-ci pèse parfois sur les destinataires les plus directs de la règle, ceux désignés explicitement, mais surtout et toujours sur ses destinataires indirects, c'est-à-dire sur ceux à qui s'adresse son discours latent²⁰². On rappellera également que « *toute norme suppose, sans aucune exception ni limite, un dialogue, une parole à deux, un émetteur et un récepteur, un auteur et un « adressataire* »²⁰³ ». Dans notre cas d'étude, nous supposons que l'État peut s'imposer une règle de droit à lui-même : en effet, le Professeur de Béchillon écrit que si « *l'on peut se parler à soi-même* », c'est sous la forme d'un « *dialogue intérieur entre les diverses instances d'un même sujet* » et non sous celle d'un monologue²⁰⁴. Cette question de la forme et de l'existence de cette norme fera l'objet de la première section.

²⁰⁰ Voir Chapitre 1 (Partie 1), et Chapitre 2 (Partie 2).

²⁰¹ D. DE BÉCHILLON, *Qu'est-ce qu'une règle de droit ?* Odile Jacob, 1997, 291 p.

²⁰² *ibid.*

²⁰³ *ibid.*

²⁰⁴ *ibid.*

1038. À la lumière des chapitres précédents, il s'agit en effet de savoir s'il manque véritablement une norme générale d'intégration de la santé dans les autres politiques, ou, si elle existe, sous quelle forme pouvons-nous la trouver. Si l'on retourne à ce que l'on appelle les sources du droit, les Professeurs Terré et Molfessis considèrent que cette métaphore bien connue renvoie « à l'existence de points d'émergence de la règle juridique qui révéleraient en même temps ce qui fonde le caractère obligatoire de celle-ci²⁰⁵ ». Le nœud du problème ici est précisément ce point d'émergence dont l'aspect trouble explique d'ailleurs l'absence de caractère obligatoire de l'intégration de la santé dans toutes les politiques en France.

1039. Nous proposons donc les hypothèses suivantes : soit la norme est une norme non-écrite, que l'on peut imaginer de différentes natures (§ 1), soit elle est difficile à percevoir, c'est-à-dire qu'elle est impalpable, pour deux raisons possibles (§ 2).

§ 1) Une norme non-écrite ?

1040. Plusieurs pistes peuvent être évoquées autour de l'existence d'une norme dont la nature est difficile à appréhender. Nous présentons deux hypothèses qu'il nous semble nécessaire de mentionner, pour ensuite les invalider ; elles paraissent peu probables mais peuvent à notre sens nous permettre, en les éliminant, d'affiner les caractéristiques de notre phénomène normatif. En l'absence d'une règle de droit instaurant de façon systématique l'intégration de la santé dans les autres politiques, il s'agit de voir si un autre type de norme pousse l'État à cette intégration : est-ce une forme de règle coutumière régissant le mode de gouvernance français ? (A) Est-ce une norme s'apparentant à un standard ou un principe ? (B)

A) La faible probabilité de pouvoir qualifier la norme étudiée de « coutume »

1041. La coutume, en raison de certaines de ses caractéristiques, mérite d'être évoquée.

²⁰⁵ F. TERRÉ, N. MOLFESSIS, *Introduction générale au droit*, 12^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2020, 720 p.

1042. D'une part, le Professeur de Béchillon distingue, dans le cadre de la théorie de l'acte juridique qu'il développe, les normes sans actes et les actes sans normes²⁰⁶. Nous nous intéressons ici aux premières²⁰⁷. Le postulat de l'auteur est que « l'immense majorité des normes juridiques sont édictées au travers d'actes juridiques formels parfaitement répertoriés et identifiables : des « lois », des « décrets », la « Constitution », des « jugements », des « arrêts », des « contrats », etc. ²⁰⁸ ». Les « normes sans actes » sont une exception à ce principe dans la mesure où ces « authentiques normes se passent d'un tel support²⁰⁹ ». Il donne pour exemple la coutume, qui n'est véhiculée par aucun acte - elle est dépourvue d'*instrumentum*²¹⁰ - et insiste sur le caractère d'exception de ce cas de figure, car même les principes généraux du droit, qui sont non-écrits, « naissent au monde juridique à l'instant de leur « reconnaissance » par le juge²¹¹ ». Le même auteur rappelle que le Professeur Eisenmann admettait l'existence « d'actes juridiques normateurs non écrits » dépourvus d'*instrumentum* (« la feuille de papier couverte d'encre »). Pour le Professeur Eisenmann, « la corrélation acte/norme s'établissait entre la norme et le *negotium* de l'acte (son contenu)²¹² ».

1043. D'autre part, Monsieur Danet, Maître de conférences en sciences de gestion et docteur en droit, rappelle qu'une distinction est traditionnellement faite en ce qui concerne l'émergence des normes juridiques, entre d'un côté les systèmes de « droit légiféré », de l'autre les systèmes de « droit spontané »²¹³.

²⁰⁶ D. DE BÉCHILLON, *Qu'est-ce qu'une règle de droit ? op. cit.*

²⁰⁷ Quant à la seconde catégorie, les actes sans normes ont, selon le Professeur DE BÉCHILLON, des expressions et des finalités variées ; celui-ci donne pour exemple les lois non prescriptives et écrit : « certaines affirmations, très creuses, trônent désormais aux préambules de textes importants, souvent sous la forme de déclarations de principes généraux. Ainsi, l'article 1 de la loi du 3 janvier 1977 se recommande d'un vertueux « l'architecture est une expression de la culture ». » (D. DE BÉCHILLON, *Qu'est-ce qu'une règle de droit ? op. cit.*)

²⁰⁸ D. DE BÉCHILLON, *Qu'est-ce qu'une règle de droit ? op. cit.*

²⁰⁹ *ibid.*

²¹⁰ Le *negotium* concerne la question de fond que vise l'acte juridique, par opposition à l'*instrumentum* qui, en la forme, traduit matériellement la volonté de l'auteur de l'acte (S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques 2020-2021*, 28^{ème} édition, Dalloz, 2020, 1150 p.).

²¹¹ D. DE BÉCHILLON, *Qu'est-ce qu'une règle de droit ? op. cit.*

²¹² *ibid.*

²¹³ D. DANET, « Entre droit spontané et droit légiféré : la production de droit par la normalisation », *Économie publique* 2001, Vol. 1, n° 7. L'auteur précise qu'un ordre juridique est « spontané » s'il présente quatre traits : « le fondement du système juridique et de l'acceptation des règles est la réciprocité basée sur l'intérêt de chacun à la conservation de l'ordre ; l'émergence des normes résulte d'un processus d'essais et erreurs ; la résolution pacifique du contentieux est le fait d'une instance spécialisée dotée du pouvoir de *juris dictio* mais dénuée de l'*imperium* juridictionnel ; le recours à l'ostracisme permet d'assurer l'effectivité de la sanction ».

1044. Parmi les normes spontanées, on trouve les usages et les coutumes²¹⁴. À la lumière de nos observations concernant les caractéristiques de la « santé dans toutes les politiques » en droit français, il peut être intéressant de s'interroger sur la possibilité qu'il s'agisse d'une forme de coutume du droit des politiques publiques. En effet, la « santé dans toutes les politiques » a pour particularité d'être une règle non écrite suivie par l'État dans certains cas.
1045. La coutume a un caractère « *informulé* » et « *spontané* »²¹⁵. Elle « *naît de la répétition du même geste par les usagers du droit* » ; elle ressemble ainsi aux « *usages extra-juridiques de la vie en société*²¹⁶ ». Elle se distingue de la loi car elle est « *un pur negotium dénué de tout support matériel, donc dépourvu de tout instrumentum et de toute griffe officielle*²¹⁷ ». Dotée d'une structure particulière et d'une place incertaine, la coutume acquiert un rôle important en droit international à l'heure de la mondialisation²¹⁸. Le rôle des résolutions déclaratoires de l'Assemblée générale de l'ONU dans la formation coutumière est reconnu²¹⁹. Un constat analogue peut sans doute être fait pour les résolutions déclaratoires de l'Assemblée mondiale de la santé, dont nous avons vu, en première partie de cette thèse, le rôle influent qu'elle peuvent avoir.
1046. Un exemple par excellence d'un droit spontané est le droit commercial français, fondé très largement sur la reconnaissance des usages, c'est à dire sur « *la consécration par le juge de comportements individuels devenus régularités sociologiques par imitation librement consentie*²²⁰ ». Voici un obstacle à une comparaison avec notre phénomène normatif : l'ordre juridique spontané « *se fonde sur la reconnaissance de pratiques supposées générales par un juge*²²¹ ». Or, nous avons vu dans les précédents chapitres qu'il y a peu d'exemples de prise en compte par le juge de l'intégration de la santé dans les autres politiques.

²¹⁴ C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », *op. cit.*

²¹⁵ P. JESTAZ, *Les sources du droit*, Dalloz, 2^{ème} édition, Connaissance du droit, 2015, 198 p.

²¹⁶ *ibid.*

²¹⁷ *ibid.*

²¹⁸ *ibid.*

²¹⁹ E. LOQUIN, C. KESSEDJAN, *La mondialisation du droit*, Litec, Vol. 19, 2000, 610 p.

²²⁰ D. DANET, « Entre droit spontané et droit légiféré : la production de droit par la normalisation », *op. cit.*

²²¹ *ibid.*

1047. La coutume connaît en effet elle aussi, tôt ou tard, une reconnaissance par le juge : « *nombre d'usages et de coutumes sont utilisés par le juge comme instruments de mesure. La plupart des règles spontanées, coutumes et usages, ont en effet déjà vu leur violation sanctionnée par les tribunaux*²²² », et se voit reconnaître un caractère obligatoire²²³. C'est ce qui empêche de considérer, en son état actuel, notre phénomène normatif comme une forme de coutume qui aurait influencé l'action de l'État et l'aurait poussé à intégrer la santé dans d'autres politiques. La protection de la santé est présente dans certains contentieux environnementaux, mais non au titre d'une approche systématique de la « santé dans toutes les politiques ».

1048. Par exemple, en 2017, le Conseil d'État a enjoint l'État d'élaborer et de mettre en œuvre, pour plusieurs zones du territoire, des plans relatifs à la qualité de l'air permettant de réduire les concentrations en dioxyde d'azote²²⁴. La directive visée, à savoir la directive n° 2008/50/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2008 concernant la qualité de l'air ambiant et un air pur pour l'Europe, donne une place centrale à la question sanitaire, tout comme ses textes de transposition en droit français insérés dans le Code de l'environnement²²⁵. Le juge administratif, en revanche, insiste peu sur cet aspect dans sa décision. En 2020, la Haute juridiction relève que l'État n'a pas pris les mesures permettant d'assurer l'exécution complète de l'arrêt de 2017 et prononce donc à l'encontre de l'État une astreinte de 10 millions d'euros par semestre jusqu'à la date à laquelle la décision précédente aura reçu exécution, à défaut pour lui de justifier de cette exécution complète dans un délai de six mois²²⁶. Dans cette affaire, le juge administratif décide qu'« *eu égard au délai écoulé depuis l'intervention de la décision dont l'exécution est demandée, à l'importance qui s'attache au respect effectif des exigences découlant du droit de l'Union européenne, à la gravité des conséquences du défaut partiel d'exécution en termes de santé publique et à l'urgence particulière qui en découle, il y a lieu, dans les circonstances de l'affaire, de prononcer contre l'État, à défaut pour lui de justifier de cette exécution complète dans un délai de six mois à compter de la notification de la présente décision, une astreinte de 10*

²²² C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », *op. cit.*

²²³ F. TERRÉ, N. MOLFESSIS, *Introduction générale au droit*, *op. cit.*

²²⁴ CE, 6^{ème} - 1^{ère} ch. réunies, 12 juill. 2017, *Association Les Amis de la Terre France*, n° 394254, Lebon (AJDA 2018, p. 167, note A. PERRIN et M. DEFFAIRI ; AJDA 2017, p. 1426 ; D. 2017, p. 1474 ; RFDA 2017, p. 1135, note A. VAN LANG).

²²⁵ *ibid.*

²²⁶ CE, ass., 10 juill. 2020, *Association Les amis de la terre France*, n° 428409, Lebon (AJDA 2020, p. 1447 ; AJDA 2020, p. 1776, chron. C. MALVERTI et C. BEAUFILS ; D. 2021, p. 1004, obs. G. LERAY et V. MONTEILLET).

millions d'euros par semestre jusqu'à la date à laquelle la décision du 12 juillet 2017 aura reçu exécution », et confère ce faisant un poids important à la santé publique.

1049. Dans un arrêt de 2021, le Conseil d'État liquide par la suite l'astreinte de 10 millions d'euros prononcée contre l'État, au titre du premier semestre de l'année 2021 et enjoint à celui-ci de la répartir entre l'association requérante à l'instance initiale et d'autres organismes à but non lucratif²²⁷.
1050. Ajoutons qu'il est difficile de conclure à la présence, dans notre cas d'étude, d'un élément de répétition tel que la doctrine et la jurisprudence l'entendent pour définir la coutume. En effet, tantôt la santé apparaît de façon forte dans une autre politique, tantôt elle n'y est pas mise en avant alors qu'elle aurait pu y avoir sa place en raison de la problématique abordée : voyons des exemples tirés d'une part de la politique de l'énergie et d'autre part de la lutte contre l'utilisation des produits phytopharmaceutiques.
1051. L'article L100-1 du Code de l'énergie présente la politique énergétique et prévoit en son 4° que celle-ci « *préserve la santé humaine et l'environnement, en particulier en luttant contre l'aggravation de l'effet de serre et contre les risques industriels majeurs, en réduisant l'exposition des citoyens à la pollution de l'air et en garantissant la sûreté nucléaire* ». Cet article date de l'ordonnance n° 2011-504 du 9 mai 2011 portant codification de la partie législative du Code de l'énergie. L'article L100-2 du même code dispose, depuis la loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte, que « *pour atteindre les objectifs définis à l'article L100-1, l'État, en cohérence avec les collectivités territoriales et leurs groupements et en mobilisant les entreprises, les associations et les citoyens, veille, en particulier, à [...] assurer l'information de tous et la transparence, notamment sur les coûts et les prix des énergies ainsi que sur l'ensemble de leurs impacts sanitaires, sociaux et environnementaux* ». On perçoit donc une progression dans la prise en compte de la dimension sanitaire de la politique de l'énergie entre 2011 et 2015 : les objectifs de l'article L100-1 du Code de l'énergie sont détaillés, des responsabilités sont attribuées à différents acteurs et la santé est mise au premier rang des enjeux sur lesquels une transparence est requise.

²²⁷ CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 4 août 2021, *Association Les amis de la terre France et autres*, n° 428409, Lebon (AJDA 2021, p. 1655, obs. PASTOR ; D. 2021, p. 1544), voir également J-M. PASTOR, « Pollution de l'air : liquidation de l'astreinte prononcée à l'encontre de l'État », Dalloz Actualités, 8 sept. 2021.

1052. En revanche, après l'adoption du « paquet pesticide » européen²²⁸, la France a transposé ces dispositions par l'ordonnance n° 2011-840 du 15 juillet 2011 et le décret n° 2012-755 du 9 mai 2012²²⁹. Depuis lors, le Plan Écophyto, dans ses différentes versions, est devenu « *l'un des maillons essentiels du projet agro-écologique national de l'État*²³⁰ ». Cependant, malgré l'importance accordée à la santé dans ce plan adopté en 2008 et révisé en 2015 puis en 2018²³¹, il est étonnant de constater que le ministère de la Santé n'y figure pas au même plan que ses homologues de l'Agriculture, de l'Environnement, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, des Outre-mer, et de l'Agence française pour la biodiversité ainsi que l'Assemblée permanente des chambres d'agriculture, qui travaillent, en vue de mettre en œuvre les actions du plan, sous la supervision d'un comité d'orientation stratégique et sous la tutelle des ministres chargés de l'Agriculture et de l'Environnement²³².

B) La faible probabilité de pouvoir qualifier la norme étudiée de « principe » ou de « standard »

1053. Dans un contexte juridique où l'image de la traditionnelle hiérarchie des normes laisse place à des « *hiérarchies discontinues, alternatives et enchevêtrées*²³³ », des sources diverses, telles que les standards et les principes directeurs²³⁴ vont de pair avec une nouvelle « *méthode législative* » qui consiste à « *poser les normes en admettant une marge dans leur application*²³⁵ ». Sur ce constat, on peut s'interroger sur les similitudes que la « santé dans toutes les politiques » présente avec le standard (1°) et certains principes (2°).

²²⁸ Directive n° 2009/128/CE, Règlement (CE) n° 1107/2009, Directive n° 2009/127/CE et Règlement (CE) n° 1185/2009.

²²⁹ Ordonnance n° 2011-840 du 15 juillet 2011 relative à la mise en conformité des dispositions nationales avec le droit de l'Union européenne sur la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ; Décret n° 2012-755 du 9 mai 2012 relatif à la mise en conformité des dispositions nationales avec le droit de l'Union européenne en ce qui concerne la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques.

²³⁰ Cour des comptes, Le bilan des plans Ecophytos, 27 novembre 2019, 6 p.

²³¹ Voir Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, Plan Ecophyto 2008-2018, 10 septembre 2008 ; Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'énergie, Plan Ecophyto II, 20 octobre 2015 ; et Ministère de la Transition écologique et solidaire, Plan Ecophyto 2+, 2018.

²³² *ibid.*

²³³ M. DELMAS-MARTY, *Pour un droit commun*, Éditions du Seuil, 1994, 305 p.

²³⁴ Ou encore les « notions à contenu variable » et les « notions indéterminées » : voir M. DELMAS-MARTY, *Pour un droit commun*, *op. cit.*, pages 122 et suivantes de l'ouvrage.

²³⁵ M. DELMAS-MARTY, *Pour un droit commun*, *op. cit.*

1°) La fausse proximité entre la « santé dans toutes les politiques » et la notion de standard

1054. Malgré quelques traits (a) et une modalité d'application (b) en apparence proches, l'approche « santé dans toutes les politiques » est loin d'être un standard.

a) Des caractéristiques communes superficielles

1055. Le standard peut être considéré comme une notion juridique critique²³⁶ voire marginale qui peine à trouver sa place parmi les concepts juridiques²³⁷. Tandis que le principe est général, le standard, lui, est vague²³⁸. Il exige par exemple la prudence, le bon sens²³⁹, ou encore la bonne foi, l'ordre public et l'intérêt de l'enfant²⁴⁰. D'une « *extrême hétérogénéité* », les standards intègrent à la norme juridique d'autres normes et ce faisant « *enrichissent le droit d'une prise directe sur les réalités vivantes du milieu professionnel ou social*²⁴¹ ». Ces quelques points résonnent avec les développements des chapitres précédents qui ont mis en exergue l'aspect méconnu voire marginal de la « santé dans toutes les politiques » en droit ainsi que ses caractéristiques héritées du milieu de la santé publique.

1056. La « santé dans toutes les politiques » se distingue en revanche clairement du standard pour les raisons suivantes. Rappelons que selon le Professeur Thibierge, la règle de droit est à la fois un instrument « *de tracé et de mesure*²⁴² ». Mises à part les règles de droit, il existe d'autres normes juridiques²⁴³, dont certaines ne sont dotées que de l'une des deux fonctions de tracé

²³⁶ S. RIALS, in C. PERELMAN, R. VANDER ELST, *Les notions à contenu variable en droit*, Bruylant, 1984, 377 p.

²³⁷ E. BERNARD, La spécificité du standard juridique en droit communautaire, Bruylant, Thèses, Collection droit de l'Union européenne, 2010, 643 p.

²³⁸ S. GOLTZBERG, *L'argumentation juridique*, 4^{ème} édition, Dalloz, Connaissance du droit, 2019, 140 p.

²³⁹ *ibid.*

²⁴⁰ C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », *op. cit.*

²⁴¹ M. DELMAS-MARTY, *Pour un droit commun*, *op. cit.*

²⁴² C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », *op. cit.* : La règle de droit est un instrument de tracé dans le sens où elle est un modèle pour l'action : elle peut guider une conduite, des rapports, des qualifications, l'attribution d'une prérogative à un sujet, les effets d'un acte ou d'une situation de fait, ou une habilitation. Elle est aussi un instrument de mesure car elle est considérée comme un modèle pour juger : elle permet de vérifier la rectitude, car elle est un outil de comparaison qui peut être confronté à la variété des cas réels possibles.

²⁴³ Il s'agit des normes juridiques individuelles, par exemple les normes contractuelles, juridictionnelles ou administratives. La plupart d'entre elles ne sont pas générales, mais elles sont dotées de force obligatoire ou exécutoire. Elles ont les fonctions associées à la normativité (tracé et mesure), mais ces instruments « *de tracé et de mesure* » sont « *de moindre portée normative que les règles de droit* ». (C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », *op. cit.*).

et de mesure²⁴⁴. C'est le cas du standard, qui est présenté comme « *un pur instrument de mesure des comportements et des situations en termes de normalité*²⁴⁵ ». S'ils permettent d'évaluer la conduite d'une personne, ils n'indiquent en revanche pas de direction particulière²⁴⁶. Or, c'est précisément ce qui caractérise la « santé dans toutes les politiques », qui oriente vers une certaine approche des politiques publiques.

1057. En outre, le standard s'adresse à l'individu et c'est le juge qui appréciera s'il a été respecté ou non. La « santé dans toutes les politiques » n'est pas un standard puisqu'elle s'adresse aux décideurs politiques avant tout.

b) Une modalité d'application commune : la marge d'appréciation

1058. Il existe un parallèle intéressant entre une caractéristique propre aux standards et aux principes directeurs, et la façon dont la France adapte les préconisations de l'OMS sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques²⁴⁷. Selon le Professeur Delmas-Marty, les standards et les principes directeurs ont pour point commun de donner à leurs destinataires - qu'il s'agisse du juge ou bien, en droit international, des États - une marge d'appréciation supérieure à celle donnée par une règle de droit²⁴⁸.

1059. Si l'on élargit la comparaison, il peut même être suggéré, plus généralement, que l'État français s'arroge une « marge nationale d'appréciation » pour appliquer la « santé dans toutes les politiques » sur son territoire. La doctrine de la « marge nationale

²⁴⁴ C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », *op. cit.*

²⁴⁵ L'auteur, C. THIBIERGE, se fonde ici sur la définition donnée dans S. RIALS, *Le juge administratif français et la technique du standard*, LGDJ, Thèses, 1980, 564 p.

²⁴⁶ C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », *op. cit.*

²⁴⁷ Voir Chapitres 2 et 3 (Partie 2).

²⁴⁸ M. DELMAS-MARTY, *Pour un droit commun*, *op. cit.* L'auteur affirme notamment : « Des standards aux principes directeurs, on retrouve le même processus de prescription par des normes faiblement déterminées dans les textes, mais toujours déterminables selon des critères multiples qui évitent l'effet réducteur de la règle. La différence avec la règle est que celle-ci soit s'identifie parfaitement à une situation simple et donne ainsi une situation juridique nette en termes de conformité/non-conformité, soit ne s'identifie pas et devient totalement inopérante. En revanche, les critères multiples qui déterminent la signification des standards et des principes directeurs restent applicables dans les hypothèses les plus complexes. Mais le travail de pondération et de combinaison de ces critères exclut le plus souvent le principe d'identité, car il est exceptionnel que les faits correspondent parfaitement à l'ensemble de tous les critères. D'où l'analyse en termes de proximité et la décision de compatibilité, et non de conformité. On en arrive donc, presque inévitablement, à reconnaître au récepteur de la norme une marge d'appréciation lorsqu'il fixe le seuil de compatibilité qui fonde sa décision. Inévitablement donc, le récepteur (le juge au sens large, mais aussi les États, pour les normes internationales) participe à la détermination des normes ».

d'appréciation » est présentée par le Professeur Delmas-Marty dans le cadre des décisions juridictionnelles de la Cour européenne des droits de l'homme : là, « à l'obligation d'identité se substitue une obligation plus limitée de « proximité » qui suppose la mise en place d'une échelle de gradation » ainsi que la fixation, « même implicite, d'un seuil au-delà duquel elle est jugée suffisante pour que la pratique considérée soit « compatible » avec la norme de référence²⁴⁹ ».

1060. La « santé dans toutes les politiques » et les concepts qui l'entourent permettent justement différentes interprétations. Nous avons vu dans la première partie de cette thèse que la « santé dans toutes les politiques » est une approche qui prône une intervention publique en faveur de l'amélioration de la santé, laquelle peut être regardée par les experts de santé publique comme étant une notion distincte de celle de protection de la santé. Or, d'une part, en droit français, la politique de santé est élaborée afin de « garantir le droit à la protection de la santé de chacun²⁵⁰ », consacré par le Préambule de la Constitution. La politique de santé inclut « l'amélioration de l'état de santé de la population²⁵¹ ». Les mesures prises dans d'autres secteurs de politiques publiques pour tenir compte des impacts sur la santé visent avant tout la protection de la santé contre les risques²⁵². D'autre part, la fusion des problématiques nutritionnelles et sanitaires, dans le Programme national nutrition santé (PNNS), témoigne d'une réception-transformation, par la France, de l'approche « santé dans toutes les politiques ». En effet, plutôt que d'intégrer la santé dans la politique de l'alimentation et de la nutrition, c'est ici le domaine de la santé qui s'empare de cette question : le PNNS est inscrit dans le Code de la santé publique et le choix du terme « nutrition » met l'accent sur la dimension sanitaire de cette problématique²⁵³. Bien qu'une « proximité » avec la « norme de référence » - pour reprendre les propos du Professeur Delmas-Marty ci-dessus - soit constatée, le système français en fait une application bien particulière.

1061. L'existence d'une telle marge nationale d'appréciation se vérifie également avec un exemple tiré du droit de l'environnement : la loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement, en son Titre III intitulé « Prévention des risques pour l'environnement et la santé, prévention des déchets »

²⁴⁹ M. DELMAS-MARTY, *Pour un droit commun*, op. cit.

²⁵⁰ Article L1411-1 du Code de la santé publique.

²⁵¹ *ibid.*

²⁵² Voir le Chapitre 3 (Partie 2).

²⁵³ *ibid.*

et plus précisément son article 36, prévoit que « la politique environnementale sera prise en compte comme une composante de la politique de santé dont le lien étroit avec l'environnement et la santé des écosystèmes sera reconnu²⁵⁴ ». L'environnement est intégré à la politique de santé, et non l'inverse. Il ne s'agit donc pas d'un cas typique d'intégration de la santé dans une autre politique telle que préconisée par l'approche du même nom.

1062. La marge nationale d'appréciation peut parfois émaner de l'émetteur direct de la norme, c'est-à-dire le législateur international, notamment en droit communautaire²⁵⁵. Ce cas de figure plus rare semble correspondre davantage à notre objet d'étude. Néanmoins, dans la majorité des cas, la technique jurisprudentielle de la marge nationale d'appréciation est utilisée surtout pour des questions d'application d'un droit²⁵⁶. La grande différence avec notre objet d'étude se trouve à ce niveau : la « santé dans toutes les politiques » se manifeste brièvement en France aux niveaux législatif et politique, et non dans les décisions de justice.
1063. En outre, les exemples donnés par le Professeur Delmas-Marty sur la marge nationale d'appréciation sont issus du droit dur : Convention européenne des droits de l'Homme ou, plus généralement, toute convention internationale²⁵⁷. L'auteur précise ainsi qu'« une marge peut être aussi introduite de son propre chef par le récepteur, soit qu'un État exprime une réserve lors de la ratification d'une convention, soit que le législateur, ou parfois le juge national, opère une transposition a minima en droit interne [...]»²⁵⁸. Là aussi il convient de s'écarter avec prudence de cet élément de comparaison car l'intégration de la santé dans toutes les politiques n'est pas une obligation qui découlerait d'une convention internationale : nous ne nous situons pas ici dans l'hypothèse d'une marge introduite par l'État français en tant que récepteur d'une norme impérative internationale.

²⁵⁴ Cette disposition n'est pas codifiée.

²⁵⁵ M. DELMAS-MARTY, *Critique de l'intégration normative, L'apport du droit comparé à l'harmonisation des droits*, Presses Universitaires de France, Les voies du droit, 2004, 336 p.

²⁵⁶ D. SZYMCZAK, « Convention européenne des droits de l'homme : aperçu général », Répertoire de droit européen 2020 (Avril).

²⁵⁷ M. DELMAS-MARTY, *Critique de l'intégration normative, L'apport du droit comparé à l'harmonisation des droits*, op. cit.

²⁵⁸ *ibid.*

2°) La fausse proximité entre la « santé dans toutes les politiques » et le principe directeur

1064. La « santé dans toutes les politiques » pourrait s'apparenter à certains égards au principe directeur, pensé par la doctrine de façon contrastée (a) mais doit en réalité être exclue de cette catégorie et assimilée à des principes d'autres natures (b).

1065. Notons que les principes généraux du droit forment une autre catégorie, exclue de notre raisonnement ici. En effet, ces principes non-écrits qui s'imposent à l'administration, malgré leur caractère préexistant, implicite²⁵⁹, n'incluent certainement pas la « santé dans toutes les politiques » car ils sont reconnus par le juge et « *ne peuvent être justifiés que par référence à la justice*²⁶⁰ ». Or, la prise en compte, par le juge français, de l'intégration de la santé dans d'autres politiques est extrêmement limitée²⁶¹.

a) L'insuffisante ressemblance de la « santé dans toutes les politiques » avec les principes directeurs

1066. Considérés comme l'« *armature de la pensée juridique*²⁶² », les principes « directeurs » sont nommés ainsi car ils « *dirigent l'interprète en lui indiquant la voie à suivre. Une voie qui n'est pas la normalité indiquée par les standards mais une normativité extra-juridique, c'est-à-dire une normativité définie à partir de valeurs prises à l'extérieur de la sphère juridique*²⁶³ ». S'agissant des principes directeurs nationaux, on trouve, parmi ceux de valeur constitutionnelle, les principes politiques, économiques et sociaux particulièrement nécessaires à notre temps, tels qu'énumérés dans le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, dont le droit à la protection de la santé, le droit d'asile et le droit de grève²⁶⁴.

1067. Les principes directeurs à valeur législative se manifestent par exemple à travers des formules permettant de « *rappeler en tête d'une loi un principe fondateur unique comme le respect de la vie (ex : loi de 1975 sur l'interruption volontaire de grossesse)*²⁶⁵ » ; ou encore « *le devoir de sauvegarde du*

²⁵⁹ P. BRUNET, in D. DE BECHILLON, P. BRUNET, V. CHAMPEIL-DESPLATS, E. MILLARD (dir.), *L'architecture du droit, Mélanges en l'honneur de Michel Troper*, Economica, 2006, 1028 p.

²⁶⁰ *ibid.*

²⁶¹ Voir Chapitres 2 et 3 (Partie 2).

²⁶² M. DELMAS-MARTY, *Pour un droit commun*, *op. cit.*

²⁶³ *ibid.*

²⁶⁴ *ibid.*

²⁶⁵ *ibid.*

*patrimoine naturel (loi de 1976 sur la protection de la nature)*²⁶⁶ ». Dans tous les cas, en droits de l'Union européenne et de la Convention européenne des droits de l'homme, les principes directeurs sont étroitement imbriqués avec la question des droits fondamentaux²⁶⁷.

1068. Monsieur Goltzberg précise qu'un principe, qu'il soit écrit ou non-écrit, a vocation à s'appliquer à de nombreuses situations sans que son énoncé ne précise lesquels. Peuvent être cités par exemple les principes selon lesquels « *la fraude corrompt toute chose* », « *nul n'a le droit de se faire justice* », « *la bonne foi est toujours présumée* », ou encore « *celui qui a commis une faute doit en supporter les conséquences*²⁶⁸ ». Les principes ne situent donc pas précisément l'action dans un contexte, il s'agit de « *considérations générales, qui transcendent souvent les branches du droit*²⁶⁹ ». Cet auteur identifie deux fonctions pour les principes : ils ont d'une part une fonction argumentative, car ils peuvent être utilisés pour soutenir des thèses ; d'autre part ils ont une fonction heuristique, c'est-à-dire qu'ils permettent de guider la décision du juge : « *alors que le juge applique ou non la règle, le principe oriente la décision du juge*²⁷⁰ », permettant alors de corriger « *la législation en guidant la décision du juge*²⁷¹ ».

1069. À cet égard également, malgré des points communs - notre objet d'étude visant à donner une direction et se plaçant en surplomb de l'action politique et législative -, la « santé dans toutes les politiques » ne s'apparente pas à un principe directeur car la direction qu'elle donne ne se situe pas au niveau de l'action du juge, mais en amont.

b) La « santé dans toutes les politiques », un principe d'une autre nature

1070. Dans une perspective plus large, quoique similaire, le principe « juridique », est, selon certains, un « *instrument irrigateur du système juridique*²⁷² ». De ce point de vue, la « santé dans

²⁶⁶ *ibid.*

²⁶⁷ *ibid.*

²⁶⁸ S. GOLTZBERG, *L'argumentation juridique*, 4^{ème} édition, Dalloz, Connaissance du droit, 2019, 140 p.

²⁶⁹ *ibid.*

²⁷⁰ *ibid.*

²⁷¹ *ibid.*

²⁷² E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs : essai sur le droit fluide*, op. cit. L'auteur donne aussi pour définition un « *outil d'irrigation de l'ensemble d'une branche du droit ou de l'ordre juridique d'une idée-force donnée* » et s'appuie sur une définition donnée par C. THIBIERGE.

Le concept d'« idée-force » a été développé par le philosophe Alfred FOUILLEE (mort au début du XX^{ème} siècle) et présente des ramifications éthiques, sociologiques et psychologiques.

Monsieur NICOLAS ne distingue pas le principe juridique du principe directeur. Il les considère comme vecteurs horizontaux de flux normatifs. Après avoir rappelé le débat sur l'existence même des principes juridiques, cet

toutes les politiques » semble pouvoir être assimilée à un tel principe puisqu'elle pose à un niveau supra-normatif une conduite globale appelée à se diffuser et se déployer concrètement sous la forme de normes juridiques de différentes natures. Il s'agit d'une idée directrice visant une imprégnation transversale et totale de tout le système, tous secteurs confondus.

1071. À ce stade de notre analyse, l'intégration de la santé dans toutes les politiques s'apparente à un principe qui guiderait non pas le pouvoir judiciaire, mais avant tout les pouvoirs exécutif et législatif. Notons que comme l'a rappelé le Conseil constitutionnel dans une décision sur une question prioritaire de constitutionnalité le 31 janvier 2020²⁷³, la protection de la santé est un objectif de valeur constitutionnelle. Les objectifs de valeur constitutionnelle sont apparus initialement dans les décisions n° 80-127 DC des 19 et 20 janvier 1981 et n° 82-141 DC du 27 juillet 1982²⁷⁴. Créée par le Conseil constitutionnel, cette catégorie de normes non-écrites - qui trouvent leur fondement dans le bloc de constitutionnalité - est marquée par une certaine ambiguïté²⁷⁵. Les objectifs à valeur constitutionnelle ont une normativité limitée dans la mesure où ils indiquent au législateur et plus généralement aux pouvoirs publics « *une direction à suivre* », « *un but à atteindre, se traduisant par une action à accomplir*²⁷⁶ ». En raison de ce caractère flou et à contenu variable²⁷⁷, il est difficile d'affirmer que l'intégration de la santé dans toutes les politiques fait partie de cet objectif à valeur constitutionnelle.

1072. En revanche, bien que la « santé dans toutes les politiques » ne soit pas communément présentée comme un principe gestionnaire de l'action publique, lequel est peu développé par la doctrine, elle en présente les caractéristiques. Un principe gestionnaire a pour fonction

auteur leur reconnaît une existence effective et en propose la définition suivante : « *le principe serait un outil normatif qui trace sa propre voie pour que coulent et circulent à l'avenir dans son propre sillon d'autres normes qui, en quelque sorte, serviront à déployer et à concrétiser son idée directrice dans tous les recoins du système juridique* ».

²⁷³ Cons. const., 31 janv. 2020, *Union des industries de la protection des plantes (Interdiction de la production, du stockage et de la circulation de certains produits phytopharmaceutiques)*, n° 2019-823 QPC.

²⁷⁴ M. VERPEAUX, « Contentieux constitutionnel : normes de référence - Diversité des normes de référence constitutionnelles », *Répertoire de contentieux administratif* 2020 (Janv.).

²⁷⁵ P. DE MONTALIVET, « Les objectifs de valeur constitutionnelle », *Cahiers du Conseil constitutionnel* 2006 (Juin), n° 20.

²⁷⁶ *ibid.*

²⁷⁷ *ibid.*

de guider l'action administrative dans un domaine donné²⁷⁸. Par nature vague, incantatoire, il a une fonction de guide politique et ne lie pas les pouvoirs publics, s'opposant ainsi aux autres principes juridiques susceptibles d'être invoqués par le citoyen à l'encontre de l'administration ou des entreprises²⁷⁹. Par exemple, les principes gestionnaires adoptés par la loi Barnier de 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement²⁸⁰ incluaient des principes issus du Traité de Maastricht, dont les principes de précaution en matière environnementale, de l'action préventive et de correction par priorité à la source (Article 130 R Traité de Maastricht). Le principe d'intégration de la santé, inscrit également dans le Traité de Maastricht, peut lui aussi être considéré comme un tel principe, du moins au niveau européen.

1073. En guise de conclusion sur ces propos, la « santé dans toutes les politiques » fait irruption dans le système juridique avec ses éléments non juridiques. Les difficultés à la qualifier viennent de cette particularité. Elle acquiert certains attributs juridiques en pénétrant les droits externes et internes mais conserve des particularités extra-juridiques telles que l'intersectorialité et la recherche de synergies entre les secteurs. En somme, la « santé dans toutes les politiques » propose un mécanisme permettant d'atteindre un objectif, mais ne précise pas comment mettre en œuvre ce mécanisme sur le plan juridique ; ce faisant elle laisse une marge d'appréciation conséquente aux États souhaitant l'adopter, comme le font les principes et les standards. À la manière d'un principe gestionnaire de l'action publique, elle a vocation à guider les responsables politiques dans le domaine de la santé.

§ 2) Une norme impalpable ?

1074. D'un autre point de vue, si la norme d'intégration de la « santé dans toutes les politiques » est difficile à discerner en droit français, on peut imaginer que c'est parce qu'elle est une règle appartenant à un « droit naturel modernisé » qui guide l'action de l'État (A), mais il semble qu'il y ait en réalité absence totale d'une telle norme (B).

²⁷⁸ S. CHARBONNEAU, « De l'inexistence des principes juridiques en droit de l'environnement », Recueil Dalloz 1995, p. 146.

²⁷⁹ *ibid.*

²⁸⁰ Loi n° 95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement.

A) *L'impossibilité de qualifier la norme manquante de norme de « droit naturel »*

1075. Dans un ouvrage sur la globalisation du droit, le Professeur Frydman évoque un « *droit naturel économique* » fondé sur un équilibre général et sur une régulation des opérations par le jeu de l'offre et de la demande réglé par le mécanisme des prix²⁸¹. Ce droit s'inscrit dans un « *ordre juridique et moral naturel* », ayant « *une portée contraignante supérieure à la loi positive*²⁸² ». La raison pour laquelle le droit naturel est évoqué ici est que ce dernier agit comme modèle abstrait pour le législateur²⁸³. Or la difficulté à identifier l'intégration de la santé dans toutes les politiques en droit français vient du fait qu'aucune règle de droit positif en France n'en pose le principe général. Cela donne l'impression que le législateur suit une ligne de conduite abstraite et lointaine. Le Professeur Millard écrit qu'« *il existe pour les tenants du jusnaturalisme un autre corps de normes, rapidement appelé droit naturel, par rapport auquel le droit positif peut être évalué*²⁸⁴ ». Ce droit naturel suscite des débats car il repose sur plusieurs conceptions possibles, il n'est pas un concept uniforme²⁸⁵. Tantôt c'est « *une vérité révélée, notamment dans une conception transcendantale de type religieux, s'imposant au genre humain* » tantôt il correspond aux « *valeurs que la raison humaine, tenant compte de la nature propre de l'individu* » peut comprendre²⁸⁶. Le jusnaturalisme est à l'origine de la doctrine des droits de l'Homme²⁸⁷ et pourrait donc indirectement être rapproché du corpus de droits reconnus en France en matière de santé : droit au respect de la dignité, droit au respect de la vie privée et du secret des informations médicales du patient, droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur, et reconnus notamment par le Chapitre 1^{er} « Droits de la personne » du Titre II de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁸¹ J.-Y. CHÉROT, B. FRYDMAN (dir.), *La science du droit dans la globalisation*, Bruylant, Penser le droit, 2012, 302 p.

²⁸² B. FRYDMAN, G. HAARSCHER, *Philosophie du droit*, 3^{ème} édition, Dalloz, Connaissance du droit, 2010, 144 p.

²⁸³ D. CHAGNOLLAUD DE SABOURET, *Dictionnaire élémentaire du droit*, 2^{ème} édition, Dalloz, 2016, 750 p.

²⁸⁴ E. MILLARD, *Théorie générale du droit*, Dalloz, 2006, 124 p.

²⁸⁵ *ibid.*

²⁸⁶ *ibid.*

²⁸⁷ M. TROPER, *La philosophie du droit*, Presses universitaires de France, 2003, 126 p.

1076. Le droit positif, quant à lui, est généralement appréhendé en tant qu'ensemble de normes prescriptives énoncées et structurées par une autorité humaine, qui l'appuie par une force physique²⁸⁸.
1077. Une certaine « *forme modernisée de droit naturel* » ne fait pas encore consensus dans la doctrine²⁸⁹. Cependant, en droit international, la tendance qu'ont l'équité et les droits de l'homme à imprégner les principes généraux qui le régissent²⁹⁰, permet de s'interroger sur une éventuelle place, au sein de ce droit naturel international, pour les idées qui sous-tendent notre objet d'étude, en particulier celle d'équité en santé et donc de lutte contre les inégalités sociales de santé. Nous avons vu, dans les chapitres précédents, l'importance de l'équité en santé parmi les objectifs d'intégration de la santé dans d'autres politiques.
1078. En droit international, le Professeur Ascensio considère que le droit positif est soumis à des influences externes qu'il qualifie de « *valeurs métajuridiques*²⁹¹ ». Ces valeurs semblent pouvoir inclure un vaste ensemble de considérations morales, mais aussi sociales et donc, peut-être par extension, sanitaires au sens large - tel que nous l'utilisons.
1079. La question est en effet de savoir dans quelle mesure ce droit naturel international « modernisé » peut avoir un rôle de guide pour le législateur français. Le même auteur note que les principes généraux du droit international « *traduisent la conscience juridique générale* », si bien que l'on puisse évoquer une « *culture juridique commune*²⁹² », ce qui permet de s'interroger également sur l'existence éventuelle d'une « *culture commune des politiques publiques* ». La Section 2 éclairera ce propos d'une autre façon.

²⁸⁸ E. MILLARD, *Théorie générale du droit*, op. cit. L'auteur explique qu'une différence entre le droit naturel et le droit positif est que les positivistes et les jusnaturalistes reconnaissent l'existence du droit positif – sauf ceux de ces derniers ayant une vision extrême, moniste, du droit naturel, et qui ne considèrent « *comme seul droit que le droit naturel* » - alors que seuls les jusnaturalistes reconnaissent l'existence du droit naturel. Il y a une hiérarchie entre le droit naturel et le droit positif : ce dernier est supposé être dépendant du premier et doit le respecter.

²⁸⁹ H. ASCENSIO, « Principes généraux du droit », Répertoire de droit international 2004 (Février).

²⁹⁰ *ibid.*

²⁹¹ H. ASCENSIO, « Principes généraux du droit », op. cit.

²⁹² *ibid.*

B) L'hypothèse de la norme manquante dans une hiérarchie des normes fictive

1080. Pour illustrer cette inexistence, ce manque problématique évoqué en début de chapitre, prenons appui sur la théorie de la validité des normes, pour imaginer une pyramide parallèle à celle que nous connaissons classiquement en droit. Selon la théorie de Kelsen, la validité est « *la modalité spécifique d'existence* », c'est-à-dire qu'une norme est « *valide seulement au regard d'une autre norme*²⁹³ ». Ainsi, « *un système juridique est un ensemble de normes dont l'unité tient à ce que la validité de chacune dépend, en dernière instance, de la même et unique norme. Cette norme est la norme supérieure et première du système*²⁹⁴ ». C'est pourquoi il est généralement considéré que « *ces normes sont dans un rapport hiérarchique* » et que le système juridique « *est un ensemble de normes hiérarchisées*²⁹⁵ ».

1081. Pour notre démonstration, imaginons une pyramide fictive, thématique et spécifique aux droits de la santé et des politiques publiques, incluant les productions de l'OMS et de ses États membres, le droit de l'Union européenne sur le principe d'intégration de la santé dans les actions de l'Union, ainsi que les lois françaises manifestant une volonté de prendre en compte la santé dans d'autres secteurs.

1082. Le déploiement de la « santé dans toutes les politiques » en droit français tel que nous l'avons observé dans les chapitres précédents apparaît comme un ensemble désorganisé de lois - un flux normatif - , adoptées de façon ponctuelle en fonction des volontés politiques du moment. Cet ensemble n'est pas soumis aux normes de l'OMS, car elles sont de droit souple et ont, en outre, une très faible portée²⁹⁶ ; il n'a pas non plus à être conforme à l'article 168 § 1 TFUE, qui ne s'adresse pas aux États membres de l'UE, ni aux institutions françaises. Ce flux normatif semble à première vue autonome.

²⁹³ H. Kelsen, *Théorie générale des normes*, Presses universitaires de France, Léviathan, 1996, 616 p.

²⁹⁴ E. MILLARD, *Théorie générale du droit*, op. cit.

²⁹⁵ *ibid.*

²⁹⁶ Voir Chapitre 1 (Partie 1).

1083. Notons que le Professeur Ost considère que contrairement à l'image connue d'un système juridique linéaire disposé en couches successives réglementant chacune les conditions d'édiction des normes de la couche inférieure, la réalité est toute autre, et « *plus complexe, plus enchevêtrée que le schéma Kelsénien ne le laisse paraître*²⁹⁷ ».
1084. En effet, comme le résume le Professeur de Béchillon, selon le principe de légalité, chaque norme doit respecter la norme plus générale qu'elle exécute. Se fondant sur la hiérarchie des normes de Kelsen, le Professeur de Béchillon décrit « *cette sorte d'avalanche* » qui consiste en ce que « *chaque norme générale (par exemple la Constitution) demande pour produire ses effets à être appliquée par des normes moins générales (des lois notamment). Or celles-ci supposent également qu'on les mette en application par le biais de normes encore moins générales (des règlements du pouvoir exécutif, en particulier). Et ainsi de suite*²⁹⁸ ». En ce qui concerne notre objet d'étude, et pour reprendre la fiction d'une pyramide, nous pouvons considérer qu'il n'y a pas d'élément déclencheur de « l'avalanche » en droit français, comme si l'on avait contourné un étage de la pyramide : en effet, entre les normes supranationales de droit souple et de droit dur en provenance de l'OMS et de l'UE, et les lois françaises qui intègrent ponctuellement la santé dans d'autres secteurs, il n'existe aucune norme générale française qui soit de valeur intermédiaire - en particulier de valeur constitutionnelle.
1085. Par ailleurs, le Professeur Delmas-Marty considère, en ce qui concerne les rapports d'intégration, que « *de telles relations, reposent rarement sur une stricte hiérarchie des normes (unification), mais le plus souvent sur une hiérarchie assouplie par une marge nationale d'appréciation explicite ou implicite (harmonisation)*²⁹⁹ ». C'est ce qui se constate dans le cas de la « santé dans toutes les politiques » : nous avons vu que cette approche a traversé différents systèmes juridiques de façon spontanée et sans mécanisme de contrainte. En effet, ce n'est pas nécessairement parce qu'il existe une règle de droit de l'Union européenne qui consacre le principe d'intégration en santé que la France a choisi de peu à peu s'approprier l'approche « santé dans toutes les politiques ». La confrontation du droit et de la mondialisation conduit certains auteurs à remettre en cause l'idée que toute norme est intégrée à un ordre juridique

²⁹⁷ F. OST, M. VAN DE KERCHOVE, « De la pyramide au réseau ? Vers un nouveau mode de production du droit », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 2000, n° 44.

²⁹⁸ D. DE BÉCHILLON, *Qu'est-ce qu'une règle de droit ? op. cit.*

²⁹⁹ M. DELMAS-MARTY, *Critique de l'intégration normative, L'apport du droit comparé à l'harmonisation des droits, op. cit.*

et y est adossée nécessairement, et partant, la théorie kelsenienne et toutes les interprétations qui en ont découlé³⁰⁰.

1086. Cette démonstration nous permet de mettre en lumière les caractéristiques de notre objet d'étude : non écrit - d'où une lointaine ressemblance avec la coutume et les standards -, outil d'inspiration pour le législateur - d'où une lointaine ressemblance avec un « droit naturel » de nature sanitaire, et enfin, autonome, c'est-à-dire sans règle générale chapeautant le flux normatif - d'où son caractère inconcevable d'un point de vue pyramidal. Parmi tous les concepts évoqués au cours de ce raisonnement par élimination, seul le principe gestionnaire de l'action publique peut correspondre à la « santé dans toutes les politiques ».
1087. Ainsi, il est concevable que le flux normatif qui favorise une intégration de la santé dans d'autres politiques en France soit issu d'un phénomène normatif qui donne, de façon non-écrite, une direction à l'action publique et s'adresse aux pouvoirs exécutif et législatif avant tout. Nous identifions un obstacle récurrent dans cette entreprise de qualification : le rôle très effacé du juge dans notre objet d'étude, qui s'explique par l'absence de règle de droit sur la « santé dans toutes les politiques ». Cet obstacle se manifestera également dans les développements de la prochaine section.
1088. C'est pourquoi aucune similitude ne peut être établie entre le phénomène normatif qui agit en droit français et celui décrit auparavant en droit de l'Union européenne : en droit français, ce n'est pas un principe général, constitutionnel ou législatif, qui a déclenché la formation d'un flux normatif intégrant la santé dans d'autres politiques. Étant donné que la hiérarchie des normes tend à être relativisée et que « *le droit ne coule pas toujours du haut vers le bas*³⁰¹ », il paraît alors possible qu'en droit français, ce soit éventuellement le phénomène inverse qui se produise : en premier lieu, un flux normatif, puis peut-être un jour l'adoption d'un principe dans la loi ou la Constitution.

³⁰⁰ J-Y. CHÉROT, B. FRYDMAN (dir.), *La science du droit dans la globalisation*, op. cit. Le Professeur FRYDMAN propose cette solution radicale car « *le plus souvent, les cas, les instruments, les dispositifs, que nous étudions sur nos différents chantiers globaux, soit traversent allègrement les frontières des ordres juridiques établis, soit se situent en dehors de ceux-ci, soit encore empruntent leurs instruments à des ordres juridiques multiples* ».

³⁰¹ F. TERRÉ, N. MOLFESSIS, *Introduction générale au droit*, op. cit.

1089. Nous pourrions établir un parallèle avec l'évolution qu'a connue le principe de précaution et considérer que la « santé dans toutes les politiques » se trouve encore au premier stade. En effet, le Professeur Thibierge considère que le principe de précaution était à l'origine un « *simple principe déclaratoire* » servant de « *modèle d'action destiné à guider l'action des États* », et ne constituait « *certainement pas une règle de droit*³⁰² ». Il a par la suite été intégré dans la loi du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement³⁰³ et plus tard inséré dans le préambule de la Constitution, ce qui lui a permis d'acquérir « *la plénitude de normativité qui l'érige en véritable règle de droit*³⁰⁴ ». Suivant ce raisonnement, avec les ambitions affirmées dans le décret créant le Comité interministériel pour la santé³⁰⁵, la « santé dans toutes les politiques » sert en effet de modèle d'action pour l'État.

1090. Compte tenu des éléments mis en lumière dans cette première section, nous sommes poussés à aborder la question différemment : si la « santé dans toutes les politiques » ne se manifeste pas par une norme clairement identifiée, il se pourrait que sa concrétisation soit en lien avec certains outils juridiques, à savoir l'approche intégrée et la régulation.

Section 2. Un phénomène normatif à qualifier

1091. Il ne s'agit pas ici de qualifier le flux normatif français d'intégration de la santé dans d'autres politiques, mais le phénomène normatif qui cause ce flux.

1092. Rappelons que la qualification juridique consiste à faire entrer l'élément visé dans une catégorie juridique préexistante, tandis que la définition a vocation à être universelle et à mettre en évidence, pour l'élément à définir, un genre prochain et une différence spécifique³⁰⁶. Nous tendrons en priorité vers la qualification juridique mais parviendrons également à des éléments de définition en fin de chapitre.

³⁰² C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », *op. cit.*

³⁰³ Loi n° 95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement.

³⁰⁴ C. THIBIERGE, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », *op. cit.*

³⁰⁵ Voir Chapitre 2 (Partie 2).

³⁰⁶ Voir l'introduction de la thèse.

1093. Dans sa définition donnée par les États membres de l’OMS lors de leur réunion à Helsinki en 2013, la « santé dans toutes les politiques » est définie comme une « approche ». Ce terme généraliste, bien que présent dans les ouvrages juridiques, ne renvoie pas à une notion juridique précise³⁰⁷. Nous tenterons ici de proposer un qualificatif plus évocateur.
1094. La « santé dans toutes les politiques » est bien le fruit de son secteur initial d’émergence. On sait que « *la santé publique se présente généralement comme une connaissance orientée vers l’action, une expertise au service de la décision*³⁰⁸ » : la « santé dans toutes les politiques » est en effet un courant d’influence qui vient du champ de la santé publique et imprègne dans une certaine mesure la politique générale et le droit. Elle a vocation à inspirer, à susciter une action vers un objectif considéré comme un progrès. Si certains dictionnaires et lexiques juridiques ou de sciences politiques mentionnent des termes comme « *courants d’influence* », « *courants de pensée* », « *courants d’idées* », « *courants théoriques* », ces expressions sont des accessoires servant à définir les termes présentés dans ces ouvrages et ne reçoivent pas de définition juridique spécifique³⁰⁹.
1095. Le phénomène normatif à qualifier ici entre dans deux catégories. D’une part, il correspond à une approche nouvelle en droit, désignée comme « l’approche intégrée » (§ 1) ; d’autre part, il s’inscrit dans les différents courants de régulation juridique observés dans le contexte de mondialisation (§ 2).

³⁰⁷ Dans l’ouvrage de S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques 2020-2021*, 28^{ème} édition, Dalloz, 2020, 1150 p., l’entrée « *identité sexuelle* », une notion présentée comme relevant du droit civil, est définie comme une « *approche* » se fondant « *sur les déterminations physiologiques et biologiques pour fonder la distinction entre hommes et femmes* » ; le terme d’approche est aussi utilisé, dans ce lexique, pour un développement sur une notion de droit administratif, la voie de fait. L’ouvrage de D. CHAGNOLLAUD DE SABOURET, *Dictionnaire élémentaire du droit*, op. cit., contient également plusieurs occurrences du terme « *approche* » dans les définitions données, notamment, pour la définition de l’acte juridictionnel, « *une approche matérielle et fonctionnelle* ». On y trouve aussi les expressions suivantes : « *approche classique* », « *approche juridique* », « *approche morale* », « *approche pragmatique* ».

³⁰⁸ D. FASSIN, *Faire de la santé publique*, Presses de l’EHESP, 2008, 80 p.

³⁰⁹ Dans l’ouvrage de S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques 2020-2021*, op. cit., aucune de ces expressions n’apparaît. Dans l’ouvrage de D. CHAGNOLLAUD DE SABOURET, *Dictionnaire élémentaire du droit*, op. cit., on trouve « *courant de pensée du droit naturel* », « *courants du positivisme* », « *courants d’idées* », « *courants de pensée* ». Dans l’ouvrage d’O. NAY, *Lexique de science politique*, 4^{ème} édition, Dalloz, 2017, 662 p., « *courant de pensée* » apparaît plusieurs fois, mais n’est pas défini, tout comme « *courant théorique* » et « *courant d’idées* ».

§ 1) La « santé dans toutes les politiques » ou l'approche intégrée de la santé

1096. Nous verrons ce qu'est l'approche intégrée au travers des exemples de l'égalité hommes-femmes et de notre objet d'étude (A) puis nous verrons que cette approche juridique est encore peu développée en droit français (B).

A) L'approche intégrée, un outil juridique nouveau

1097. L'approche intégrée ne se suffit pas à elle-même, elle s'applique nécessairement à une thématique précise choisie par les pouvoirs publics pour l'appréhender de façon transversale dans l'ensemble des politiques publiques. Il peut s'agir par exemple de l'environnement, de la santé ou de l'égalité hommes-femmes. En Europe, l'approche intégrée a été utilisée pour prendre en compte plusieurs sources d'inégalités dans les agendas politiques, notamment l'origine ethnique, le handicap et l'orientation sexuelle³¹⁰. L'approche intégrée, encore méconnue en France, gagne peu à peu en reconnaissance à l'étranger - notamment dans les institutions européennes - sous la désignation de *mainstreaming*.

1098. En anglais, *mainstreaming* signifie « intégrer ». Le *mainstreaming* normatif trouve sa plus forte illustration dans le *gender mainstreaming*, c'est-à-dire l'approche intégrée de l'égalité. Il s'agit d'une approche transversale qui « a pour ambition de faire prendre en compte la perspective de l'égalité des sexes dans l'ensemble des politiques et dispositifs publics³¹¹ ». L'approche intégrée d'une thématique choisie est fondée sur l'hypothèse que chaque « mesure juridique » peut avoir une conséquence positive ou négative sur celle-ci³¹². Nous verrons tout d'abord l'exemple de l'approche intégrée de l'égalité des sexes (1°) puis les ressemblances entre une approche intégrée et la « santé dans toutes les politiques », qui nous permettent de conclure que cette dernière correspond à une approche intégrée de la santé (2°).

³¹⁰ S. DAUPHIN, R. SÉNAC-SLAWINSKI, « Gender mainstreaming : analyse des enjeux d'un « concept-méthode ». Introduction », Cahiers du Genre 2008, Vol. 44, n° 1.

³¹¹ *ibid.*

³¹² J. GATÉ, « Recherches et études sur le genre et les inégalités en Europe, Commentaire de la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes n° 2014-873 du 4 août 2014 », Recueil Dalloz 2014, p. 1895.

1°) L'approche intégrée de l'égalité, ou *gender mainstreaming*

1099. La Troisième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes, tenue à Nairobi en 1985 est considérée comme le point de départ de l'approche intégrée de l'égalité³¹³. On se situait alors dans la décennie qui avait vu émerger les fondements de la « santé dans toutes les politiques », avec l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986. L'approche intégrée de l'égalité a été ensuite officiellement adoptée lors de la Quatrième Conférence mondiale des Nations unies sur les femmes à Pékin en 1995, et développée au fil des discussions de la Commission des Nations Unies de la Condition de la Femme, concernant le rôle des femmes dans les pays en développement³¹⁴. En vertu de cette approche, les États se sont engagés pour la première fois à inclure dans tous les domaines de leur action la notion d'égalité entre les femmes et les hommes.

1100. Le Conseil de l'Europe et l'Union européenne se sont ensuite emparés du sujet et ont défini cette approche comme « *la prise en compte systématique des différences entre les conditions, les situations et les besoins des femmes et des hommes dans l'ensemble des politiques et des actions des pouvoirs publics*³¹⁵ ». L'approche intégrée de l'égalité a reçu une véritable reconnaissance juridique en droit de l'Union européenne, dans l'article 3 du Traité d'Amsterdam adopté en 1997, l'article 8 TFUE qui énonce que « *La Communauté cherche à éliminer les inégalités et à promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes dans toutes ses activités* » ainsi que dans l'article 23 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne adoptée en 2000 qui prévoit que « *l'égalité entre les femmes et les hommes doit être assurée dans tous les domaines*³¹⁶ ». En droit de l'Union européenne, la doctrine évoque une « *clause transversale* » pour désigner la disposition de l'article 8 TFUE qui impose la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes dans toutes les politiques de l'Union³¹⁷.

³¹³ Conseil de l'Europe, Direction générale des droits de l'homme, L'approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes, Cadre conceptuel, méthodologie et présentation des « bonnes pratiques », Rapport final d'activités du Groupe de spécialistes pour une approche intégrée de l'égalité, 2004.

³¹⁴ *ibid.*

³¹⁵ Ministère des Droits des femmes, Prendre en compte l'égalité entre les femmes et les hommes dans les études d'impact, Guide méthodologique, Octobre 2013, 94 p.

³¹⁶ *ibid.*

³¹⁷ D. NAZET ALLOUCHE, « Politique sociale – Domaines », Répertoire de droit européen 2014 (Décembre), où l'auteur mentionne que cette clause transversale, présente à l'article 8 TFUE, est désignée aussi comme du *gender mainstreaming*.

1101. En France, après la loi organique du 15 avril 2009³¹⁸ prévoyant la réalisation d'études d'impact ou d'évaluations préalables dans le cadre de l'élaboration de la plupart des textes législatifs, la circulaire du 23 août 2012 relative à la prise en compte dans la préparation des textes législatifs et réglementaires de leur impact en termes d'égalité entre les femmes et les hommes a indiqué que chaque étude d'impact devait comporter une dimension sur les droits des femmes et l'égalité entre les femmes et les hommes³¹⁹. Cette circulaire prévoit notamment qu'« *il importe [...] que chaque membre du Gouvernement prenne en compte, dans son champ de compétence, les enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes. Cela doit en particulier être le cas à l'occasion de la préparation des projets de textes législatifs ou réglementaires*³²⁰ ». L'absorption, jugée nécessaire, de la question de l'égalité entre les sexes, par les responsables des politiques d'autres secteurs relève du même mécanisme identifié pour l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Un comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes a été créé par décret en 2012³²¹, soit deux ans avant celui consacré à la « *santé dans toutes les politiques* »³²².

1102. La circulaire du 23 août 2012 relative à la mise en œuvre de la politique interministérielle en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes rappelle la volonté gouvernementale de concrétiser l'objectif d'égalité entre les sexes, qui exige en premier lieu une exemplarité dans le fonctionnement institutionnel. Cela implique de respecter le principe de parité dans les nominations aux emplois dirigeants et supérieurs, de mener des actions de sensibilisation et de formation au sein des administrations, de tenir régulièrement des réunions du comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes et de désigner au sein de chaque administration un « *haut fonctionnaire en charge de l'égalité des droits*³²³ ».

³¹⁸ Loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution.

³¹⁹ Ministère des Droits des femmes, Prendre en compte l'égalité entre les femmes et les hommes dans les études d'impact, Guide méthodologique, *op. cit.*

³²⁰ Circulaire du 23 août 2012 relative à la mise en œuvre de la politique interministérielle en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes.

³²¹ Décret n° 2012-1097 du 28 septembre 2012 relatif au comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes.

³²² Voir Chapitre 3 (Partie 2).

³²³ Circulaire du 23 août 2012 relative à la mise en œuvre de la politique interministérielle en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes.

1103. En 2013, le Ministère des Droits des femmes a publié un Guide méthodologique intitulé « Prendre en compte l'égalité entre les femmes et les hommes dans les études d'impact » dans lequel il décrit la méthode choisie par le gouvernement pour lutter contre les inégalités entre les sexes : ce guide utilise explicitement le terme d' « approche intégrée de l'égalité », qu'il définit comme une « *approche globale et interministérielle qui inscrit l'égalité au cœur de toutes les politiques publiques*³²⁴ ».
1104. L'approche intégrée de l'égalité en France a reçu une reconnaissance officielle dans la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Dans son article 1^{er}, ce texte prévoit que « *l'État et les collectivités territoriales, ainsi que leurs établissements publics, mettent en œuvre une politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes selon une approche intégrée. Ils veillent à l'évaluation de l'ensemble de leurs actions* ». Cela entraîne des conséquences sur une multitude de domaines : en matière d'emploi, cette loi prévoit des mesures de « *promotion de la mixité dans les entreprises* », vise à lutter contre les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes, etc. En matière de conciliation entre la vie professionnelle et la vie parentale, des modifications concernant les prestations familiales sont introduites dans le Code de la sécurité sociale. Cette loi prévoit aussi des dispositions relatives à la parité et à l'égalité entre les femmes et les hommes dans les collectivités territoriales, et son article 61 prévoit que « *dans les communes de plus de 20 000 habitants, préalablement aux débats sur le projet de budget, le maire présente un rapport sur la situation en matière d'égalité entre les femmes et les hommes intéressant le fonctionnement de la commune, les politiques qu'elle mène sur son territoire et les orientations et programmes de nature à améliorer cette situation*³²⁵ » ; le même type de mesures est prévu pour les départements et régions. Ces dispositions aboutissent à l'adoption de « budgets genrés » adoptés par certaines collectivités territoriales, auxquels les médias commencent à s'intéresser en 2021³²⁶. Cette loi de 2014 contient également des dispositions touchant à l'état civil, au mariage, à l'interruption volontaire de grossesse et à l'accès des entreprises à la commande publique, et affiche ainsi un véritable caractère juridiquement transversal.

³²⁴ Ministère des Droits des femmes, Prendre en compte l'égalité entre les femmes et les hommes dans les études d'impact, Guide méthodologique, *op. cit.*

³²⁵ Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

³²⁶ Voir par exemple L'AntiEditorial, « Le budget genré : gadget ou progrès ? », 22 avril 2021, <https://www.lantieditorial.fr/episode/le-budget-genre-gadget-ou-progres/> [consulté le 29/04/2021].

1105. En France, l'approche intégrée de l'égalité adoptée par la loi de 2014 a été choisie après le constat de l'échec des mesures précédentes prises pour lutter contre les inégalités entre les hommes et les femmes en matière professionnelle, personnelle, ou encore dans les médias ou les mandats électoraux³²⁷.
1106. Parmi les rares jurisprudences³²⁸ touchant explicitement à la règle posée par l'article 1^{er} de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, une ordonnance rendue le 1^{er} septembre 2017 par le juge du référé-liberté du Conseil d'État fait une omission intéressante dans sa mention de cet article 1^{er}³²⁹. Dans cette affaire, une association demande au juge des référés du tribunal administratif de Strasbourg, sur le fondement de l'article L521-2 du Code de justice administrative, d'ordonner au maire d'une commune de faire retirer de l'espace public les panneaux disposés dans le cadre de « l'année de la femme », sous une astreinte de 500 euros par jour de retard au motif que ces panneaux portent atteinte au principe d'égalité et à la dignité de la personne humaine. Par une ordonnance du 9 août 2017³³⁰, le juge des référés du tribunal administratif de Strasbourg enjoint au maire de la commune de retirer les panneaux litigieux sous astreinte. La commune demande alors au juge des référés du Conseil d'État d'annuler cette ordonnance sur le fondement de l'article

³²⁷ J. GATÉ, « Égalité femmes-hommes et collectivités - Les collectivités territoriales au service de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes », Actualité juridique Collectivités Territoriales 2015, p.12. Voir également Ministère des Droits des femmes, Prendre en compte l'égalité entre les femmes et les hommes dans les études d'impact, Guide méthodologique, *op. cit.* qui mentionne ce même constat.

³²⁸ De façon plus anecdotique, citons un arrêt du Conseil d'État (CE, 6^{ème} - 1^{ère} ch. réunies, 30 nov. 2016, *Conseil national des barreaux et autres*, n° 393896, Inédit) rendu dans le cadre d'un recours pour excès de pouvoir introduit par le conseil national des barreaux et plusieurs ordres d'avocats au barreau (ceux de Mont-de-Marsan, de Lorient, d'Orléans, de Rouen, de Saint-Etienne, de Strasbourg, de Tours, des Pyrénées-Orientales, de Versailles et de Brest) contre les dispositions du 1^o de l'article 8 de l'ordonnance n° 2015-949 du 31 juillet 2015 relative à l'égal accès des femmes et hommes au sein des ordres professionnels. Le Conseil d'État rejette la requête. Cette ordonnance avait été prise sur le fondement de l'article 76 de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les hommes et les femmes. Elle introduit une règle de tirage au sort, que contestent les requérants : « le 1^o de l'article 8 de l'ordonnance dont les requérants demandent l'annulation, modifie l'article 15 de la loi du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques pour prévoir que les conseils des barreaux comptant plus de trente électeurs, dont les membres sont élus pour trois ans et sont renouvelables par tiers tous les ans par les avocats du barreau en cause, inscrits et honoraires, seront désormais élus au scrutin secret binominal majoritaire à deux tours, chaque binôme étant composé de candidats de sexe différent ; [...] Dans les cas où le conseil de l'ordre comprend un nombre impair de membres, est considéré comme élu le membre du dernier binôme paritaire élu tiré au sort ».

On trouve aussi un arrêt CE, 2^{ème} - 7^{ème} ch. réunies, 28 févr. 2019, *Association « Groupement d'information et de soutien sur les questions sexuelles et sexuelles »*, n° 417128, Inédit, par lequel celui-ci rejette les requêtes d'une association tendant à annuler pour excès de pouvoir la circulaire du Premier ministre du 21 novembre 2017 relative aux règles de féminisation et de rédaction des textes publiés au Journal Officiel de la République française.

³²⁹ CE, juge des réf., formation collégiale, 1^{er} sept. 2017, n° 413607, Lebon (Tables).

³³⁰ TA Strasbourg, 9 août 2017, *Association les Effronté-e-s*, n° 1703922. Voir notamment J-D. DREYFUS, « Les communes entre liberté d'expression et respect de l'image de la femme », Actualité juridique Collectivités Territoriales 2017, p. 413.

L521-2 du Code de justice administrative. Le Conseil d'État, en tant que juge d'appel des référés, fait droit à cette demande en retenant que la méconnaissance du principe d'égalité ne révèle pas, par elle-même, une atteinte à une liberté fondamentale³³¹. Dans l'un de ses considérants, le Conseil d'État relève que le juge des référés en première instance avait prescrit l'enlèvement de l'ensemble des panneaux litigieux dans un délai de huit jours, sous astreinte, en jugeant que par ces réalisations, la commune avait méconnu « *les dispositions de l'article 1^{er} de la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, qui prévoient notamment que les collectivités territoriales mettent en œuvre une politique pour l'égalité comportant des actions destinées à prévenir et à lutter contre les stéréotypes sexistes* »³³². En citant l'article 1^{er} de la loi du 4 août 2014, le Conseil d'État omet ainsi le terme d' « approche intégrée », ce qui montre que le juge ne s'est pas encore tout à fait approprié cette nouvelle notion.

1107. Le fait d'aborder la question de l'égalité entre les hommes et les femmes de façon transversale et interministérielle conduit à prendre en compte, dans l'étude de ce problème sociétal, certains facteurs liés à différents secteurs, et notamment la santé. Le Guide méthodologique du ministère des Droits des femmes consacre en effet un développement sur l'impact des inégalités entre les sexes sur la santé des femmes³³³. L'approche intégrée de l'égalité entre les hommes et les femmes permet ainsi par ricochet de faire progresser l'intégration de la santé dans d'autres politiques.

1108. Malgré ces efforts gouvernementaux, certains auteurs notent la faiblesse de la production française sur l'approche intégrée de l'égalité³³⁴. En outre, en France, « *l'effet de dilution est particulièrement important, car instiller de l'égalité à tous les niveaux a consisté à ne plus identifier « spécifiquement » une politique d'égalité* »³³⁵. Certaines craintes similaires ont été exprimées par

³³¹ Dans cette affaire, le juge des référés du Conseil d'État juge qu'« *en l'espèce, il résulte de l'instruction que l'installation des panneaux litigieux n'a pas été inspirée par des motifs traduisant la volonté de discriminer une partie de la population et n'a pas pour effet de restreindre l'exercice d'une ou plusieurs libertés fondamentales. Par suite, la commune de Dannemarie est fondée à soutenir que c'est à tort que, par l'ordonnance attaquée, le juge des référés du tribunal administratif de Strasbourg a prescrit l'enlèvement des installations litigieuses au motif qu'elles portaient une atteinte grave et manifestement illégale à l'égalité entre les femmes et les hommes, qui est une composante du principe d'égalité* ».

³³² CE, juge des réf., formation collégiale, 1^{er} sept. 2017, *op. cit.*

³³³ Ministère des Droits des femmes, Prendre en compte l'égalité entre les femmes et les hommes dans les études d'impact, Guide méthodologique, *op. cit.*

³³⁴ S. DAUPHIN, R. SÉNAC-SLAWINSKI, « Gender mainstreaming : analyse des enjeux d'un « concept-méthode » », *op. cit.* : ces auteurs constataient en 2008 (date de leur article, antérieur à la loi de 2014) la faiblesse des ressources affectées pour mettre en œuvre l'approche intégrée de l'égalité en France, notamment au niveau local pour la politique de l'emploi.

³³⁵ *ibid.*

la doctrine spécialisée en politique de santé au sujet de l'intégration de la santé dans d'autres politiques : il ne serait en effet « *pas possible de prendre en compte toutes les formes d'action publique ayant un impact sur la santé sous peine de dissoudre la préoccupation dont elle est porteuse*³³⁶ ».

2°) L'approche intégrée de la santé : la « santé dans toutes les politiques » appréhendée par le droit

1109. La « santé dans toutes les politiques » présente de nombreuses ressemblances avec l'approche intégrée de l'égalité car toutes deux visent à intégrer systématiquement leur objet dans tous les secteurs de l'action publique, en en tenant compte lors des prises de décisions politiques et en évaluant les impacts de chaque décision. Elles sont toutes deux multi-niveaux et multi-dimensionnelles car elles sont appelées à se décliner dans tous les milieux, aussi bien au niveau des organisations supranationales qu'aux niveaux nationaux et locaux, y compris dans les cadres privés tels que dans les entreprises.

1110. À notre sens, la « santé dans toutes les politiques » peut être appréhendée comme une véritable approche intégrée de la santé, c'est-à-dire comme le fruit d'un processus d'intégration voire de transversalisation de la question sanitaire. Compte tenu de son mode de fonctionnement, l'approche intégrée entraîne, par définition, un flux normatif, puisqu'elle vise à intégrer l'objet choisi dans différentes branches du droit et des politiques publiques. Le *mainstreaming* normatif vise en effet, à partir d'un objectif normatif (par exemple l'égalité entre les hommes et les femmes), à irriguer un système juridique par une idée normative selon un processus continu de concrétisation de la norme visée³³⁷. L'idée sous-jacente de l'approche intégrée de l'égalité est « *d'injecter la norme choisie en continu et de la décliner, du niveau le plus général au plus concret, jusque dans les organisations sociales*³³⁸ ». Par exemple, les considérations sur l'égalité homme-femme sont désormais déclinées au sein

³³⁶ M. TRÉPREAU, « La Stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social* 2018, p. 389, où l'auteur cite A. LOPEZ, « Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable », *Santé publique* 2012, Vol. 24, n° 3.

³³⁷ E. NICOLAS, *Penser les flux normatifs : essai sur le droit fluide*, *op. cit.*

³³⁸ *ibid.* L'auteur voit un lien entre les notions de *mainstreaming* normatif et de principe juridique, puisque les deux consistent à « *fédérer un ensemble d'actions autour d'un objectif commun à atteindre et ensuite irriguer l'ensemble du système juridique, afin de rendre ce dernier compatible avec l'idée normative ainsi promue* ».

des entreprises³³⁹. Ainsi, « *cette façon de produire du droit est caractéristique d'une production en flux continu*³⁴⁰ ».

1111. Un point commun entre l'approche intégrée – en général – et la « santé dans toutes les politiques » est la difficulté à les définir et à les qualifier pour les faire entrer dans une catégorie existante. Des spécialistes de sciences politiques ayant écrit sur le *gender mainstreaming* - l'approche intégrée de l'égalité - reconnaissent cette difficulté, et reflètent les hésitations doctrinales sur ce sujet : « *est-ce un concept ? Une stratégie ? Une méthode ?* » ; ils proposent finalement de retenir l'expression de « concept-méthode », justifiant ce choix de la façon suivante : « *Le gender mainstreaming est un concept parce qu'il peut induire [...] une nouvelle approche de l'égalité des sexes. C'est une méthode car il nécessite un outillage technique [...] qui vise à s'inscrire dans les pratiques des différents acteurs des politiques publiques*³⁴¹ ». Selon nous, cette qualification non juridique confirme un manque d'appropriation par les juristes de ces nouveaux objets normatifs que sont la « santé dans toutes les politiques » et l'approche intégrée de l'égalité.

1112. Un autre point de rapprochement entre la « santé dans toutes les politiques » et l'approche intégrée de l'égalité réside dans la distinction à faire entre, d'une part, les déclarations d'intention – notamment les chartes mondiales que nous avons vues pour la « santé dans toutes les politiques »³⁴² –, et d'autre part l'objectif à atteindre : le premier élément n'entraîne pas nécessairement le second. En effet, la volonté politique affichée ne donne pas nécessairement de résultats concrets³⁴³. On pourrait aisément appliquer en partie à la « santé dans toutes les politiques » la remarque proposée pour le *gender mainstreaming* comme suit : « *le gender mainstreaming ne souffre-t-il pas d'être un concept porteur d'une idéologie « molle » et une méthode à l'« instrumentation molle » ?*³⁴⁴ ». Si l'idéologie de la « santé dans toutes les politiques » nous semble bien définie et aboutie³⁴⁵, son « instrumentation », donc sa mise

³³⁹ *ibid.*

³⁴⁰ E. NICOLAS, in J. LE GOFF, S. ONNÉE (dir.), *Puissance de la norme, Défis juridiques et managériaux des systèmes normatifs contemporains*, EMS Éditions, Gestion en liberté, 2017, 216 p.

³⁴¹ *ibid.*

³⁴² Voir Titre 1 (Partie 1).

³⁴³ S. DAUPHIN, R. SÉNAC-SLAWINSKI, « Gender mainstreaming : analyse des enjeux d'un « concept-méthode » », *op. cit.*

³⁴⁴ *ibid.*

³⁴⁵ Voir Partie 1, Chapitre 1 notamment.

en œuvre, peut en revanche être plus hasardeuse, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents.

1113. De plus, alors qu'« *au niveau européen, l'égalité des sexes est, assurément, devenue moins un objectif qu'un élément au service de finalités purement économiques visant à une relance de la croissance*³⁴⁶ », la santé est parfois elle aussi appréhendée à travers une perspective de réduction des coûts - et non comme une fin en soi - au niveau de l'Union européenne comme en France³⁴⁷. Enfin, la « santé dans toutes les politiques » est, elle aussi à la fois « valeur » et « principe d'action », comme l'approche intégrée de l'égalité³⁴⁸.
1114. Contrairement aux standards et aux principes, l'approche intégrée est un outil juridique à caractère plus offensif puisqu'il a prétention à la systématique. Il se fonde sur une dynamique d'intrusion d'une problématique dans une autre. Il aménage l'irruption d'un champ de politique publique dans un autre. Il implique donc, par définition, la conciliation entre les acteurs politiques concernés mais aussi l'évolution et l'adaptation du droit dans le sens envisagé. Il représente l'arrivée d'un élément nouveau dans un régime juridique préexistant. À la différence des standards et des principes, l'approche intégrée naît de la volonté du législateur et non de celle du juge.
1115. Si une approche intégrée peut émerger d'abord de façon sporadique et spontanée, il semble qu'il faille à un moment ou un autre une naissance matérialisée par l'adoption d'une norme juridique. En matière de sécurité intérieure, le Livre blanc publié en 2020 par le ministère en charge de cette question encourage l'adoption d'une approche intégrée : « *Les forces de sécurité intérieure doivent appréhender leurs missions selon une approche plus intégrée : dépasser les frontières des services pour privilégier un regard transversal. Les principes directeurs, qui doivent guider la*

³⁴⁶ S. DAUPHIN, R. SÉNAC-SLAWINSKI, « Gender mainstreaming : analyse des enjeux d'un « concept-méthode » », *op. cit.*

³⁴⁷ Voir par exemple le Règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020) et abrogeant la décision n° 1350/2007/CE ;

l'avis du Comité des régions de l'Union européenne, La santé en faveur de la croissance – troisième programme d'action pluriannuel de l'union pour la période 2014-2020, 2012/C 225/18, 2012 ;

et, en France, la publication du Ministère de l'Économie et des Finances, « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? », Trésor-Eco, septembre 2016, n° 179 ;

ainsi que le Programme National de réduction du tabagisme 2014-2019, Rapport annuel 2017.

³⁴⁸ S. DAUPHIN, R. SÉNAC-SLAWINSKI, « Gender mainstreaming : analyse des enjeux d'un « concept-méthode » », *op. cit.*

nouvelle organisation, se fondent sur la transversalité, le décloisonnement, la déconcentration et la proximité avec le terrain sous l'autorité des préfets de département³⁴⁹ ». L'avenir nous dira si le projet de loi d'orientation et de programmation de la sécurité intérieure, prévue pour 2022, contient un tel principe.

1116. En tout état de cause, nous pouvons supposer que parler de « l'approche intégrée de la santé » serait plus évocateur qu'utiliser l'expression de « santé dans toutes les politiques », traduction littérale d'une expression anglophone, moins évidente à manier. Cela favoriserait peut-être une meilleure connaissance de cette question et une plus grande appropriation par le législateur et la doctrine. Une autre possibilité vient du droit de l'Union européenne : rappelons que le Professeur Brosset désigne la règle de l'article 168 § 1 TFUE comme « *le principe général d'intégration de la santé*³⁵⁰ ».

B) L'approche intégrée en santé, un outil peu exploité

1117. Puisqu'elle n'est pas consacrée par une règle de droit, l'approche intégrée de la santé - et en particulier son caractère systématique - ne peut fonctionner en France ; elle reste pour l'heure un outil à l'arrêt, que le législateur pourrait potentiellement activer. En France, les différents instruments de droit souple que nous allons présenter ici ne suffisent pas à matérialiser l'approche intégrée de la santé, bien qu'ils tendent dans cette direction.

1118. Pour rappel, le droit souple a été défini par le Conseil d'État comme « *l'ensemble des instruments réunissant trois conditions cumulatives : ils ont pour objet de modifier ou d'orienter les comportements de leurs destinataires en suscitant, dans la mesure du possible, leur adhésion ; ils ne créent pas par eux-mêmes de droits ou d'obligations pour leurs destinataires ; ils présentent, par leur contenu et leur mode d'élaboration, un degré de formalisation et de structuration qui les apparente aux règles de droit*³⁵¹ ».

1119. Le secteur de la santé est, comme d'autres, marqué par la progression des normes de droit souple. Comme le souligne Monsieur Tabuteau, « *oscillant entre normes impératives et simples conseils dans l'exercice de l'art médical, ces nouvelles réglementations de droit souple – véritable « soft law »*

³⁴⁹ Ministère de l'Intérieur, Livre blanc sur la sécurité intérieure, 16 novembre 2020.

³⁵⁰ E. BROSSET, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *Revue trimestrielle de droit européen* 2015, p. 737.

³⁵¹ Conseil d'État, *Le droit souple*, Étude annuelle 2013.

à la française – empruntent de multiples appellations et constituent des formes juridiques de portée très variable³⁵² ».

1120. Nous commencerons par évoquer l'annexe de la loi du 9 août 2004, puis l'annexe de la Stratégie nationale de santé (SNS), et enfin les avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) : tous trois soulèvent des questions quant à leur degré de normativité.

1121. En premier lieu, nous avons vu dans un chapitre précédent³⁵³ que l'annexe de la loi du 9 août 2004 affiche clairement la volonté du législateur de « *protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population* », de « *corriger les inégalités* », de tenir compte des déterminants de la santé. À ce titre, l'annexe fait état de la nécessité d'impliquer « *les différentes politiques publiques* » en analysant leurs éventuels impacts sur la santé³⁵⁴. Cette annexe n'a pas été codifiée et nous avons vu que la doctrine s'est interrogée sur sa portée juridique. Sans être du droit dur, ce texte vise certainement à orienter le comportement de son destinataire, l'État. Il ne lui crée pas d'obligations. En revanche, pour faire écho à la définition du droit souple donnée par le Conseil d'État, l'annexe a été élaborée dans le cadre d'un processus législatif et il nous semble qu'elle revêt une forme et une structure qui l'apparentent à une règle de droit.

1122. En second lieu, avant l'adoption de la SNS pour 2018-2022, le HCSP avait donné ses préconisations dans un avis de 2017³⁵⁵ dans lequel il appelait à l'adoption de quatre principes d'action, dont l'adoption de la santé comme objectif dans toutes les politiques³⁵⁶. Ce rapport a eu une influence incontestable. Dans l'annexe de la SNS, on trouve la déclaration suivante : la SNS « *réaffirme le principe porté par l'Organisation mondiale de la santé, selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde*³⁵⁷ ».

³⁵² D. TABUTEAU, « Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou « quasi normes » en santé ? », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie* 2015, n° 3.

³⁵³ Chapitre 1 (Partie 2).

³⁵⁴ Annexe de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

³⁵⁵ Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à la stratégie nationale de santé, 8 septembre 2017.

³⁵⁶ Les trois autres principes d'action préconisés par le HCSP étaient : « *une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de santé, une approche territorialisée de la SNS, la nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens* ».

³⁵⁷ Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

Si la SNS a valeur réglementaire³⁵⁸, la valeur normative de son annexe est en revanche plus difficile à déterminer. Elle n'est pas codifiée. Elle a pu avoir une certaine influence sur l'élaboration des politiques publiques qui ont suivi.

1123. En troisième lieu, selon l'article L1411-4 du Code de la santé publique, le HCSP a notamment pour mission « *de fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires et la Haute Autorité de santé, l'expertise nécessaire [...] à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire* » et « *de fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique*³⁵⁹ ». Il a donc à cet égard un rôle de conseiller mais n'impose rien d'obligatoire aux pouvoirs publics.

1124. C'était déjà le cas pour son prédécesseur : il a été évoqué dans le chapitre 1 de cette seconde partie de la thèse que le Haut Comité de la Santé publique a rendu un rapport en 1992 détaillant ses préconisations pour l'élaboration de la politique de santé. Le Haut Comité affirmait qu'il fallait adopter une démarche pluraliste pour la définition d'objectifs de santé publique, et à ce titre impliquer « *les professionnels et administrateurs de santé et les usagers, les experts et les acteurs de terrain, les niveaux national et local, le secteur de la santé et les autres secteurs d'activité de la nation concernés*³⁶⁰ ». Le ministre de la Santé de l'époque avait clairement exprimé ses attentes vis-à-vis du Haut Comité, qui devait l'aider à « *fixer un horizon, c'est-à-dire des références*³⁶¹ » pour les choix qu'il avait à faire pour la politique de santé publique. Le dernier élément est très révélateur : une « référence » rappelle, comme nous l'avons vu en début de chapitre, la notion de tracé développée par le Professeur Thibierge.

1125. Dans son avis sur l'évaluation *in itinere* du Plan national de santé publique, rendu en 2020, le HCSP constate notamment que le plan « Priorité prévention » - ou Plan national de santé publique³⁶² -, adopté par le Comité interministériel pour la santé en 2018, est conçu selon une approche interministérielle et selon ce qu'il appelle la « *stratégie de Santé dans toutes les*

³⁵⁸ Elle est, selon l'article R1411-1 du Code de la santé publique, définie par décret.

³⁵⁹ Ses autres missions sont de « *contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé* » et de « *contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée* » (article L1411-4 du Code de la santé publique).

³⁶⁰ Haut Comité de la Santé Publique, Rapport au ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire, Stratégie pour une politique de santé, Propositions préalables à la définition de priorités, 1992.

³⁶¹ *ibid.*

³⁶² Plan national de santé publique 2018-2019, Priorité prévention, Rester en bonne santé tout au long de sa vie.

politiques³⁶³ ». Selon le HCSP, ce plan « porte un engagement politique fort en soutien au principe de la « Santé dans toutes les politiques »³⁶⁴ ». Il souligne que le plan est porté par le Premier ministre, ce qui est significatif pour une approche interministérielle pour la santé. Il formule certaines recommandations pour améliorer la visibilité de la « santé dans toutes les politiques et l'action sur les déterminants » et évoque la « recherche de synergies favorisant un véritable exercice de coordination intersectoriel³⁶⁵ », élément qui est, comme nous l'avons vu tout au long de cette thèse, caractéristique de l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

1126. Le HCSP continue à porter une approche « santé dans toutes les politiques » très claire, notamment en 2021 dans son rapport dédié aux effets de la crise du covid-19 sur l'enfance, par exemple à travers sa recommandation n° 28 dans laquelle il suggère de mettre en place une démarche d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé en vue d'examiner les conséquences de toute mesure, circulaire, décret, loi, règlement concernant les enfants dans le contexte d'une crise sanitaire, y compris les mesures préconisées dans le présent avis³⁶⁶.

³⁶³ Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à l'évaluation *in itinere* du Plan national de santé publique, portant sur la période avril 2019-juillet 2020, 17 septembre 2020 : le HCSP rappelle que « la santé de la population est tributaire de toutes les politiques (Stratégie de la Santé dans toutes les politiques « Health in all policies ») ».

³⁶⁴ *ibid.*

³⁶⁵ Le HCSP recommande en particulier que « Dans le cadre de l'amélioration de la communication autour de « Priorité Prévention », chaque direction d'administration centrale ou institution engagée doit communiquer régulièrement (fréquence à définir) sur les mesures et ou actions qu'elle porte ou qu'elle priorise ainsi que sur leur mise en œuvre (moyens et résultats). La santé dans toutes les politiques et l'action sur les déterminants y gagneront en visibilité » ; ainsi qu'« inciter les collectivités (régions, départements, métropoles, villes et communautés d'agglomération), à rechercher des synergies favorisant un véritable exercice de coordination intersectoriel de proximité au plus proche des besoins de la population pour contribuer à l'efficacité de cet engagement politique national » (Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à l'évaluation *in itinere* du Plan national de santé publique, portant sur la période avril 2019-juillet 2020, *op. cit.*).

³⁶⁶ Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à la gestion de l'épidémie de covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur, 18 juin 2020. Parmi les recommandations du HCSP dans cet avis :

« Recommandation 26 : Le HCSP rappelle sa proposition, exprimée dans son rapport sur les politiques de suivi statistique et de recherche sur la santé de l'enfant, de créer une structure de coordination des politiques pour les enfants, chargée des connaissances de surveillance et de recherche, des politiques de soins et, enfin, avec un pilotage interministériel indispensable, dès lors que le logement, les politiques familiales ou le travail impactent tous à la fois la santé des enfants. En l'absence d'une attention explicite, les enfants risqueraient de rester invisibles, là encore, dans un paysage de politiques publiques sur l'enfance très dispersé. Cet Institut de l'enfant permettrait concertation et meilleure efficacité des travaux et des avis autour de l'enfance : HCFEA, Défenseur des droits, HCSP. Il assurerait la visibilité d'une politique en faveur de l'enfance ».

« Recommandation 28 : Mettre en place une démarche d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé afin d'examiner les conséquences de toute mesure, circulaire, décret, loi, règlement concernant les enfants dans le contexte d'une crise sanitaire, y compris les mesures préconisées dans le présent avis ».

1127. Les rapports et avis du Haut Comité de la Santé publique, puis du HCSP, n'ont qu'une fonction de tracé, et non de mesure ; ce ne sont pas des modèles pour juger la réalité, contrairement à certaines émanations d'autres organismes étatiques spécialisés en santé, comme les recommandations de bonne pratique médicale de la Haute Autorité de Santé, qui peuvent être invoquées devant un juge³⁶⁷. Cela signifie que les opinions exprimées par ce comité, conseiller en politique de santé, ont un faible degré de normativité. Cependant, la répétition dans son message sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques a peut-être imprégné, au fil du temps, la volonté du législateur.

1128. Annexes législatives et réglementaires non codifiées, rapports et avis d'un organe expert en politique de santé publique : autant d'éléments qui convergent de façon non contraignante dans une direction, celle de l'intégration de la santé dans d'autres politiques. Ajoutons à cela l'article D1411-30 du Code de la santé publique qui prévoit que « *le comité interministériel pour la santé est chargé [...] 2° de favoriser la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques* » et qui, avec l'emploi du terme « favoriser », donne à la prise en compte de questions de santé dans l'ensemble des politiques publiques, le caractère d'un simple souhait.

§ 2) La « santé dans toutes les politiques », outil de régulation juridique

1129. Les constats faits en première partie de cette thèse sur l'origine et le développement de la « santé dans toutes les politiques » dans les ordres juridiques supra-étatiques nous conduisent à appréhender le flux normatif français en la matière à la lumière du contexte mondial d'évolution du droit. On observe aujourd'hui de nouveaux modes d'émergence et de production de la norme. L'une des raisons de ces mutations³⁶⁸ est la mondialisation, qui touche bien sûr le droit : « *la mondialisation du droit désigne l'application de règles qui, sans être nécessairement uniques ni même uniformes, sont inspirées par des standards communs aux différents pays*

³⁶⁷ Voir Annexe n° 2 de la thèse.

³⁶⁸ Voir N. MARTIAL-BRAS, J.F. RIFFARD, M. BEHAR-TOUCHAIS (dir.), *Les mutations de la norme, le renouvellement des sources du droit*, Economica, Études juridiques, 2011, 310 p.

du monde³⁶⁹ ». Comme pour tous les secteurs, la mondialisation irrigue les droits sanitaires nationaux³⁷⁰. Ainsi, les nouvelles normes en santé « symbolisent les bouleversements que connaissent, depuis un quart de siècle, le système de santé et l'action publique sanitaire. Elles s'inscrivent de surcroît dans un mouvement international de diffusion et d'intégration des normes sanitaires, à travers notamment le rôle accru de l'organisation mondiale de la santé³⁷¹ ».

1130. Ce contexte favorise l'émergence d'« objets juridiques non identifiés³⁷² ». S'agissant du droit dit « global » et de la mondialisation, le Professeur Frydman relève à la fois « les effets destructeurs de la mondialisation sur les structures juridiques en place, nationales et internationales » et « les nouveaux objets juridiques, souvent encore non ou mal identifiés, qui émergent des relations transnationales et de la société mondiale en construction³⁷³ ». Dans ce cadre, il est inévitable de repenser les classifications juridiques traditionnelles pour intégrer de nouveaux objets encore peu théorisés³⁷⁴.

1131. Bien que le Professeur Frydman n'évoque aucun objet normatif ressemblant à notre objet d'étude, - il donne notamment pour exemples des codes de conduite imposés par des entreprises multinationales³⁷⁵, ou encore des normes techniques qui émergent au niveau international³⁷⁶ - nous pensons que la « santé dans toutes les politiques » telle qu'elle a

³⁶⁹ M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit de la santé*, Les études hospitalières, 2011, 174 p. Le Professeur BÉLANGER cite ici le Professeur TRUCHET.

³⁷⁰ *ibid.*

³⁷¹ D. TABUTEAU, « Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou « quasi normes » en santé ? », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie* 2015, n° 3.

³⁷² B. FRYDMAN, in J-Y. CHÉROT, B. FRYDMAN (dir.), *La science du droit dans la globalisation*, *op. cit.*

³⁷³ *ibid.*

³⁷⁴ *ibid.* L'auteur considère que les juristes du XXI^{ème} siècle sont « obligés de repenser les classifications et les catégories dans lesquelles les nouveaux objets qui émergent chaque jour, sortes d'ornithorynques du bestiaire normatif, se refusent obstinément à se laisser enfermer. [...] ces catégories sont tellement mises à mal qu'il nous faudra peut-être repenser à nouveau frais la norme juridique, voire le droit lui-même et probablement nous résoudre à inventer une nouvelle logique des normes ».

³⁷⁵ En particulier le cas de Nike qui, sous la pression des médias et de la société civile, a élaboré un code de conduite afin de lutter contre l'exploitation du travail des enfants, les conditions de travail dangereuses ou malsaines, l'interdiction des syndicats, etc. (B. FRYDMAN, in J-Y. CHÉROT, B. FRYDMAN, *La science du droit dans la globalisation*, *op. cit.*)

³⁷⁶ À ce sujet, voir notamment le passage suivant : « ces normes ne sont pas le produit d'un processus de type parlementaire ou d'institutions publiques représentatives, mais émergent plutôt de la pratique, comme une moyenne souhaitable constatée par les experts, sur laquelle s'accordent par consensus les acteurs du secteur et les « parties prenantes » (stakeholders). Ensuite, contrairement aux sources classiques du droit, ces normes ne sont pas imposées à des sujets, à peine de sanctions. Il s'agit au contraire de normes auxquelles les acteurs adhèrent volontairement, mais non spontanément ni de manière désintéressée, comme on l'a vu. Quant à leur publicité, les normes ne sont pas rendues visibles par une publication dans un journal officiel, qui en détermine le caractère obligatoire, mais par l'octroi d'un « label », qui signale aux autres, qu'un acteur s'est engagé à respecter telle ou telle norme. Le maintien de ce label suppose la mise en œuvre de

émergé en droit international souple, puis s'est propagée vers des systèmes juridiques verticalement inférieurs, entre dans le cadre de ce qu'il décrit, puisqu'elle est encore nouvelle dans le champ du droit. C'est le processus de passage entre le niveau juridique extranational à celui du droit français qui est en particulier méconnu : par quel mécanisme la « santé dans toutes les politiques » peut-elle s'insérer en droit français ?

1132. La « santé dans toutes les politiques » a un effet régulateur en droit (A) et cet effet peut aussi s'apparenter à de la globalisation ou du nivellement juridiques (B). Dans tous les cas, cet effet est particulièrement faible en droit français.

A) Un processus de régulation aux effets mineurs en France

1133. Plusieurs formes de régulation coexistent et agissent sur les enjeux sanitaires : la « santé dans toutes les politiques » se manifeste par une forme de régulation méta-institutionnelle (1°), mais aussi à travers un droit régulateur (2°) et par ce qui est désigné par les auteurs comme du droit post-moderne (3°).

1°) La « santé dans toutes les politiques », un outil de régulation méta-institutionnelle des enjeux sanitaires

1134. Dans les années 1990, la régulation était décrite comme des « *pratiques mal définies d'ajustement, par des instances au statut incertain, des comportements et stratégies des acteurs sociaux en vue du maintien de la discipline d'un projet collectif*³⁷⁷ ». Selon le Professeur Timsit, la régulation ne se situait pas dans le schéma classique de « *l'application uniforme d'une loi générale et impersonnelle* », mais plutôt dans la logique d'un « *pouvoir de déclinaison au cas par cas des orientations générales inscrites dans une norme*³⁷⁸ ». Il s'agirait d'une norme d'orientation qui garde donc un caractère d'imprécision³⁷⁹. Selon le même auteur, « *la loi classique est imposée de l'extérieur au groupe social.*

*dispositifs d'audits interne et externe, qui viennent prendre le rôle joué en droit interne par les services administratifs d'inspection. Si la violation de ces normes peut donner lieu à des actions en justice (comme nous l'avons vu avec les exemples de Yahoo! et Nike) et à des sanctions, celles-ci laissent généralement la place à des processus d'amélioration progressive des performances ou, dans les cas irrémédiables, à l'exclusion du label et par suite du club, parfois très étendu, qui fonctionne selon un certain standard » (B. FRYDMAN, in J-Y. CHÉROT, B. FRYDMAN, *La science du droit dans la globalisation*, op.cit.)*

³⁷⁷ G. TIMSIT, *Archipel de la norme*, op. cit : l'auteur se fonde sur l'ouvrage de J. CHEVALLIER, *Science administrative*, Presses universitaires de France, Thémis, 2^{ème} édition, 1994, 636 p.

³⁷⁸ G. TIMSIT, *Archipel de la norme*, op. cit.

³⁷⁹ *ibid.*

La régulation est, elle, une loi que le groupe s'impose à lui-même³⁸⁰ ». Sur ce fondement, il nous semble que l'on puisse considérer l'intégration de la santé dans toutes les politiques comme une « régulation » que l'État s'imposerait à lui-même. En effet, il existe un point commun entre le mécanisme de régulation décrit ci-dessus et le mécanisme qui sous-tend l'intégration de la santé dans toutes les politiques. La régulation « est appelée à s'exercer vis-à-vis des entités publiques elles-mêmes, soit que ces entités soient perçues comme source de menaces pour les libertés individuelles, soit qu'elles soient impliquées directement dans le jeu économique et social, en tant que productrices de biens et services » ; par ailleurs, « la collectivité, l'autorité définissent à leur propre intention leurs propres règles à l'élaboration desquelles elles ont été directement associées³⁸¹ », ce qui conduit à parler, au sujet de la régulation, d'« auto-normativité³⁸² ». Ce même mécanisme est censé être retenu pour l'intégration de la santé dans les autres politiques, dans la mesure où c'est à l'État d'intégrer cette contrainte dans l'élaboration de ses politiques et de ses lois. La « santé dans toutes les politiques » telle que promue par l'OMS³⁸³ semble se rapprocher d'une régulation des activités de l'État, et non de celles des individus. Elle s'apparenterait ainsi à une régulation méta-institutionnelle telle que décrite ci-dessus par le Professeur Timsit et reprise par le Professeur Chevallier³⁸⁴.

1135. Par ailleurs, alors que le pouvoir normatif classique ne se conçoit qu'assorti de sanctions, la régulation a pour conséquence que *« les normes, n'étant plus imposées de l'extérieur mais au contraire l'expression d'une responsabilité collective, ne peuvent plus se voir sanctionner par la contrainte³⁸⁵ »*. Cela pourrait expliquer ce que l'on constate pour l'exemple français où la santé est intégrée dans d'autres politiques de façon plus ponctuelle que systématique. Pas de contrainte, à moins qu'elle ne vienne petit à petit du citoyen ou du pouvoir politique. Ainsi, les propos du Professeur Timsit sur la régulation prennent une dimension intéressante pour notre sujet : *« la contrainte s'efface ou disparaît : normes obligatoires, mais non contraignantes », et dans cette perspective de persuasion, d'incitation, et de recommandation, « on ne se sanctionne pas soi-même de n'avoir pas respecté une obligation³⁸⁶ »*.

³⁸⁰ *ibid.*

³⁸¹ *ibid.*

³⁸² *ibid.*

³⁸³ Voir Première partie, Titre 1.

³⁸⁴ J. CHEVALLIER, « La régulation juridique en question », Droit et société 2001, Vol. 3, n° 49.

³⁸⁵ G. TIMSIT, *Archipel de la norme*, op. cit.

³⁸⁶ *ibid.*

1136. Il nous semble que la régulation méta-institutionnelle est en général la première étape d'un processus : elle mène, en principe, dans un second temps, à l'adoption d'une norme de droit dur, notamment une loi. Nous avons vu en première partie de cette thèse³⁸⁷ qu'avant que soit adopté le principe d'intégration de la santé dans les traités fondateurs de l'Union européenne, les institutions s'efforçaient déjà d'aborder certaines questions sanitaires de façon transversale. En France, dans certains secteurs, l'État a adopté des conduites qui se rapprochent d'une forme d'auto-régulation. Le Livre blanc sur la sécurité intérieure³⁸⁸ publié en 2020 par le ministère de l'Intérieur est un document au caractère prospectif affirmé qui émet des propositions sur l'organisation, le partenariat et le continuum de sécurité, les ressources humaines et matérielles, les questions de technologies en jeu dans le cadre de la sécurité intérieure. Ce document d'orientation est censé « *inspirer l'action du ministre de l'Intérieur pour les prochaines années*³⁸⁹ » et est également conçu dans l'optique de l'adoption future d'une loi d'orientation et de programmation de la sécurité intérieure. Par les propositions contenues dans ce Livre blanc, l'État modifie déjà son comportement vis-à-vis des questions de sécurité intérieure, obéissant apparemment à une forme de régulation qui est par définition dépourvue de caractère contraignant. Sur le fondement du Livre blanc, des mesures sont déjà prises, par exemple en matière de sécurité du quotidien et de lien avec la population, ainsi que pour le schéma national du maintien de l'ordre³⁹⁰. Gérald Darmanin, ministre de l'Intérieur, écrit à propos du Livre blanc : « *je m'inspirerai encore de ces travaux dans les décisions d'organisation qui seront prises très prochainement ainsi que pour les textes réglementaires, les mesures de portée législative à paraître*³⁹¹ ».
1137. Néanmoins, dans le cas des livres blancs, il semble que la frontière soit mince entre ceux qui relèvent d'une forme de régulation méta-institutionnelle, c'est-à-dire une norme étatique auto-dirigée non contraignante, et ceux qui ont davantage pour vocation d'être des textes

³⁸⁷ Partie 1, Chapitre 2, Section 1, §2, B) La volonté grandissante de prendre en compte la santé y compris dans d'autres secteurs à partir de la fin des années 1980.

³⁸⁸ Ministère de l'Intérieur, Livre blanc sur la sécurité intérieure, *op. cit.*

³⁸⁹ Ministère de l'Intérieur, Lettre du 13/11/2020 au sujet du Livre blanc de la sécurité intérieure, https://www.interieur.gouv.fr/sites/minint/files/medias/documents/2021-06//courrier_du_ministre_de_l-interieur-publication-du-lbsi-14-nov.pdf [consulté le 30/08/2021].

³⁹⁰ *ibid.*

³⁹¹ *ibid.*

préparatoires à l'adoption d'une loi prochaine, comme c'est le cas assumé pour le Livre blanc sur l'immobilier pénitentiaire remis au garde des sceaux en 2017³⁹².

1138. En revanche, contrairement à la place importante accordée à des instances de régulation pour de nombreuses problématiques³⁹³, l'intégration minutieuse de la santé dans toutes les politiques, quant à elle, n'impliquerait pas l'existence d'une autorité de régulation : cette possibilité n'est évoquée nulle part, ni dans les textes de l'OMS, ni dans ceux de l'Union européenne, et encore moins en droit français.

2°) La « santé dans toutes les politiques » et l'émergence d'un droit régulateur sanitaire

1139. Le droit régulateur est apparu avec le développement de l'État-Providence³⁹⁴. Dans ce contexte, un premier modèle, celui du droit dit « moderne » - où la règle de droit est conçue sur le mode de l'interdit, délimitant le champ des activités licites et laissant les individus orienter leurs actions eux-mêmes ; où le quadrillage juridique reste lâche et préserve une marge d'autonomie individuelle³⁹⁵ - cède la place au modèle du droit de l'État-providence³⁹⁶. Désormais, la règle de droit procède par injonction ou prescription, et dicte les conduites de manière positive. Le droit devient interventionniste, « *mis au service de la réalisation de politiques publiques*³⁹⁷ ». Ce droit ne vise pas à encadrer les comportements mais à atteindre des « *objectifs et à produire certains effets économiques et sociaux* ». Le Professeur Chevallier fait ici référence à l'« État propulsif »³⁹⁸, qui s'affirme dans le cadre d'une conception intrusive de la régulation, laquelle est « *symbole de l'emprise nouvelle de l'État sur la société résultant de l'avènement de l'État providence*³⁹⁹ ». Par exemple, la loi n° 2016-41 du

³⁹² J-R. LECERF, Livre blanc sur l'immobilier pénitentiaire, 4 avril 2017, 140 p.

³⁹³ G. TIMSIT, *Archipel de la norme*, op. cit. L'auteur considère qu'« il est [...] nécessaire que la régulation incombe à des instances « neutres » et « objectives », non seulement dégagées de tout lien d'allégeance à l'égard des gouvernants mais aussi déconnectées du reste de l'appareil, et de ce fait capables de définir les conditions d'un « juste équilibre » entre les intérêts sociaux de toute nature, intérêts publics compris ». Voir également M-A. FRISON-ROCHE, « Le droit de la régulation », Le Dalloz 2001, n° 7.

³⁹⁴ J. CHEVALLIER, « La régulation juridique en question », op. cit. Selon le Professeur CHEVALLIER, la régulation peut revêtir différents sens possibles, qui peuvent être combinés.

³⁹⁵ *ibid.*

³⁹⁶ *ibid.*

³⁹⁷ *ibid.*

³⁹⁸ Concept développé par le Professeur MORAND, dans C.A. MORAND (dir.), *L'État propulsif*, Publisud, 1991, 253 p. Voir aussi F. OST, *A quoi sert le droit ?* Bruylant, Penser le droit, 2016, 578 p.

³⁹⁹ J. CHEVALLIER, « La régulation juridique en question », op. cit.

26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé l'article L3511-6-1 du Code de la santé publique, selon lequel « *les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés* ». Cette mesure visait à infléchir les courbes de consommation de tabac. Cette même loi de 2016 prévoit l'interdiction de la mise à disposition, en accès libre, sous forme d'offre à volonté gratuite ou pour un prix forfaitaire, de boissons avec ajout de sucres ou d'édulcorants de synthèse dans les lieux de restauration ouverts au public⁴⁰⁰ dans un but de lutte contre l'obésité.

1140. Ce droit destiné à réaliser des politiques publiques se manifeste également dans la loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, dans la mesure où ce texte a pour vocation d'atteindre des objectifs environnementaux et sanitaires déterminés. Cette loi insère dans le Code rural et de la pêche maritime les articles L230-5-1 à L230-5-7, qui exigent de la part des restaurants collectifs dont les personnes morales de droit public ont la charge, que les repas servis répondent, au plus tard le 1^{er} janvier 2022, à des critères environnementaux et qualitatifs précis⁴⁰¹.

1141. Ce droit régulateur attire les critiques car il peut être à l'origine d'interventions jugées injustes, créant des avantages pour certains et non pour d'autres⁴⁰². Cela rejoint le constat fait en santé publique développé dans le Chapitre 1 de notre seconde partie, en ce qui concerne la question des inégalités sociales de santé : certaines mesures, par exemple celles visant à lutter contre le tabagisme, peuvent en fait exacerber les inégalités.

1142. Le droit régulateur peut coexister avec un droit d'une autre nature, plus souple.

⁴⁰⁰ Article L3232-9 du Code de la santé publique.

⁴⁰¹ Article L230-5-1 du Code rural et de la pêche maritime. Voir aussi le décret n° 2019-351 du 23 avril 2019 relatif à la composition des repas servis dans les restaurants collectifs en application de l'article L230-5-1 du Code rural et de la pêche maritime.

⁴⁰² J. CHEVALLIER, « La régulation juridique en question », *op. cit.*

3°) La « santé dans toutes les politiques », élément d'un droit sanitaire post-moderne souple

1143. Certaines mesures prises dans d'autres secteurs, notamment celui du travail, et qui ont un impact sur la santé, relèvent d'un droit souple et récent (a) dont la flexibilité présente des inconvénients (b).

a) Un droit souple susceptible de porter la santé dans d'autres politiques

1144. Une certaine forme de régulation est liée à une conception nouvelle du rôle de l'État, impliquant un « *nouveau style d'action publique*⁴⁰³ ». Ce droit de régulation s'affirme dans un contexte caractérisé par de nouveaux problèmes liés à la mondialisation et à la crise de l'État-providence⁴⁰⁴. C'est un nouveau droit, un « autre droit », adapté au concret et au contexte. Le Professeur Chevallier le qualifie de droit post-moderne, pragmatique et flexible, qui repose sur des « *techniques plus souples, relevant d'une « direction juridique non autoritaire des conduites »*⁴⁰⁵ ». On voit ainsi, selon lui, se développer des « *formes progressives et graduées d'émergence du droit visant, par l'édiction de règles souples et flexibles, à encadrer la pratique des acteurs sociaux, à orienter leur comportement, à favoriser leur autodiscipline, avant d'en arriver à l'énoncé de normes contraignantes*⁴⁰⁶ ». Outre l'État lui-même, ce droit de régulation peut être dirigé vers différents acteurs, notamment les employeurs, et semble compatible avec une vision transversale, intersectorielle, de la santé. Depuis 2007, le ministère de la Santé a mis en place un système de charte d'engagement volontaire de progrès nutritionnel invitant les entreprises du secteur alimentaire à s'engager de leur plein gré à améliorer la qualité nutritionnelle des produits alimentaires qu'elles mettent sur le marché⁴⁰⁷. Dans d'autres domaines, les entreprises, tout en ayant certaines obligations, se voient octroyer une grande marge de manœuvre pour appliquer les mesures imposées par la loi. C'est le cas notamment pour les mesures visant à améliorer la mobilité des salariés entre leur lieu de résidence habituelle et leur lieu de travail ainsi que pour la mise en œuvre du droit à la déconnexion du salarié.

⁴⁰³ *ibid.*

⁴⁰⁴ *ibid.*

⁴⁰⁵ Le Professeur CHEVALLIER cite ici P. AMSELEK, « L'évolution générale de la technique juridique dans les sociétés occidentales », *Revue du droit public* 1982, p. 287.

⁴⁰⁶ *ibid.*

⁴⁰⁷ Voir Chapitre 3 (Partie 2).

1145. En ce qui concerne les mesures visant à améliorer la mobilité des salariés entre leur lieu de résidence habituelle et leur lieu de travail, dans les entreprises mentionnées à l'article L2143-3 du Code du travail et dont cinquante salariés au moins sont employés sur un même site, ces mesures doivent être débattues lors de la négociation annuelle sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail⁴⁰⁸. À défaut d'accord, les entreprises doivent alors élaborer un plan de mobilité employeur sur leurs différents sites pour améliorer la mobilité de leur personnel. Ce plan de mobilité employeur inclut des dispositions concernant le soutien aux déplacements domicile-travail de leur personnel⁴⁰⁹. Un plan mobilité est mis en œuvre également par les collectivités territoriales⁴¹⁰. La dimension sanitaire du plan de mobilité apparaît à l'article L1214-2 du Code des transports, selon lequel le plan de mobilité vise à assurer « 1° *L'équilibre durable entre les besoins en matière de mobilité et de facilités d'accès, d'une part, et la protection de l'environnement et de la santé, d'autre part, en tenant compte de la nécessaire limitation de l'étalement urbain telle qu'encadrée par les plans locaux d'urbanisme ou les plans locaux d'urbanisme intercommunaux* ».

Voici un exemple où certes, une obligation pèse sur l'employeur, mais où en fin de compte, le cadre légal aménage une grande flexibilité pour la mise en œuvre de mesures afin qu'elles soient adaptées au contexte. Ces mesures ne sont pas contraignantes pour le destinataire final, à savoir le salarié.

b) Un droit trop souple pour être efficace

1146. Destiné à contribuer à la protection de la santé, du temps de repos et de la vie personnelle du salarié par une régulation des outils numériques, le droit à la déconnexion du salarié offre, quelques années après son entrée dans la loi, un bilan nuancé⁴¹¹. En vertu de l'article L2242-17 du Code du travail, les modalités du plein exercice de ce droit doivent elles aussi être incluses dans la négociation annuelle sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail. À défaut d'accord sur la mise en œuvre

⁴⁰⁸ Voir notamment A. DUPAYS (dir.), *Le Lamy social*, Wolters Kluwer, 2021, 2600 p.

⁴⁰⁹ Article L1214-8-2 du Code des transports : « I.- Le plan de mobilité employeur prévu au 9° de l'article L. 1214-2 vise à optimiser et à augmenter l'efficacité des déplacements liés à l'activité de l'entreprise, en particulier ceux de son personnel, dans une perspective de diminution des émissions de gaz à effet de serre et de polluants atmosphériques et de réduction de la congestion des infrastructures et des moyens de transports ».

⁴¹⁰ Loi n° 2019-1428 du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités.

⁴¹¹ Sur les enjeux concrets du droit à la déconnexion, voir notamment J-E. RAY, « Grande accélération et droit à la déconnexion », *Droit social* 2016, p. 912, L. LEROUGE, « Droit des risques psychosociaux au travail », *Répertoire de droit du travail* 2021 (Avril). Pour un bilan, voir notamment F. ROSA, « Le périmètre de la vie personnelle du salarié à l'épreuve des nouvelles technologies », *Juris tourisme* 2020, n° 228, p. 17.

de ce droit, l'employeur est alors tenu d'élaborer une charte définissant les modalités de l'exercice du droit à la déconnexion. Dans les deux cas, le législateur offre une certaine souplesse à l'employeur pour que le droit à la déconnexion du salarié soit effectif. L'absence d'accord ou de charte sur cette question n'est d'ailleurs pas sanctionnée⁴¹². Ce droit est défini par l'Accord national interprofessionnel du 26 novembre 2020 pour une mise en œuvre réussie du télétravail comme « *le droit pour tout salarié de ne pas être connecté à un outil numérique professionnel en dehors de son temps de travail*⁴¹³ ».

1147. Dans un arrêt rendu le 27 mai 2021⁴¹⁴, le Conseil d'État aborde de façon ambiguë le droit à la déconnexion. Dans cette affaire, la Ministre du Travail et la Ministre auprès du Ministre d'État, Ministre de la Transition écologique et solidaire, chargée des transports, ont pris un arrêté le 19 juillet 2018 portant extension d'un accord conclu dans le cadre de la convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires de transport. La Fédération nationale des syndicats de transports CGT ainsi que des particuliers et dans une requête jointe, la société Ambulances Huet, demandent au Conseil d'État d'annuler cet arrêté pour excès de pouvoir. L'arrêté attaqué étend, sous plusieurs conditions, pour tous les employeurs et tous les salariés compris dans son champ d'application, les stipulations de l'accord du 16 juin 2016 relatif à la durée et à l'organisation du travail dans les activités du transport sanitaire conclu dans le cadre de la convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires de transport.

1148. Parmi les moyens avancés, retenons-en un en particulier, lié aux stipulations de l'accord litigieux relatives à l'information du salarié sur l'horaire de prise de service. Les requérants considèrent que l'arrêté est illégal dans la mesure où il procède à l'extension de ces stipulations : les cinquième et sixième alinéas de l'article 2 de l'accord prévoient que « *L'employeur fixe l'heure de prise de service la veille pour le lendemain et la communique aux personnels ambulanciers au plus tard à 19 heures. Toutefois, en cas de nécessité de modification d'horaire et sans que cela puisse revêtir un caractère systématique ou trop fréquent, l'employeur informe le salarié dès qu'il en a connaissance* ». Les requérants avancent que ces règles sont contraires au droit à la déconnexion et créent une astreinte devant donner lieu à contrepartie en application de

⁴¹² L. LEROUGE, « Droit des risques psychosociaux au travail », *op. cit.*

⁴¹³ Accord national interprofessionnel pour une mise en œuvre réussie du télétravail, 26 novembre 2020.

⁴¹⁴ CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 31 mai 2021, *Ministère de la Transition écologique, Société Castorama c/ Association Agir pour la CRAU*, n° 434542, Lebon (Tables).

l'article L3121-9 du Code du travail. Le Conseil d'État écarte ce moyen⁴¹⁵, estimant qu'il est clair que ces stipulations n'ont ni pour objet, ni pour effet d'imposer au salarié d'être joignable en permanence y compris pendant son temps de repos et ne sont donc pas contraire au « droit à la déconnexion », qu'il place volontairement entre guillemets. Cette façon de faire suscite le doute : le juge considère-t-il que le droit à la déconnexion n'est pas véritablement opposable ? Est-ce lié au fait que ce droit est tout juste mentionné à l'article L2242-17 du Code du travail, lequel porte avant tout sur la négociation annuelle sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail ? Il apparaît également dans deux dispositions du Code du travail concernant les forfaits jours⁴¹⁶. Ainsi, aucun article ne lui est dédié principalement et peut-être cela contribue-t-il à sa faible reconnaissance juridique. En effet, la jurisprudence et la doctrine paraissent pour l'instant peu prolixes sur la question.

1149. Auparavant, le 16 avril 2019, la Cour administrative d'appel de Paris avait rendu un arrêt⁴¹⁷ dans lequel ses propos sur le droit à la déconnexion expriment similairement, en filigrane, une certaine retenue. En 2015, le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi d'Ile-de-France, sur le fondement de l'article L4721-1 du Code du travail, a mis en demeure la société LexisNexis de prendre, dans un délai de six mois, un certain nombre de mesures afin de prévenir les risques d'atteinte à la santé mentale de ses salariés. Le Ministre chargé du Travail a implicitement rejeté le recours hiérarchique - recours préalable obligatoire - formé par la société contre cette mise en demeure.
1150. Devant la Cour, la société relève appel du jugement de 2017 par lequel le tribunal administratif de Paris a rejeté sa demande tendant à l'annulation de la décision du ministre. Dans un climat de malaise persistant au sein de la société, reconnu par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, et après la mise en demeure par l'inspection du travail, la société dit avoir pris des mesures pour remédier à la situation à partir de 2014⁴¹⁸.

⁴¹⁵ La requête sera rejetée.

⁴¹⁶ Aux articles L3121-64 et L3121-65 du Code du travail. Voir à ce sujet E. DOCKÈS, G. AUZERO, D. BAUGARD, *Droit du travail*, 34^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2020, 1915 p.

⁴¹⁷ CAA Paris, 3^{ème} ch., 16 avr. 2019, *Société LexisNexis c/ Préfecture de police*, n° 17PA03048, Inédit.

⁴¹⁸ La société considère qu'elle a « mis en place des indicateurs liés au travail, cherché à mesurer la charge de travail, reconnu à ses salariés un droit à la déconnexion de la messagerie professionnelle, mis en place une cellule psychologique,

Parmi ces mesures, elle a reconnu à ses salariés un droit à la déconnexion de la messagerie professionnelle. En ce qui concerne ces mesures, la Cour considère que « *le caractère inabouti, et à certains égards cosmétique, des actions portant sur la mesure et la répartition de la charge de travail [...] n'ont donc pas fait disparaître les facteurs de souffrance au travail qui avaient conduit l'administration à considérer la situation comme dangereuse*⁴¹⁹ ». La requête de la société LexisNexis est rejetée. À notre sens, en désignant la reconnaissance du droit à la déconnexion et d'autres mesures voisines comme étant « *à certains égards cosmétiques* », le juge leur donne peu de poids.

1151. En matière civile, la Cour de cassation adopte une autre posture, puisqu'elle avait déjà reconnu avant la loi de 2016, sans le nommer tel quel, le droit à la déconnexion, par exemple dans un arrêt du 17 février 2004 où elle juge que « *le fait de n'avoir pu être joint en dehors de ses horaires de travail sur son téléphone portable personnel est dépourvu de caractère fautif et ne permet donc pas de justifier un licenciement disciplinaire pour faute grave*⁴²⁰ ».

1152. Il semble ainsi que l'approche « santé dans toutes les politiques » puisse se fondre dans ces différents courants et qu'elle soit potentiellement intégrée à différentes dynamiques juridiques, pouvant ainsi revêtir des formes très diverses, du droit traditionnel à un droit plus souple. Elle peut aussi être appréhendée à travers d'autres phénomènes proches de la régulation.

B) Une manifestation discrète de la globalisation et du nivellement juridiques

1153. Un aspect de la globalisation juridique (1°) et le nivellement juridique (2°) présentent des similitudes avec la régulation et peuvent venir étoffer les caractéristiques juridiques de la « santé dans toutes les politiques ».

formé son équipe dirigeante aux risques psychosociaux, et entrepris un réaménagement des espaces de bureau ouverts en vue d'améliorer les conditions de travail ».

⁴¹⁹ CAA de Paris, 3^{ème} ch., 16 avr. 2019, *Société LexisNexis c/ Préfecture de police*, *op. cit.*

⁴²⁰ Cass. soc., 17 févr. 2004, n° 01-45.889, Inédit.

1°) La « santé dans toutes les politiques », un outil de globalisation juridique des gouvernances nationales

1154. La façon d'appréhender la globalisation juridique ne suscite pas de consensus doctrinal. Le Professeur Bories, par exemple, considère que la convergence des droits fait partie de la globalisation juridique, tandis que le Professeur Auby les distingue⁴²¹. Pour commencer, notons que « *le droit global est le droit applicable à la société globale, c'est-à-dire aux acteurs publics ou privés intervenant en France ou à l'étranger, indépendamment des découpages traditionnels en ordres juridiques et en États*⁴²² ». Le Professeur Bories considère que la globalisation du droit se caractérise par un phénomène de convergence des droits et par un phénomène de circulation juridique⁴²³.

1155. Le Professeur Auby considère que la globalisation est caractérisée par « *la croissance de phénomènes de déterritorialisation, de désétatisation, de transnationalité, dans l'ordre économique mais pas seulement dans celui-ci, au sein d'un univers où des acteurs nouveaux (entreprises multinationales, ONG, individus...) ont conquis une place bien supérieure à celle qui était la leur dans le passé* » qui se produit « *sur un fond d'ouverture non seulement des rapports économiques mais aussi des rapports idéologiques, culturels, sociaux*⁴²⁴ ». Elle se manifeste à différents niveaux et dans différentes directions⁴²⁵. La globalisation du droit est caractérisée quant à elle par des processus⁴²⁶. Trois mouvements sont significatifs : la perméabilisation des systèmes juridiques, qui deviennent plus

⁴²¹ C. BORIES, « Droit global, globalisation du droit, droit administratif... De la nécessité de définir un objet d'étude », *Revue française de droit administratif* 2019, p. 815. Sur la notion de convergence, le Professeur AUBY n'adopte pas le même point de vue que le Professeur BORIES. Le Professeur AUBY considère que la théorie de la globalisation du droit, qu'il développe dans son ouvrage, s'oppose à deux autres familles de théories (auxquelles il n'adhère pas) : les théories de l'internationalisation du droit (domination du droit international public et même privé) ; les théories de la convergence des droits : il y en a plusieurs mais il cite en particulier les travaux du Professeur DELMAS-MARTY notamment sur un « *mouvement de convergence des droits vers des standards communs, voire de constitution progressive d'un « ius commune » du monde* » dont le noyau est la reconnaissance des droits fondamentaux. Le Professeur AUBY s'oppose aux théories de convergence des droits car il les trouve simplificatrices. Il promeut au contraire les théories de la globalisation du droit qui « *sont plus réalistes, et plus relativistes* », et qui voient « *le processus de globalisation comme une évolution complexe, irrégulière, non articulée à un projet d'ensemble* ». (J-B AUBY, *La globalisation, le droit et l'État*, LGDJ, 3^{ème} édition, 2020, 242 p.).

⁴²² C. BORIES, « Droit global, globalisation du droit, droit administratif... De la nécessité de définir un objet d'étude », *op. cit.*

⁴²³ *ibid.*

⁴²⁴ J-B. AUBY, *La globalisation, le droit et l'État*, *op. cit.*

⁴²⁵ Le Professeur AUBY fait la distinction entre la globalisation, à laquelle il consacre l'ouvrage cité, et la mondialisation, qu'il réserve à ce qui concerne les manifestations mondiales, universelles, de la globalisation. Il souligne que certains auteurs ne font pas de distinction entre ces deux termes. On le constate en effet, à titre personnel, à la lecture, par exemple, de C. BORIES, « Droit global, globalisation du droit, droit administratif... De la nécessité de définir un objet d'étude », *op. cit.* ainsi que de D. LOCHAK, *Le droit et les paradoxes de l'universalité*, Presses Universitaires de France, Les voies du droit, 2010, 256 p.

⁴²⁶ J-B. AUBY, *La globalisation, le droit et l'État*, *op. cit.*

vulnérables à la pénétration de normes externes, la compétition des systèmes juridiques, dont les différences et analogies deviennent plus visibles, et l'harmonisation des systèmes juridiques⁴²⁷. Les dimensions verticales et horizontales de la globalisation juridique peuvent être distinguées⁴²⁸ : d'une part, on trouve des « *flux horizontaux de transnationalité juridique* », qui chevauchent plusieurs systèmes nationaux, d'autre part, il existe, sur un plan « vertical », des normes internationales qui imprègnent les systèmes juridiques⁴²⁹.

1156. Les domaines essentiels où est ressentie la globalisation du droit sont le commerce, l'environnement, les droits fondamentaux et la gouvernance nationale⁴³⁰. C'est ce dernier exemple qui nous intéresse le plus : la globalisation juridique a des conséquences sur la gouvernance nationale, c'est-à-dire la façon dont les États organisent et font fonctionner leurs institutions politiques et administratives⁴³¹. Sur ce point, le Professeur Auby souligne deux éléments. Premièrement, les institutions internationales chargées du développement économique - en particulier la Banque mondiale et le Fonds monétaire international - considèrent que l'un des prérequis de ce développement est l'existence d'un État de droit « *susceptible de garantir la sécurité des relations économiques* ». L'Union européenne se fonde elle aussi sur ce raisonnement. À côté du développement économique, la volonté de protection des droits fondamentaux a conduit les Nations unies, la Cour européenne des droits de l'Homme, l'Union européenne, etc. à adopter l'idée que ces droits ne peuvent être protégés que dans « *un cadre minimal d'institutions démocratiques*⁴³² ».

1157. Deuxièmement, et pour ces raisons, émerge alors un « *droit global de la gouvernance nationale* » au large spectre, touchant aux méthodes de la gestion publique et à l'organisation même de l'État⁴³³. Nous proposerons d'élargir encore un peu cette conception. En effet, ce droit global implique les composantes essentielles de l'État de droit - respect du droit de propriété,

⁴²⁷ *ibid.*

⁴²⁸ Selon le Professeur AUBY, la globalisation a par exemple pour effet de susciter de la *multilayered governance* : c'est-à-dire qu'elle « *fait naître, entre les espaces publics politiques et juridiques, des transversalités, des interconnexions, des recoupements, qui les affectent à la fois horizontalement et verticalement* ». En ce qui concerne l'horizontalité, l'auteur donne pour exemple le développement des rapports internationaux des collectivités locales ; en ce qui concerne la verticalité, il cite le dialogue des collectivités territoriales avec l'Union européenne ou encore entre des citoyens et des institutions européennes (J-B. AUBY, *La globalisation, le droit et l'État*, op. cit.)

⁴²⁹ J-B. AUBY, *La globalisation, le droit et l'État*, op. cit.

⁴³⁰ *ibid.*

⁴³¹ *ibid.*

⁴³² *ibid.*

⁴³³ *ibid.*

garantie des investissements, accès aux tribunaux, etc. - mais aussi d'autres éléments nécessaires à la « bonne gouvernance » à savoir la transparence dans la gestion publique⁴³⁴, l'application du principe de bonne administration⁴³⁵, la lutte contre la corruption des agents publics.

1158. Un dernier élément et non des moindres : le droit global de la gouvernance touche à « l'organisation de l'État et [au] fonctionnement démocratique des institutions⁴³⁶ ». Pour le Professeur Auby, ce droit globalisé de la gouvernance publique est centré sur le développement de la démocratie dans le monde, ce qui suppose la promotion du modèle de démocratie pluraliste, l'existence de constitutions écrites, la séparation des pouvoirs, etc. Mais nous pensons que la « santé dans toutes les politiques » peut entrer - certes dans une faible mesure - dans ce cadre puisqu'elle préconise un mode de gouvernance particulier impliquant d'intégrer un élément, la santé, dans tous les autres pans de l'action publique.

1159. Ainsi, la « santé dans toutes les politiques » n'est pas étrangère au phénomène décrit selon lequel « l'organisation et le fonctionnement de l'État sont sous l'influence de la globalisation⁴³⁷ ». Elle en est une de ses infimes ramifications. La « santé dans toutes les politiques » s'inscrit d'autant plus dans ce droit global que celui-ci est assez pauvre en normes contraignantes⁴³⁸, ce qui est le cas pour notre objet d'étude. Ce droit « est en général plus doctrinal que normatif. Il anime la philosophie de certaines institutions, les arme de standards pour la conduite de leurs actions », notamment en ce qui concerne les grandes institutions économiques internationales⁴³⁹.

2°) La « santé dans toutes les politiques », outil de nivellement juridique

1160. Le terme de « nivellement » est parfois utilisé de façon péjorative par la doctrine, dans le sens d'un nivellement par le bas, dans différentes branches du droit. Par exemple, on trouve des propos sur le nivellement vers le bas de la protection des libertés fondamentales⁴⁴⁰, et

⁴³⁴ Notamment dans les procédures budgétaires (J-B. AUBY, *La globalisation, le droit et l'État*, op. cit.).

⁴³⁵ Ce principe exige « que les affaires traitées par les autorités administratives le soient de manière impartiale, dans des délais raisonnables, etc. » (ibid.).

⁴³⁶ ibid.

⁴³⁷ J-B. AUBY, *La globalisation, le droit et l'État*, op. cit.

⁴³⁸ ibid.

⁴³⁹ ibid.

⁴⁴⁰ A. PENA, « L'entrée de la fraternité en droit administratif : entre acceptation du principe et restriction procédurale », Recueil Dalloz 2019, p. 774.

des remarques sur l'objectif du gouvernement français « *d'éviter tout nivellement par le bas des normes* » à propos du Plan d'action gouvernemental sur la mise en œuvre du CETA du 25 octobre 2017⁴⁴¹.

1161. Nous nous intéressons ici à une autre conception du nivellement juridique. Là aussi, la doctrine s'est déjà approprié cette notion : on pense notamment à un « *nivellement du droit interne des contrats à certains standards internationaux*⁴⁴² » ou encore à un nivellement opéré entre une norme contraignante et « *une norme ou prénorme douces*⁴⁴³ ».
1162. Ce sont surtout les propos du Professeur Riffard sur le nivellement juridique qui méritent, à notre sens, une attention particulière. Cet auteur évoque en effet un droit qui serait, de nos jours, et à certains égards, de plus en plus nivelé, c'est-à-dire unifié, ou en tout cas uniformisé⁴⁴⁴. Selon le Professeur Riffard, le phénomène de nivellement se constate au niveau mondial notamment en droit économique, en droit pénal, en droit de l'environnement et même en matière de protection des droits des personnes⁴⁴⁵. Le droit de la santé et les politiques qui y sont associées ne sont pas mentionnées par l'auteur, mais nous pensons que la « *santé dans toutes les politiques* » pourrait avoir investi le droit français par un processus de nivellement, parti de l'OMS et des États, et pourvu d'une résonance plus ou moins importante sur les droits internes des États.
1163. Le Professeur Riffard distingue d'une part un nivellement voulu et actionné par les États de façon concertée, et d'autre part un nivellement « *insidieux* », « *subi* ». En premier lieu, le nivellement peut désigner une « *unification concertée du droit* » et, partant, la « *constitution progressive d'un socle de règles et de principes commun* » qui mène à « *l'élaboration d'un droit mondialisé*⁴⁴⁶ ».

⁴⁴¹ M-A CADILHAC, « Chronique Action extérieure de l'Union européenne - Saga CETA : début d'application provisoire dans un contexte chaotique », *Revue trimestrielle de droit européen* 2018, p. 197.

⁴⁴² M. COMBET, « Brexit, contrats et attractivité », *Actualité juridique Contrat* 2019, p. 104.

⁴⁴³ P. RODIÈRE, « Le dévissage de l'Europe sociale - sur les « explications » du socle européen des droits sociaux par la Commission », *Revue trimestrielle de droit européen* 2018, p. 45 : « *Un nivellement s'opère, mettant sur le même plan la norme contraignante et la norme ou prénorme douces. En résulte une forme de dévalorisation de la règle contraignante corrélative à une valorisation des actions douces, particulièrement celles qui émanent de la Commission. L'accent est clairement placé sur le soft law* ».

⁴⁴⁴ N. MARTIAL-BRAS, J.F. RIFFARD, M. BEHAR-TOUCHAIS (dir.), *Les mutations de la norme, le renouvellement des sources du droit*, op. cit.

⁴⁴⁵ *ibid.*

⁴⁴⁶ *ibid.*

1164. L’auteur opère une seconde distinction, en opposant le nivellement par le haut et le nivellement par le bas⁴⁴⁷. Le nivellement par le haut consiste, selon l’auteur, à « *niveler par rapport à un objectif donné, en forgeant d’un commun accord les outils pour y parvenir* » tandis que le nivellement par le bas entend niveler « *par rapport à l’existant, en dégagant un socle commun préexistant*⁴⁴⁸ ». À notre sens, le phénomène normatif étudié peut être considéré comme du « nivellement par le haut » dans la mesure où la « santé dans toutes les politiques » comporte un objectif donné, bien que les outils pour y parvenir restent non contraignants et soient simplement suggérés par l’OMS et les États membres. En effet, les États membres se sont engagés en 2010, lors d’une réunion internationale tenue en Australie, à se doter de comités interministériels pour la santé, à réaliser des études d’impact sur la santé, etc.⁴⁴⁹. Nous avons vu que la France s’est dotée d’un Comité interministériel pour la santé en 2014. Auparavant, elle avait déjà créé, dès 2003, une Mission interministérielle de lutte contre le cancer, saluée par les observateurs étrangers du secteur de la santé publique⁴⁵⁰.

1165. Le nivellement par le haut est difficile sur le plan politique mais représente une démarche réaliste, visant à élaborer « *un nouveau droit privé mondial [...] supposé satisfaire de la meilleure manière les besoins des destinataires de la norme, en quelque lieu qu’ils se trouvent*⁴⁵¹ ». Là s’arrête notre comparaison avec la « santé dans toutes les politiques » puisque nous ne nous situons pas dans un contexte de droit privé mondial.

1166. Par ailleurs, peuvent être distinguées « *l’unification stricto sensu par établissement d’un véritable droit privé unifié imposé* » et « *l’harmonisation par simple incitation*⁴⁵² ». Le phénomène normatif étudié s’inscrit, selon nous, dans la seconde catégorie, constituée notamment des actions des organisations internationales qui produisent des guides législatifs suggérant un rapprochement autour de principes et d’objectifs communs, tout en laissant une marge de

⁴⁴⁷ L’auteur précise qu’il convient d’entendre « *nivellement par haut et par le bas* » dans un sens plutôt méthodologique et non qualitatif.

⁴⁴⁸ *ibid.*

⁴⁴⁹ Réunion internationale sur l’intégration de la santé dans toutes les politiques, OMS, Déclaration d’Adélaïde sur l’intégration de la santé dans toutes les politiques, Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, Adélaïde, Australie, 2010.

⁴⁵⁰ Voir Chapitre 2 (Partie 2).

⁴⁵¹ N. MARTIAL-BRAS, J.F. RIFFARD, M. BEHAR-TOUCHAIS (dir.), *Les mutations de la norme, le renouvellement des sources du droit*, op. cit.

⁴⁵² *ibid.*

manœuvre aux législateurs des États pour la mise en œuvre⁴⁵³. Il semble que l'on puisse y inclure les nombreux documents de travail produits par l'OMS sur notre sujet et évoqués en première partie de cette thèse.

1167. En second lieu, en ce qui concerne le nivellement subi – par opposition au nivellement concerté qui vient d'être détaillé – ce nivellement « *spontané* », qui survient « *par voie indirecte* », ne découle pas d'une « *volonté consciente d'unifier les règles juridiques*⁴⁵⁴ ». Il s'explique par le fait que « *la mondialisation exerce incontestablement une pression non seulement sur les opérateurs, notamment dans la sphère économique, mais aussi sur le législateur*⁴⁵⁵ ». Ainsi, on peut imaginer que la santé soit progressivement envisagée à travers une approche davantage intégrée, transversale, sans que l'origine de cette évolution ne soit systématiquement connue. Cela peut d'ailleurs expliquer pourquoi la « santé dans toutes les politiques » se développe en France de façon sporadique plutôt que de façon systématique par le biais d'une loi : en l'absence de règle consacrant une approche intégrée de la santé, cette dernière intègre aléatoirement le droit français par un lent processus de nivellement. Cela peut d'ailleurs s'expliquer par l'une des limites du nivellement par le haut, à savoir le fait que « *cette technique ne peut se concevoir que dans les matières politiquement et socialement neutres*⁴⁵⁶ », notamment dans les matières « des affaires » (commerce, communications, droit des obligations) mais sans doute plus difficilement en matière de santé.

1168. Au regard de notre tentative de souligner les caractéristiques de notre objet d'étude qui le rapprochent des phénomènes étudiés dans cette section, les propos du Professeur Bories nous semblent essentiels : « *Une forte parenté est alors à relever entre les sources du droit global et le droit international non écrit, celles-ci nécessitant d'être mises en évidence par un observateur ou un juge. Avec la coutume, tout d'abord elles partagent un caractère résolument évolutif et la lenteur de leur construction. La globalisation constitue un processus qui ne parvient pas toujours à son terme et n'aboutit pas nécessairement à la naissance d'une règle pleinement globale. Avec les principes généraux de droit et les principes généraux*

⁴⁵³ Les guides législatifs de la CNUDCI sur l'insolvabilité, les opérations garanties, etc. en sont un exemple donné par le Professeur RIFFARD (N. MARTIAL-BRAS, J.F. RIFFARD, M. BEHAR-TOUCHAIS (dir.), *Les mutations de la norme, le renouvellement des sources du droit*, op. cit.)

⁴⁵⁴ N. MARTIAL-BRAS, J.F. RIFFARD, M. BEHAR-TOUCHAIS (dir.), *Les mutations de la norme, le renouvellement des sources du droit*, op. cit.

⁴⁵⁵ *ibid.*

⁴⁵⁶ *ibid.*

*du droit ensuite, elles partagent un caractère de généralité qui leur est consubstantiel*⁴⁵⁷ ». La « santé dans toutes les politiques » introduit de façon assez inefficace une forme de régulation juridique dans le système français. Elle peut aussi être appréhendée comme une forme de globalisation juridique de la gouvernance nationale ou encore comme du nivellement juridique à l'effet très discret.

⁴⁵⁷ C. BORIES, « Droit global, globalisation du droit, droit administratif... De la nécessité de définir un objet d'étude », *op. cit.*

Conclusion du Chapitre 4

1169. On ignore pour l'heure ce qu'il adviendra de la « santé dans toutes les politiques » à la française. Rien n'indique qu'elle devienne une règle obligatoire. Elle ne suivra donc peut-être pas le parcours qu'a eu le principe de précaution, ni l'évolution de l'intégration des questions environnementales, ni celle de l'égalité des sexes⁴⁵⁸. Il semble néanmoins nécessaire qu'une simplification terminologique soit proposée, au profit de l'expression « approche intégrée de la santé » en lieu et place de la « santé dans toutes les politiques ».
1170. Ces développements nous permettent tout de même de donner quelques éléments de « *physiologie juridique*⁴⁵⁹ ». Le phénomène normatif étudié a un critère matériel clairement défini : la place de la santé dans d'autres politiques publiques. Évoquer un critère organique est plus complexe : l'État est le premier concerné ; l'implication de l'individu et de personnes morales de droit privé – notamment les employeurs – est indirecte mais paraît inévitable. Appréhender la santé à travers d'autres secteurs de politiques publiques entraîne l'implication des acteurs de ces secteurs.
1171. Par ailleurs, le flux normatif qui a été étudié tout au long de cette thèse est le résultat d'un phénomène normatif moins saillant et que l'on a tenté de préciser dans ce chapitre. La « santé dans toutes les politiques » reste une approche de santé publique ; nous avons étudié ici la façon dont elle entre dans le champ juridique – par une approche intégrée et par un processus de régulation.

⁴⁵⁸ Peut-être qu'à l'avenir se produira une évolution allant dans le sens des propos de Monsieur NICOLAS selon lequel « *si les normes naissent d'un contexte social et économique, elles sont aussi le fruit d'une confluence de propositions qui se soutiennent et qui émanent le plus souvent d'une pluralité de sources en circulation. Ce serait un flux normatif suffisamment fort, continu et convergent [...] qui crée les normes et les principes juridiques* ». On pourrait alors parler de flux normateur. (E. NICOLAS, in C. THIBIERGE et al., *La densification normative, Découverte d'un processus*, Mare & Martin, 2014, 1204 p.)

⁴⁵⁹ Nous empruntons l'expression du Professeur TERRÉ tirée de sa conclusion de l'ouvrage N. MARTIAL-BRAS, J.F. RIFFARD, M. BEHAR-TOUCHAIS (dir.), *Les mutations de la norme, le renouvellement des sources du droit*, op. cit.

Conclusion du Titre 2

1172. En décrivant la lente progression, en droit français de la santé, des caractéristiques de la « santé dans toutes les politiques », nous avons sans surprise pris de la distance vis-à-vis de la définition de celle-ci donnée par la Déclaration d'Helsinki. Il paraissait nécessaire de s'éloigner de cette définition de nature politique, et qui a l'inconvénient d'être utopique, pour se rapprocher d'une définition juridique et également plus efficace. Nous ne parlons donc pas d'une intégration systématique de la santé dans toutes les politiques – nous avons d'ailleurs préféré, pour le cas français, parler plus sobrement d'intégration dans *d'autres* politiques. S'il n'y a pas de systématique, il y a en revanche un ensemble de contraintes plus ou moins fortes – se traduisant par le fourmillement de normes dures et souples que nous avons rencontrées – liées à la prise en compte de la santé dans certains secteurs, à commencer par l'alimentation et l'environnement.

Conclusion de la Partie 2

1173. En l'absence de règle de droit sur la « santé dans toutes les politiques » en France, nous concluons que, par un mécanisme d'intégration et un processus de régulation méta-institutionnelle, venus du droit international et de l'Union européenne, un phénomène de transversalisation de la question sanitaire pénètre et croît en droit français, provoquant ainsi un flux normatif qui va dans le sens d'une intégration de la santé dans les autres politiques.
1174. Après les développements de cette seconde partie, le premier constat est celui d'un échec : l'approche « santé dans toutes les politiques » échoue à intégrer le droit français. Tant l'approche intégrée de la santé que les formes de régulation juridique identifiées sont inefficaces, sous-exploitées et méconnues en France.
1175. Le second constat est celui d'une nécessité : celle de la reconnaissance de l'approche intégrée de la santé, pour appréhender la santé dans toutes ses dimensions – soins, prévention, promotion – en particulier au XXI^{ème} siècle, où la mondialisation poursuit son chemin et où les crises et enjeux sanitaires n'ont pas de frontières.
1176. Néanmoins, la conjonction de normes juridiques de différentes natures, issues du droit dur et du droit souple, qui s'accumulent aujourd'hui en France en matière de santé au sens large, épaississent le flux normatif d'intégration de la santé dans les autres politiques françaises et annoncent peut-être des développements futurs.

Conclusion générale

1177. La « santé dans toutes les politiques » est présente dans plusieurs systèmes juridiques : en droit mondial de la santé, en droit de l'UE et en droit français notamment. Nous avons tenté de mettre en lumière le passage de cette approche du champ de la santé publique à ceux de la politique puis du droit. On s'est ici fortement intéressé au point de basculement, c'est-à-dire au moment où la source d'inspiration du législateur prend forme et entre dans la sphère juridique. Le législateur européen et le législateur français ont, chacun à leur façon, intégré des éléments de l'approche « santé dans toutes les politiques ».
1178. Le droit de l'UE s'est doté d'une règle de droit affirmant l'obligation pour ses institutions de prendre en compte un niveau élevé de protection de la santé dans toutes leurs politiques et actions. En réalité, le droit dérivé et la jurisprudence de l'UE ont tendance à recourir à ce fondement juridique dans un but symbolique : l'article 168 § 1 TFUE est souvent mentionné dans les visas des actes mais il fait plus rarement l'objet d'un développement spécifique. Cette disposition du traité conserve ainsi une effectivité ambiguë. D'une part, les efforts d'intégration des enjeux sanitaires dans les autres secteurs de l'UE existaient déjà avant l'adoption du principe dans les traités, d'autre part, l'intégration de la santé dans les autres politiques et actions de l'UE se fait parfois sans même que l'article 168 § 1 TFUE soit invoqué. Enfin, l'article 168 § 1 TFUE contient une obligation à l'égard des institutions européennes et non des États membres, ce qui peut expliquer qu'il soit peu souvent invoqué en tant que tel par des particuliers devant les juridictions de l'UE.
1179. En France, l'absence de règle de droit dédiée à une intégration systématique de la santé dans d'autres politiques n'a pas empêché un flux normatif de se former en faveur d'une telle démarche. Cela est d'autant plus évident que le droit français de la santé comporte depuis longtemps une dimension intersectorielle, en entretenant des liens étroits avec les questions environnementales et de consommation. La réception de la « santé dans toutes les politiques » par l'État français est progressive. Le droit interne absorbe les influences étrangères et les adapte en fonction du contexte national du moment. L'État français n'est pas tout à fait un récepteur actif de la « santé dans toutes les politiques » puisqu'il ne lui consacre aucune règle de droit - il y a donc des secteurs où intégrer les enjeux de santé peut encore de nos jours paraître saugrenu ou superflu - ; cependant, il ne subit pas pour autant

la pression des politiques au niveau international de façon passive puisqu'il se réserve une indéniable marge d'appréciation de l'approche « santé dans toutes les politiques ».

1180. Il convient en effet de s'écarter de la définition officielle de notre objet d'étude donnée par les États membres de l'OMS en 2013. Il est impossible de parler de systématicité au sujet d'une telle approche en France, précisément en raison de l'absence de disposition de droit dur à cet égard. Il nous semble plus judicieux d'appréhender, du moins à court et moyen terme, l'intégration de la santé dans *d'autres* politiques en France et surtout d'avoir plutôt recours à l'expression d'« approche intégrée de la santé ». Ce type d'approche est déjà mis en œuvre en droit pour d'autres problématiques et fait l'objet d'un intérêt croissant auprès des pouvoirs publics.
1181. À l'avenir, pour que l'intégration de la santé dans d'autres politiques devienne réellement significative en France, il serait nécessaire d'une part de renforcer la visibilité et les fonctions du Comité interministériel pour la santé ; d'autre part, de rendre obligatoire une réelle prise en compte des enjeux sanitaires au moment de la préparation des lois, ce qui impliquerait une application plus fidèle de la procédure des études d'impact prévue par la loi organique du 15 avril 2009, dont l'article 8 mentionne que l'étude d'impact doit comprendre, et ceci « *avec précision*⁴⁶⁰ », « *l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales* » - la santé pouvant entrer dans les deux dernières catégories.
1182. La « santé dans toutes les politiques » agit donc - bien que dans une faible mesure - en France comme un outil de transformation du droit. Outre sa fonction d'intégration transversale des enjeux de santé (l'approche intégrée), elle a aussi un effet de régulation, c'est-à-dire qu'elle participe à l'intégration des questions de santé dans d'autres champs soit indirectement au moyen de normes qui poursuivent des objectifs politiques précis, soit directement à travers des normes souples adressées à l'État lui-même et à d'autres acteurs tels que l'employeur ou l'industriel. Ce phénomène s'inscrit ainsi en cohérence avec l'évolution plus générale du droit de notre époque.

⁴⁶⁰ Loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, Article 8.

Bibliographie

I. Ouvrages juridiques

- ALEDO Louis-Antoine, *Le droit international public*, 3^{ème} édition, Dalloz, 2014, 180 p.
- AUBY Jean-Bernard, *La globalisation, le droit et l'État*, 3^{ème} édition, LGDJ, 2020, 242 p.
- AUZERO Gilles, BAUGARD Dirk, DOCKÈS Emmanuel, *Droit du travail*, 34^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2020, 1915 p.
- BARTHEZ Anne-Sophie et al., *Le droit souple*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2009, 179 p.
- BELANGER Michel, *Introduction à un droit mondial de la santé*, Éditions des archives contemporaines, Manuels, 2009, 170 p.
- BELANGER Michel (dir.), *La mondialisation du droit de la santé*, Les études hospitalières, 2011, 174 p.
- BELANGER Michel, *Droit européen général de la santé, Bilan d'un droit moderne*, Les études hospitalières, Les cahiers du CERDES, 2013, 308 p.
- BERGOIGNAN-ESPER Claudine, SARGOS Pierre, *Les grands arrêts du droit de la santé*, 3^{ème} édition, Dalloz, Grands arrêts, 2010, 603 p.
- BIOY Xavier, LAUDE, Anne, TABUTEAU, Didier, *Droit de la santé*, 4^{ème} édition, Presses universitaires de France, Thémis, 2020, 689 p.
- BRACH-THIEL Delphine, FOURMENT François (dir.), *Questions de droit pénal international, européen et comparé, Mélanges en l'honneur du Professeur Alain Fournier*, Presses Universitaires de Nancy, 2014, 434 p.
- BROSSET Estelle (dir.), *Droit européen et protection de la santé, Bilan et perspectives*, Bruylant, Travaux de droit international, 2015, 450 p.
- CALAIS-AULOY Jean, TEMPLE Henri, DEPINCE Malo, *Droit de la consommation*, 10^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2020, 778 p.
- CARBONNIER Jean, *Droit civil. Les obligations*, Tome 4, 21^{ème} édition, Presses universitaires de France, Thémis, 1998, 625 p.
- CHAGNY Muriel (dir.), *Le Lamy droit économique*, Wolters Kluwer, 2019, 2400 p.
- CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, LOCHAK Danièle (dir.), *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Presses universitaires de Paris Ouest, 2008, 270 p.
- CHEROT Jean-Yves, FRYDMAN Benoit (dir.), *La science du droit dans la globalisation*, Bruylant, Penser le droit, 2012, 320 p.

- CHEVALLIER Jacques, *Science administrative*, 2^{ème} édition, Presses universitaires de France, Themis, 1994, 636 p.
- CLAPIÉ Michel, *Manuel d'institutions européennes*, 3^{ème} édition, Flammarion, Champs Université, 2010, 444 p.
- CLERGERIE Jean-Louis, GRUBER Annie, RAMBAUD Patrick, *L'Union européenne*, 11^{ème} édition, Dalloz, 2016, 950 p.
- [COLLECTIF], *Le Code civil, 1804-2004, Livre du bicentenaire*, Dalloz-Litec, 2004, 718 p.
- DE BECHILLON Denys, CAILLOSSE Jacques, RENARD Didier, *L'analyse des politiques publiques aux prises avec le droit*, LGDJ, Droit et société, 1970, 304 p.
- DE BECHILLON Denys, *Qu'est-ce qu'une règle de droit ?* Odile Jacob, 1997, 291 p.
- DE BECHILLON Denys, BRUNET Pierre, CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, MILLARD Eric, (dir.), *L'architecture du droit, Mélanges en l'honneur de Michel Troper*, Economica, 2006, 1028 p.
- DE FORGES Jean-Michel, *Le droit de la santé*, 8^{ème} édition, Presses universitaires de France, Que sais-je ? 2012, 128 p.
- DE GROVE-VALDEYRON Nathalie, *Droit européen de la santé*, 2^{ème} édition, LGDJ, Systèmes Cours, 2018, 192 p.
- DECAUX Emmanuel, DE FROUVILLE Olivier, *Droit international public*, 12^{ème} édition, Dalloz, HyperCours, 2020, 684 p.
- DEGOFFE Michel, *Droit administratif*, 4^{ème} édition, Ellipses, Cours magistral, 2020, 528 p.
- DELMAS-MARTY Mireille, *Pour un droit commun*, Éditions du Seuil, 1994, 305 p.
- DELMAS-MARTY Mireille, *Critique de l'intégration normative, L'apport du droit comparé à l'harmonisation des droits*, Presses Universitaires de France, Les voies du droit, 2004, 336 p.
- DERO-BUGNY Delphine, CARTIER-BRESSON Anémone (dir.), *Les réformes de la cour de justice de l'Union européenne : bilan et perspectives*, Bruylant, 2020, Droit de l'Union européenne, 177 p.
- DELVOLVÉ Pierre, *Le droit administratif*, 7^{ème} édition, Dalloz, Connaissance du droit, 2018, 160 p.
- DONDERO Bruno, *Droit 2.0, Apprendre et pratiquer le droit au XXI^{ème} siècle*, LGDJ, Forum, 2015, 512 p.
- DUPAYS Alain (dir.), *Le Lamy social*, Wolters Kluwer, 2021, 2600 p.
- DUPUY Pierre-Marie, KERBRAT Yann, *Droit international public*, 14^{ème} édition, Dalloz, 2018, 956 p.

DWORKIN Ronald, *Law's Empire*, Hart Publishing, Oxford, 1998, 488 p.

FAVOREU Louis *et al.*, *Droit des libertés fondamentales*, 8^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2021, 978 p.

FRIER Pierre-Laurent, PETIT Jacques, *Précis de droit administratif*, 15^{ème} édition, LGDJ, Précis Domat, Public, 2021, 814 p.

GILBERT François (dir.), *Le Lamy responsabilité administrative*, Wolters Kluwer, 2020.

HAURIOU Maurice, *Principes de droit public*, Réimpression de l'édition de 1910, Dalloz, 2010, 760 p.

HAUTEREAU-BOUTONNET Mathilde, TRUILHÉ Ève (dir.), *Le procès environnemental*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2021, 207 p.

JESTAZ Philippe, *Les sources du droit*, Dalloz, 2^{ème} édition, Connaissance du droit, 2015, 198 p.

KELSEN Hans, *Théorie générale des normes*, Presses universitaires de France, Léviathan, 1996, 616 p.

KELSEN Hans, *Théorie pure du droit*, LGDJ, La pensée juridique, 1999, 376 p.

LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand, TABUTEAU Didier, *Droit de la santé*, 3^{ème} édition, Presses universitaires de France, Thémis, 2012, 728 p.

LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (dir.), *La loi santé, Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Presses de l'EHESP, Références Santé Social, 2016, 480 p.

LOCHAK Danièle, *Le droit et les paradoxes de l'universalité*, Presses Universitaires de France, Les voies du droit, 2010, 256 p.

LONG Marceau *et al.*, *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, 22^{ème} édition, Dalloz, 2019, 1047 p.

LOQUIN Éric, KESSEDJAN Catherine, *La mondialisation du droit*, Litec, 2000, 610 p.

MARTIAL-BRAS Nathalie, RIFFARD Jean-François, BEHAR-TOUCHAIS Martine (dir.), *Les mutations de la norme, le renouvellement des sources du droit*, Economica, Études juridiques, 2011, 310 p.

MARTIN-PAPINEAU Nathalie (dir.), *La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, Enjeux, réalisations, perspectives*, LGDJ, Université de Poitiers, Collection de la faculté de droit et des sciences sociales, 2006, 184 p.

MILLARD Éric, *Théorie générale du droit*, Dalloz, 2006, 124 p.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, *Droit hospitalier*, 6^{ème} édition, LGDJ, 2021, 606 p.

MORAND Charles-Albert (dir.), *L'État propulsif*, Publisud, 1991, 253 p.

- MORAND Charles-Albert, *Le droit néo-moderne des politiques publiques*, LGDJ, Revue Droit et Société, 2000, 224 p.
- NICOLAS Emeric, *Penser les flux normatifs : essai sur le droit fluide*, Mare & Martin, Libre droit, 2018, 364 p.
- OST François, *A quoi sert le droit ?* Bruylant, Penser le droit, 2016, 578 p.
- PERELMAN Chaïm, VANDER ELST Raymond, *Les notions à contenu variable en droit*, Bruylant, 1984, 377 p.
- PRIEUR Michel (dir.), *Droit de l'environnement*, 8^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2019, 1394 p.
- RIVERO Jean, *Droit administratif*, Dalloz, Précis Dalloz Droit public, 2011, 562 p.
- ROUVILLOIS Frédéric, *Droit constitutionnel, fondements et pratiques*, Tome 1, 6^{ème} édition, Flammarion, 2017, 384 p.
- ROUVILLOIS Frédéric, *Libertés fondamentales*, 3^{ème} édition, Flammarion, Champs Université, 2019, 476 p.
- TERRE François, MOLFESSIS Nicolas, *Introduction générale au droit*, 12^{ème} édition, Dalloz, Précis, 2020, 720 p.
- THIBIERGE Catherine (dir.), *La force normative, naissance d'un concept*, LGDJ, Bruylant, 2009, 883 p.
- THIBIERGE Catherine et al., *La densification normative, Découverte d'un processus*, Mare & Martin, 2014, 1204 p.
- TIMSIT Gérard, *Archipel de la norme*, Presses Universitaires de France, Les voies du droit, 1998, 264 p.
- TORRE-SCHAUB Marthe (dir.), *Le bien-être et le droit*, Publications de la Sorbonne, 2016, 152 p.
- TRUCHET Didier, *Droit de la santé publique*, 7^{ème} édition, Dalloz, Mementos, 2009, 270 p.
- VEDEL Georges, *Manuel élémentaire de droit constitutionnel*, Réédition présentée par Guy Carcassonne et Olivier Duhamel, Dalloz, 2002, 616 p.

II. Dictionnaires

- ALCAUD David, BOUVET Laurent, *et al.*, *Dictionnaire de sciences politiques*, 2^{ème} édition, Sirey, Dictionnaires Sirey, 2020, 520 p.
- ARNAUD André-Jacques, *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, 2^{ème} édition, LGDJ, 2018, 804 p.
- CABRILLAC Rémy, *Dictionnaire du vocabulaire juridique*, 6^{ème} édition, Lexis Nexis, 2014, 536 p.
- Centre national de ressources textuelles et lexicales, <https://www.cnrtl.fr>.
- CHAGNOLLAUD DE SABOURET Dominique, *Dictionnaire élémentaire du droit*, 2^{ème} édition, Dalloz, 2016, 750 p.
- CHAGNOLLAUD Dominique, DRAGO Guillaume (dir.), *Dictionnaire des droits fondamentaux*, Dalloz, 2007, 750 p.
- CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 10^{ème} édition, Presses universitaires de France, Dictionnaires Quadriga, 2014, 1100 p.
- DE VILLIERS Michel, LE DIVELLEC Armel, *Dictionnaire du droit constitutionnel*, 9^{ème} édition, Dalloz-Sirey, 2013, 408 p.
- Dictionnaire Larousse*, Larousse, 2018, 1088 p.
- GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry (dir.), *Lexique des termes juridiques 2020-2021*, 28^{ème} édition, Dalloz, 2020, 1150 p.
- GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry (dir.), *Lexique des termes juridiques*, 27^{ème} édition, Dalloz, 2019, 1126 p.
- HENRY Emmanuel *et al.*, *Dictionnaire critique de l'expertise. Santé, travail, environnement*, Presses de Sciences Po, 2015, 376 p.
- KADA Nicolas, MATHIEU Martial (dir.), *Dictionnaire d'administration publique*, Presses universitaires de Grenoble, 2014, 576 p.
- LALANDE André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Presses universitaires de France, Dictionnaires Quadriga, 2010, 1376 p.
- NAY Olivier, *Lexique de science politique*, 4^{ème} édition, Dalloz, 2017, 662 p.
- PUIGELIER Catherine (dir.), *Dictionnaire juridique*, 3^{ème} édition, Bruylant, Paradigme, 2020, 1266 p.
- SALMON Jean, *Dictionnaire de droit international public*, 2001, Bruylant, 1200 p.

III. Autres ouvrages

- ALEMANNO Alberto, SIBONY Anne-Lise (dir.), *Nudge and the Law: A European Perspective*, Hart Publishing, Modern Studies in European Law, 2015, 400 p.
- AUSTIN John Langshaw, *Quand dire, c'est faire*, Points, 1991, 202 p.
- BERGERON Henri *et al.*, *Le biais comportementaliste*, Presses de Sciences Po, Essai, 2018, 128 p.
- BORRAZ Olivier, GUIRAUDON Virginie (dir.) *Politiques publiques 2. Changer la société*, Presses de Sciences Po, 2010, 316 p.
- BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques (XVIII^{ème}-XX^{ème} siècles)*, Belin, 2001, 540 p.
- BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles, TABUTEAU Didier, *Traité de santé publique*, Lavoisier, Traités, 2016, 728 p.
- CARBONNIER Jean, *Sociologie juridique*, 3^{ème} édition, Presses Universitaires de France, Quadrige, 2016, 416 p.
- CAZABAN Michel *et al.*, *Santé publique*, 4^{ème} édition, Masson, 2001, 256 p.
- COMMAILLE Jacques, DUMOULIN Laurence, ROBERT Cécile (dir.), *La juridicisation du politique. Leçons scientifiques*, LGDJ, 2000, 232 p.
- CORON Gaël (dir.), *L'Europe de la santé, Enjeux et pratiques des politiques publiques*, Presses de l'EHESP, 2018, 176 p.
- DUPAQUIER Jacques *et al.*, *Histoire de la population française. De 1789 à 1914*, Presses Universitaires de France, 1988, 626 p.
- ENGELS Friedrich, *La situation de la classe ouvrière en Angleterre*, Science Marxiste Éditions, 2011, 464 p.
- EWALD François, GOLLIER Christian, DE SADELEER Nicolas, *Le principe de précaution*, Presses universitaires de France, Que sais-je ? 2008, 128 p.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et philosophie*, Presses Universitaires de France, Éthique et philosophie morale, 2010, 288 p.
- FASSIN Didier, *Faire de la santé publique*, Presses de l'EHESP, 2008, 80 p.
- FRYDMAN Benoît, HAARSCHER Guy, *Philosophie du droit*, 3^{ème} édition, Dalloz, Connaissance du droit, 2010, 144 p.
- GAUDILLIERE Jean-Paul, *La médecine et les sciences. XIX^{ème}-XX^{ème} siècles*, La Découverte, Repères, 2008, 121 p.
- GOLTZBERG Stefan, *L'argumentation juridique*, 4^{ème} édition, Dalloz, Connaissance du droit, 2019, 140 p.

- GRANJON Marie-Christine (dir.), *Penser avec Michel Foucault, Théorie critique et pratiques politiques*, Karthala, Recherches internationales, 2005, 352 p.
- GUILLAUME Pierre, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles*, Comité d'histoire et Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996, 319 p.
- HAROUËL-BURELOUP Véronique, *Histoire du droit international de la santé*, Les Études hospitalières, 2014, 152 p.
- HIPPOCRATE, *Airs, eaux, lieux (Traité)*, *Les belles lettres*, Tome 2, Collection des universités de France Série grecque - Collection Budé, 2003, 452 p.
- JORLAND Gérard, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^{ème} siècle*, Gallimard, 2010, 368 p.
- JOURDAN Didier, *La santé publique au service du bien commun ? Politiques et pratiques de prévention à l'épreuve du discernement éthique*, Éditions de santé, 2012, 359 p.
- LE GOFF Joan, ONNEE Stéphane (dir.), *Puissance de la norme, Défis juridiques et managériaux des systèmes normatifs contemporains*, EMS Éditions, Gestion en liberté, 2017, 216 p.
- LECLERC Annette et al., *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, Recherches, 2000, 448 p.
- LEGENDRE Pierre, *Trésor historique de l'État en France, L'administration classique*, Fayard, 1992, 638 p.
- LORIOU Marc, *L'impossible politique de santé publique en France*, Érès, Action santé, 2002, 168 p.
- MITTELMARK Maurice et al., *International Encyclopedia of Public Health*, 2nd edition, Academic Press, 2016, 4470 p.
- MORELLE Aquilino, TABUTEAU Didier, *La santé publique*, Presses Universitaires de France, Que sais-je ? 2017, 128 p.
- PICARD Jean-François, MOUCHET Suzy, *La métamorphose de la médecine*, Presses universitaires de France, Science Histoire & Société, 2009, 243 p.
- PORTALIS, Jean-Marie-Etienne, *Discours, rapports et travaux inédits sur le Code civil*, 1844, 203 p.
- RADICA Gabrielle, *La loi*, Flammarion, Corpus, 2000, 256 p.
- SFEZ Lucien, *La santé parfaite, critique d'une nouvelle utopie*, Seuil, L'histoire immédiate, 1995, 399 p.
- SKRABANEK Petr, *La Fin de la médecine à visage humain*, Odile Jacob, 1995, 240 p.

Réseau francophone international pour la promotion de la santé, *25 ans d'histoire : les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*, Recueil de textes, Collection partage, 2012, 97 p.

THALER Richard, SUNSTEIN Cass, *Nudge – La méthode douce pour inspirer la bonne décision*, Pocket, 2012, 480 p.

TROPER Michel, *La philosophie du droit*, Presses universitaires de France, 2003, 126 p.

TULARD Jean (dir.), *Napoléon et 40 millions de sujets. La centralisation et le premier empire*, Tallandier, 2014, 416 p.

IV. Thèses

BARRAUD Boris, *Le renouvellement des sources du droit - Illustrations en droit de la communication par internet*, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, Inter-normes, 2016, 586 p.

BAUMANN Paul, *Le droit à un environnement sain et la Convention européenne des droits de l'homme*, LGDJ, Thèses, 2021, 642 p.

BENTIROU MATHLOUTHI Rahma, *Le droit à un environnement sain en droit européen, Dynamique normative et mise en œuvre jurisprudentielle*, L'Harmattan, Logiques juridiques, 2021, 534 p.

BERNARD Elsa, *La spécificité du standard juridique en droit communautaire*, Bruylant, Thèses, Collection droit de l'Union européenne, 2010, 643 p.

CASSAN Maryse, *L'Europe communautaire de la santé*, Economica, 1989, 292 p.

COMBRADE Bertrand-Léo, *L'obligation d'étude d'impact des projets de loi*, Dalloz, Nouvelle Bibliothèque de Thèses, 2017, 520 p.

GLAZEWSKI Anna, *Les « obligations structurelles » de l'État au regard du droit international des droits de l'homme : recherche sur une nouvelle catégorie juridique*, Thèse, Université Paris II, 2018.

GUICHARD-FRIOT Valérie, *La place de la sécurité sanitaire dans le biodroit, Les études hospitalières*, Collection Thèses numériques de la BNDS, 2007, 530 p.

JEANNEAU Benoît, *Les principes généraux du droit dans la jurisprudence administrative*, Recueil Sirey, 1954, 287 p.

KASTLER Florian, *Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé*, Thèse, Université Paris Descartes, 2016.

- MAUREL Raphaël, Les sources du droit administratif global, LexisNexis, Travaux du Centre de recherche sur le droit des marchés et des investissements internationaux, 2021, 750 p.
- RENARD Stéphanie, L'ordre public sanitaire, Étude de droit public interne, Thèse, Université de Rennes I, 2008.
- RIALS Stéphane, Le juge administratif français et la technique du standard, LGDJ, Thèses, 1980, 564 p.
- WARIN Catherine, Individual Rights under European Union Law, A study on the relation between rights, obligations and interests in the case law of the Court of Justice, Nomos, 2019, 584 p.

V. Articles

1. Articles, notes et chroniques en français

a) Revues juridiques

- ALVES Carlos Manuel, « Aliments génétiquement modifiés et mesures d'urgence : quand Prométhée fait fi de toute précaution », *Journal d'Actualité des Droits Européens* 2017, n° 8.
- AMSELEK Paul, « L'évolution générale de la technique juridique dans les sociétés occidentales », *Revue du droit public* 1982, p. 287.
- ASCENSIO Hervé, « Principes généraux du droit », *Répertoire de droit international* 2004 (Février).
- AUBY Jean-Marie, « La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé », *L'actualité juridique droit administratif* 1995, p. 588.
- BELANGER Michel, « Réflexions sur la réalité du droit international de la santé », *Revue Québécoise de droit international* 1985, Vol. 2, p. 19-62.
- BELANGER Michel, « Un droit mondial de la santé », *Archives contemporaines*, Agence universitaire de la francophonie, 2009.
- BERLIN Dominique, « Principe de précaution et aliments génétiquement modifiés : une relation inversée », *La semaine juridique Edition générale* 2017, n° 40.
- BERNHEIM Emmanuelle, COMMAILLE Jacques, « Quand la justice fait système avec la remise en question de l'état social, Présentation du dossier », *Droit et société* 2012, Vol. 2, n° 81, p. 281-298.
- BERNHEIM-DESVAUX Sabine, « Santé des consommateurs : Rejet des trois procédures intentées par les géants de la distribution et de la fabrication de cigarettes », *Revue mensuelle Lexisnexis Jurisclasseur* 2016.
- BERTRAND Brunessen, BOSSE-PLATIERE Isabelle, « La soft law en droit de l'Union européenne », *Revue de l'Union européenne* 2014, p. 72.
- BINCZAK Pascal, « Acte de gouvernement - Contrôle et critères », *Répertoire du contentieux administratif* 2006 (Avril).
- BIOY Xavier, « L'objectif de protection de la santé publique sort renforcé de l'examen constitutionnel de la « loi Touraine » », *L'actualité juridique droit administratif* 2016, n° 126.
- BIOY Xavier, « La santé dans la séparation des pouvoirs », *Revue de droit sanitaire et social* 2021, p. 43.

- BLANC Yann, « L'État survivra-t-il à la prolifération des normes ? », *Actualité juridique Collectivités Territoriales* 2014, p. 313.
- BLANQUET Marc, « Compétence et ambivalence de l'Union européenne en matière de santé publique », *Revue de l'Union européenne* 2019, n° 624.
- BLUMANN Claude, « L'affaire des hormones devant la Cour de justice des Communautés européennes », *Revue de droit rural* 1988, p. 505-513.
- BODEN Didier, FRANCO Stéphanie, « L'applicabilité du droit communautaire dérivé au regard des méthodes du droit international privé », *Revue critique de droit international privé* 2006, p. 264.
- BODIGUEL Luc, « Qualité environnementale et enjeux de la politique de l'alimentation », *Droit rural* 2019, n° 476.
- BOMBARDIER Julia, « Information du consommateur et conformité des produits dans le secteur alimentaire », *Droit rural* 2020, n° 480.
- BORIES Clémentine, « Droit global, globalisation du droit, droit administratif... De la nécessité de définir un objet d'étude », *Revue française de droit administratif* 2019, p. 815.
- BOYER Pierre, « Note sur la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », *Environnement* 2004, n° 11.
- BRIMO Sara, « À la recherche du 4^{ème} volet du Plan national nutrition santé », *Revue de droit sanitaire et social* 2017, p. 690.
- BRIMO Sara, DEFOORT Benjamin, « La police générale de la salubrité à l'épreuve de l'état d'urgence sanitaire : ou l'impossible disparition de la salubrité publique locale », *Revue de droit sanitaire et social* 2020, p. 848.
- BRIMO Sara, « Les potentialités du contentieux de la carence administrative en matière de santé et d'environnement », *Actualité juridique en droit administratif* 2021, p. 1256
- BROSSET Estelle, « Le juge de l'Union et le principe de précaution : état des lieux », *Revue trimestrielle de droit européen* 2015, p. 737
- BROSSET Estelle, « Le glyphosate devant la Cour : quels enseignements sur le droit d'accès aux documents et à la justice dans le domaine de l'environnement ? », *Revue trimestrielle de droit européen* 2019, p. 629.
- CADILHAC Marie-Cécile, « Chronique Action extérieure de l'Union européenne – Saga CETA : début d'application provisoire dans un contexte chaotique », *Revue trimestrielle de droit européen* 2018, p. 197.
- CARPENTIER Élise, « Le principe constitutionnel de précaution, les antennes-relais et le juge administratif », *Constitutions* 2010, p. 611.

- CAYLA Jean-Simon, « La protection de la santé publique dans l'Union européenne selon le Traité de Maastricht du 7 février 1992 », *Revue de droit sanitaire et social* 1992, p. 259.
- CHARBONNEAU Simon, « De l'inexistence des principes juridiques en droit de l'environnement », *Recueil Dalloz* 1995, p. 146.
- CHEVALLIER Jacques, « Science du droit et science du politique, de l'opposition à la complémentarité », *Droit et politique* 1993, p. 251-261.
- CHEVALLIER Jacques, « La régulation juridique en question », *Droit et société* 2001, Vol. 3, n° 49, p. 827-846.
- COMBET Mathieu, « Brexit, contrats et attractivité », *Actualité juridique Contrat* 2019, p. 104.
- COMBRADE Bertrand-Léo, « À qui profite l'étude d'impact ? », *Petites Affiches*, 24 janvier 2012, n° 17, p. 6.
- COMMAILLE Jacques, « Les vertus politiques du droit. Mythes et réalités », *Droit et société* 2010, Vol. 3, n° 76, p. 695-713.
- CONSTANTINESCO Vlad, « Chronique de jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes. Institutions et ordre juridique communautaire », *Journal du droit international* 1989, p. 392-395.
- CONSTANTINESCO Vlad, « Les clauses de « coopération renforcée » : le protocole sur l'application des principes de subsidiarité et de proportionnalité », *Revue trimestrielle de droit européen* 1997, Vol. 33, n° 4, p. 751-800.
- CONSTANTINESCO Vlad, MICHEL Valérie, « Compétences de l'Union européenne », *Répertoire de droit européen* 2011 (Juin).
- COUSSI Marie, HARADA Louis-Narito, « L'évaluation environnementale regagne du terrain, Note sous CE, 6^{ème} et 5^{ème} chambres réunies, 15 avril 2021, n° 425424, Associations France Nature Environnement et France Nature Environnement Allier », *Bulletin du Droit de l'Environnement Industriel*, 1^{er} juillet 2021, n° 94.
- COUSTET Thomas, « Pollution de l'air : la France condamnée avec sursis », *Dalloz Actualité*, 29 octobre 2019.
- DE MONTECLER Marie-Christine, « Essais nucléaires : le difficile renversement de la présomption de causalité, CE, 6 nov. 2020, req. n° 439003 », *Dalloz Actualité*, 13 novembre 2020.
- DE MONTECLER Marie-Christine, « Le maire est incompétent pour interdire l'utilisation des pesticides, CE 31 déc. 2020, Commune d'Arcueil, req. n° 439253 », *Dalloz Actualité*, 8 janvier 2021.

- DE GROVE-VALDEYRON Nathalie, « Reconnaissance progressive d'une compétence communautaire », Répertoire de droit européen 2008.
- DE SADELEER Nicolas, « Le principe de précaution dans le droit de l'Union européenne, Le juge européen et le principe de précaution », Revue française de droit administratif 2017, p. 1025.
- DECAUX Emmanuel, « Déclarations et conventions en droit international », Site internet du Conseil constitutionnel, <https://www.conseil-constitutionnel.fr/nouveaux-cahiers-du-conseil-constitutionnel/declarations-et-conventions-en-droit-international>, [consulté le 15/11/2019].
- DEGUERGUE Maryse, « L'obligation de mener une vie saine ? », Revue générale de droit médical 2003, n° 11.
- DEHAUSSY Jacques, ASCENSIO Hervé, « Actes unilatéraux et action normative des organisations internationales », Jurisclasseur, Droit international 2005, Fasc. 14, n° 11.
- DELLAUX Julien, « Contribution pour une (re)définition du concept de normativité en droit international, questionnements autour d'instruments de soft law : les décisions des conférences des parties », Revue Québécoise de droit international 2016, p. 135-157.
- DEROSIER Jean-Philippe, « L'impact toujours plus faible des études d'impact », Constitutions 2018, p. 379.
- DE GROVE-VALDEYRON Nathalie, « Santé publique », Répertoire de droit européen 2020 (Octobre).
- DE MONTALIVET Pierre, « Les objectifs de valeur constitutionnelle », Cahiers du Conseil constitutionnel 2006 (Juin), n° 20.
- DREYFUS Jean-David, « Les communes entre liberté d'expression et respect de l'image de la femme », Actualité juridique Collectivités Territoriales 2017, p. 413.
- DUPRAT Jean-Pierre, « La sécurité des produits et la protection de la santé publique », L'actualité juridique droit administratif 2006, p. 2046.
- ECONOMIDES Constantin, « Les actes institutionnels internationaux et les sources du droit international », Annuaire français de droit international 1988, Vol. 34, p. 131-145.
- EVIN Claude, « La portée de la définition OMS de la santé », Revue générale de droit médical 1999, n° 1, p. 117-128.
- FRANÇOIS Lyn, « Les droits nationaux de la liberté d'expression et le principe européen de proportionnalité », Légicom 2014, p. 101.
- FRISON-ROCHE Marie-Anne, « Le droit de la régulation », Recueil Dalloz 2001.

- GADBIN Daniel, « Principe de précaution et assouplissement des mesures à prendre en présence d'EST chez les ovins et caprins », *Revue de droit rural* 2014, n° 419, p. 54-56.
- GATÉ Juliette, « Recherches et études sur le genre et les inégalités en Europe, Commentaire de la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes n° 2014-873 du 4 août 2014 », *Recueil Dalloz* 2014, p. 1895.
- GATÉ Juliette, « Égalité femmes-hommes et collectivités - Les collectivités territoriales au service de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes », *Actualité juridique Collectivités Territoriales* 2015, p. 12.
- GROSSET Marie, « Sécurité alimentaire et politiques nutritionnelles : enjeux et perspectives », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie* 2017, n° 17.
- Groupe européen de droit international privé, « Protection des consommateurs. Rome, 15-17 septembre 2000 », *Revue critique de droit international privé* 2000, p. 929.
- GUINARD Dorian, « L'émergence d'un droit à un environnement sain et durable », *Revue de droit sanitaire et social* 2019, p. 149.
- HAMEL Gatien, « Évaluation environnementale systématique pour les documents d'urbanisme et les UTN », *Dalloz actualité*, 20 octobre 2021.
- JACQUEMOIRE Philippe, « Restauration collective : un an après la loi EGAlim, tri sélectif des obligations à la charge des collectivités », *Actualité juridique Collectivités Territoriales* 2020, p. 64.
- JANUEL Pierre, « Pas de pause pour les nouvelles normes », *Dalloz Actualité*, 30 avril 2019.
- JEAMMAUD Antoine, « Les règles juridiques et l'action », *Dalloz* 1993.
- JOUZEL Jean-Noël, « La dénonciation du problème des éthers de glycol en France. Les organisations syndicales face à l'après-crise de l'amiante », *Revue française des affaires sociales* 2008, n° 2-3.
- KARAGIANNIS Siméon, « Droit à la santé - Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme ? », *Journal du droit international « Clunet »* 2012, n° 4.
- KIMMEL-ALCOVER Anne, « École, L'école primaire et la santé des élèves : entre protection et éducation », *Dossier n° 20, Droit de la famille* 2011 (Décembre), n° 12.
- KRKAC Mickaël, « La difficile articulation des libertés économiques avec l'objectif constitutionnel de protection de la santé publique », *Revue droit et santé* 2017, n° 75.
- LAMI Arnaud, LOMBARD Frédéric, « L'articulation des polices sanitaires depuis la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 », *Actualité juridique Collectivités Territoriales* 2020, p. 291.

- LEFEBVRE-RANGEON Florence, « L'exigence de normativité de la loi, Quel bilan, dix ans après la décision Avenir de l'école ? », L'actualité juridique droit administratif 2015, p. 1028.
- LELEU Thibaut, « Victimes des essais nucléaires : dernier épisode autour de la présomption de causalité ? », Actualité juridique en droit administratif 2021, p. 578.
- LEQUESNE ROTH Caroline, « De l'Éthique et des Algorithmes : pour une juridicisation des enjeux », Recueil Dalloz 2020, p. 1833.
- LEROUGE Loïc, « Droit des risques psychosociaux au travail », Répertoire de droit du travail 2021 (Avril).
- LUBY Monique, « Publicité commerciale – Publicité commerciale et libre accès au marché », Répertoire de droit européen 2005.
- MACRON Alain, « Prescription des activités physiques adaptées : le Conseil d'État privilégie la primauté d'un encadrement médical sur l'intérêt économique », Revue droit et santé 2017, n° 79.
- MAGANZA Giorgio, « Réflexions sur le traité d'Amsterdam, contexte général et quelques aspects particuliers », Annuaire français de droit international 1997, Vol. 43, p. 657-670.
- MARCHADIER Fabien, « Qualité de la santé, ordre public sanitaire et contrat », Revue de droit sanitaire et social 2014, p. 1055.
- MARKUS Jean-Paul, « Qualité et ordre public sanitaire, ou ordre public versus qualité », Revue de droit sanitaire et social 2014, p. 1063.
- MEGRET Jacques, « Les Conseils des Communautés Européennes », Annuaire français de droit international 1961, Vol. 7, p. 632-667.
- MEISSE Éric, « Principes généraux du droit communautaire - Principe de proportionnalité », Europe 2006, n° 3.
- MICHEL Valérie, « Traité de Lisbonne - Politiques et actions de l'Union », Répertoire de droit européen 2010 (Septembre).
- MILLARD Éric, « Qu'est-ce qu'une norme juridique ? », Cahiers du Conseil constitutionnel 2007, n° 21.
- MOLINIER Joël, « Principes généraux - Teneur des principes généraux du droit, Principe de précaution », Répertoire de droit européen 2011.
- MONDIELLI Éric, « La prise en compte des normes OMS par le droit français », Revue générale de droit médical 1999, n° 1, p. 87-116.
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, « Défiance et santé, Introduction au dossier (Hors-série) », Revue de droit sanitaire et social 2021, p. 5.

NAZET-ALLOUCHE Dominique, « Politique sociale – Domaines », Répertoire de droit européen 2014 (Décembre).

OST François, VAN DE KERCHOVE Michel, « De la pyramide au réseau ? Vers un nouveau mode de production du droit », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 2000, n° 44.

PASTOR Jean-Marc, « Le principe de non-régression n'exige pas une évaluation environnementale systématique », *Dalloz Actualité*, 19 décembre 2017.

PASTOR Jean-Marc, « Correctifs sur la procédure d'évaluation environnementale », *Actualité juridique en droit administratif* 2021, p. 1359.

PASTOR Jean-Marc, « Pollution de l'air : liquidation de l'astreinte prononcée à l'encontre de l'État », *Dalloz Actualité*, 8 septembre 2021.

PAULIAT Hélène *et al.*, « OGM : mesures d'urgence subordonnées à un risque grave et manifeste pour la santé et l'environnement, CJUE, 12 sept. 2017, aff. C-111/16, Giorgio Fidenato et a. », *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales*, 18 Septembre 2017, n° 37.

PEIGNÉ Jérôme, « Autres produits et substances réglementés - Compléments alimentaires », *Feuilles mobiles Litec, Droit pharmaceutique, Fascicule 63-10*, 15 janvier 2016.

PENA Annabelle, « L'entrée de la fraternité en droit administratif : entre acceptation du principe et restriction procédurale », *Recueil Dalloz* 2019, p. 774.

PETIT Yves, « Agriculture, Portée des objectifs de la PAC », *Répertoire de droit européen* 2002 (Décembre).

PETIT Yves, « Mise en œuvre matérielle du droit communautaire de l'environnement », *Répertoire de droit européen* 2007 (Janvier).

PONTIER Jean-Marie, « La puissance publique et la prévention des risques », *L'actualité juridique droit administratif* 2003, p. 1752.

PRIEUR Stéphane, « La consommation de tabac lors d'une émission TV n'est pas constitutive d'une publicité illicite », *Revue Droit et Santé* 2017 (Mai), n° 77.

RABU Gaylor, « La mondialisation et le droit : éléments macrojuridiques de convergence des régimes juridiques », *Revue internationale de droit économique* 2008, n° 3, p. 335-356.

RAINAUD Jean-Marie, « Le principe d'équilibre : la diagonale du flou », *L'actualité juridique droit administratif* 2021, p. 25.

RAY Jean-Emmanuel, « Grande accélération et droit à la déconnexion », *Droit social* 2016, p. 912.

RENAUDIE Olivier, « La police administrative au temps du coronavirus », *Actualité juridique en droit administratif* 2020, n° 30.

- RODIERE Pierre, « Le dévissage de l'Europe sociale - sur les « explications » du socle européen des droits sociaux par la Commission », *Revue trimestrielle de droit européen* 2018, p. 45.
- ROSA Fabrice, « Le périmètre de la vie personnelle du salarié à l'épreuve des nouvelles technologies », *Juris tourisme* 2020, n° 228.
- ROSET Sébastien, « Chronique de jurisprudence 2010 de la Cour de justice de l'Union européenne (1ère partie). Principe de précaution et autorisation de mise en marché des produits phytopharmaceutiques », *Revue de droit rural* 2011, n° 396, p. 20-21.
- ROSET Sébastien, « Principe de précaution et évaluation des risques. Suite et fin du contrôle de la légalité des mesures assouplissant la lutte contre les encéphalopathies spongiformes transmissibles dans les troupeaux ovins et caprins : quelques précisions sur la place de l'acceptabilité des risques dans la mise en œuvre du principe de précaution », *Europe* 2013 (Octobre), n° 10, p. 29-30.
- ROSTANE Mehdi, « Décision », *Répertoire de droit européen* 2019 (Juin).
- ROTOULLIÉ Jean-Charles, « Évaluation environnementale et « clause filet », Note sous CE, 15 avril 2021, n° 425424, Associations France Nature Environnement et France Nature Environnement Allier, Lebon », *Revue de droit immobilier* 2021, p. 336.
- SAINT-JALMES Gaëlle, « Omission trompeuse : cure de modestie pour le « brûleur de graisses » », *Droit rural* 2019, n° 474.
- SIMON Denys, « Restrictions quantitatives et mesures d'effet équivalent – Limites à la prohibition », *Répertoire de droit européen* 2004.
- SIMON Denys, « Directive », *Répertoire de droit européen* 2018.
- SOROSTE Alain (dir.), « Complément alimentaire brûleur de graisse, CA Paris, Pôle 1, ch. 3, 6 févr. 2019, n° 18/27101 », *Revue Lamy Droit Alimentaire* 2019, n° 391.
- SZYMCZAK David, « Convention européenne des droits de l'homme : aperçu général », *Répertoire de droit européen* 2020 (Avril).
- TABUTEAU Didier, « La politique de santé, des lois d'août 2004 à la loi HPST », *Revue de droit sanitaire et social* 2009, p. 595.
- TABUTEAU Didier, « Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou « quasi normes » en santé ? », *Journal de droit de la santé et de l'Assurance maladie* 2015, n° 3.
- TABUTEAU Didier, « La stratégie nationale de santé, un défi pour la démocratie sanitaire », *Journal de Droit de la santé et de l'Assurance maladie* 2018, n° 18.

- THIBIERGE Catherine, « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure, Pour une distinction entre la norme et les règles de droit », Archives de philosophie du droit 2008.
- TIMSIT Gérard, « Normativité et régulation », Cahiers du Conseil constitutionnel 2007, Vol. 84, n° 21.
- TISSIER-FASSIN Marion *et al.*, « Rendre effectif le droit à un environnement sain : les défis scientifiques et juridiques soulevés par le concept d'exposome », Revue juridique de l'environnement 2020, p. 39-80.
- TORCOL Sylvie, « Du discours sur les valeurs à leur juridicisation : le défi du droit constitutionnel européen », Revue de l'Union européenne 2017, p. 596.
- TREBULLE François-Guy, « Droit de l'environnement août 2010-août 2011 », Recueil Dalloz 2011, p. 2694.
- TREBULLE François-Guy, « Droit de l'environnement septembre 2011-juillet 2012 », Recueil Dalloz 2012, p. 2557.
- TREPREAU Maurice, « La Stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ? », Revue de droit sanitaire et social 2018, p. 389.
- TRUILHE Eve, « La France condamnée pour non-respect de la directive qualité de l'air ambiant », Recueil Dalloz 2019, p. 2240.
- TULPAIN Anne-Laure, « Note sous Trib. UE., 20 septembre 2019, n° T-636/17, Confirmation de l'inscription du bisphénol A comme perturbateur endocrinien pour la santé par la justice européenne », Dictionnaire permanent Sécurité et conditions de travail 2019, n° 424.
- TUNC André, « Standards juridiques et unification du droit », Revue internationale de droit comparé 1970, Vol. 22, n° 2, p. 247-261.
- VÉRON Paul, « L'alimentation et le soin », Revue de droit sanitaire et social 2019, p. 1054.
- VERPEAUX Michel, « Contentieux constitutionnel : normes de référence - Diversité des normes de référence constitutionnelles », Répertoire de contentieux administratif 2020 (Janvier).
- VIGNES Daniel, « Note sur le contenu et la portée du Traité sur l'Union européenne, signé à Maastricht le 7 février 1992 », Annuaire français de droit international 1991, Vol. 37, p. 774-801.
- VIRALLY Michel, « La valeur juridique des recommandations des organisations internationales », Annuaire français de droit international 1956, Vol. 2, p. 66-96.
- WARIN Laurence, « Quand la politique de prévention en santé implique les acteurs économiques », Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie 2018, n° 21.

- WARIN Laurence, « Publicité et santé – Une loi passée inaperçue, la loi dite « Gattolin » sur la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie* 2019, n° 24.
- WERNERT Guillain, « La validation de la loi sur les néonicotinoïdes par le Conseil constitutionnel, Un « vert » à moitié vide ? », *L'actualité juridique droit administratif* 2021, p. 1340.
- ZACCARIA Rosetta, « Principe de subsidiarité et environnement », *Revue européenne de droit de l'environnement* 2000, n° 3, p. 255-280.

b) Autres revues

- ALLA François, « La Charte d'Ottawa a trente ans : doit-elle encore faire référence ? », *Santé Publique* 2016, Vol. 28, n° 6, p. 717-720.
- ARVEILLER Jacques, « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle* 2006, Vol. 39, n° 10, p. 115-134.
- BASSET Bernard, DEMEULEMEESTER René, JOUGLA Éric (dir.), « 20 ans de santé publique (Dossier) », *Actualité et dossier en santé publique* 2012, n° 80.
- BERGERON Henri, NATHANSON Constance, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *Sciences sociales et santé* 2014, Vol. 32, n° 4, p. 5-32.
- BRETON Éric, « La Charte d'Ottawa : 30 ans sans plan d'action ? », *Santé Publique* 2016, Vol. 28, n° 6, p. 721-727.
- CASALEGNO Elsa, « Farines animales Un retour discret et encadré », *UFC Que Choisir*, 30/05/2021, <https://www.quechoisir.org/actualite-farines-animales-un-retour-discret-et-encadre-n91706/> [consulté le 08/09/2021].
- CHAPPELLON Ségolène *et al.*, « Europe communautaire et santé publique (Dossier) », *Actualité et dossier en santé publique* 1993, n° 3.
- CICOLELLA André, « Le trente-troisième anniversaire de la santé environnementale », *Les Tribunes de la santé* 2017, Vol. 54, n° 1, p. 31-37.
- CRISMER André, BELCHE Jean-Luc, VAN DER VENNET Jean-Luc, « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », *Santé Publique* 2016, Vol. 28, n° 3, p. 375-379.
- DANET Didier, « Entre droit spontané et droit légiféré : la production de droit par la normalisation », *Économie publique* 2001, Vol. 1, n° 7.

- DAUPHIN Sandrine, SENAC-SLAWINSKI Réjane, « Gender mainstreaming : analyse des enjeux d'un « concept-méthode ». Introduction », Cahiers du Genre 2008, Vol. 44, n° 1.
- DAVESNE Alban, GUIGNER Sébastien, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954), Une redécouverte intergouvernementaliste du projet fonctionnaliste de « pool blanc » », Politique européenne 2013, L'Harmattan, p. 40-63.
- DAVID Pierre-Marie, « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? », Socio-logos 2011, n° 6.
- DE SCHOUTHEETE Philippe, « Le rapport Tindemans : dix ans après », Politique étrangère 1986, n° 2, p. 527-538.
- DELAMAIRE Corinne, DUCROT Pauline (Dir.), « Introduction au dossier « Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités sociales de santé ? » », La santé en action 2018, n° 444.
- DELAMAIRE Corinne, « Environnements favorables à une alimentation saine : état des lieux et recommandations », La santé en action 2018, n° 444.
- DESCHAMPS Etienne, « Le Pool blanc », Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe, 2016, http://www.cvce.eu/obj/le_pool_blan-fr-bcd043b4-8a39-4362-9836-83f002704d22.html [consulté le 28/06/2021].
- DESCHAMPS Etienne, MAUFORT Laurence, « La préparation de l'Acte unique européen », Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe, 2016.
- DESCHAMPS Jean-Pierre, « Une « relecture » de la charte d'Ottawa », Santé Publique 2003, Vol. 15, n° 3, p. 313-325.
- DESCHAMPS Jean-Pierre, « La Charte d'Ottawa a trente ans... », Santé publique 2016, Vol. 28, n° 6.
- Fabrique Territoires Santé, « Alimentation et territoires : comment garantir localement une alimentation de qualité et accessible à tous ? », Dossier ressources, 2018 (Février).
- FRIANT-PERROT Marine, « Enfants : réguler le marketing alimentaire », La santé en action 2018, n° 444.
- GERBET Pierre, « La Conférence intergouvernementale (CIG) sur l'Union politique », Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe, 2016, http://www.cvce.eu/obj/la_conference_intergouvernementale_cig_sur_l_union_politique-fr-183c7651-32ef-470a-85ac-8103435f4c58.html [consulté le 28/06/2021].
- GUIGNER Sébastien, « L'odyssée de l'administration européenne de la santé : la quête d'un leadership », Politique européenne 2003, Vol. 3, n° 11, p. 31-56.

- GUIGNER Sébastien, « L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale », *Sciences sociales et santé* 2011, Vol. 29, n° 1, p. 81-106.
- GUIGNER Sébastien, « De « la santé dans toutes les politiques » à « toutes les politiques dans la santé » : le régime de visibilité de la prise en compte de la santé dans les politiques de l'Union européenne », *Sciences sociales et santé* 2016, Vol. 34, n° 2, p. 71-79.
- HEINTZ Michel, HIRSCH Mario, « L'Union européenne et la présidence luxembourgeoise (juillet-décembre 1997) », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 1998, Vol. 3, n° 1588-1589, p. 1-57.
- HILLEMANT Bernard, « La police sanitaire maritime française », *Histoire des Sciences médicales* 2012, Vol. 46, n° 2.
- JÉGOU Bernard, « Le paradigme de l'exposome : définition, contexte et perspective », *Médecine Science* 2020, n° 36.
- JONGEN François, « Le Conseil européen », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 1985, Vol. 7, n° 1072.
- JORLAND Gérard, « L'hygiène publique, fille des Lumières », *Les Tribunes de la santé* 2013, Vol. 1, n° 38, p. 23-27.
- KOUBI Geneviève, « Interdit et interdiction. Quelques variations textuelles et variantes sémantiques », *Droit et cultures, Revue internationale interdisciplinaire* 2009, Vol. 1, n° 57.
- L'AntiEditorial, « Le budget genré : gadget ou progrès ? », 22 avril 2021, <https://www.lantieditorial.fr/episode/le-budget-genre-gadget-ou-progres/> [consulté le 29/04/2021].
- LOMBRAIL Pierre, « Un regard décalé sur la santé publique », *Les Tribunes de la santé* 2016, Vol. 4, n° 53.
- LOPEZ Alain, « Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable », *Santé publique* 2012, Vol. 24, n° 3.
- MENVIELLE Gwenn, LANG Thierry, « Éditorial : Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution », *Actualité et dossier en santé publique* 2021, n° 113.
- NISAND Aurélie, « Nutri-Score : un logo sur la qualité nutritionnelle des produits », *La santé en action* 2018, n° 444.
- PAQUY Lucie, « Santé publique, répression des fraudes et action municipale à la fin du XIX^{ème} siècle : le laboratoire grenoblois d'analyses alimentaires », *Revue d'histoire moderne & contemporaine* 2004, n° 51-3.

- PELISSE Jérôme, « Judicialisation ou juridicisation ? Usages et réappropriations du droit dans les conflits du travail », *Politix* 2009, Vol. 2, n° 86, p. 73-96.
- PIERRU Frédéric, « Les recompositions paradoxales de l'État sanitaire français. Transnationalisation, étatisation et individualisation des politiques de santé », *Éducation et sociétés* 2012, Vol. 2, n° 30, p. 107-129.
- PINELL Patrice, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie* 2009, Vol. 50, n° 2, p. 315-349.
- SAETTA Sébastien *et al.*, « Stigmatisation et santé publique : le côté obscur des interventions anti-tabac », *Santé Publique* 2020, Vol. 32, n° 5-6.
- SAUER Fernand, « Interview », *Eurohealth* 2001, Vol. 7, n° 2.
- SAUER Fernand, « Les ambitions européennes en matière de santé », *Revue française d'administration publique* 2005, Vol. 1, n° 113, p. 147-157.
- SENN Arnaud, « La politique de santé de l'Union européenne », *Fondation Robert Schuman, Question d'Europe* 2006, n° 25.
- TABUTEAU Didier, « Crises et réformes », *Les Tribunes de la santé* 2009, Vol. 22, n° 1.
- TABUTEAU Didier, « 1983-2013 : les évolutions de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales* 2013, Vol. 31, n° 1, p. 53-67.
- TABUTEAU Didier, « Sécurité sociale et politique de santé », *Les tribunes de la santé* 2016, n° 1.
- TABUTEAU Didier, « Législations et épidémies », *Les Tribunes de la santé* 2020, Vol. 4, n° 66.
- TANCHOUX Philippe, « Les « pouvoirs municipaux » de la commune entre 1800 et 1848 : un horizon chimérique ? », *Parlement[s], Revue d'histoire politique* 2013, Vol. 20, n° 2, p. 35-48.
- TAURAN Thierry, « La protection de l'environnement et le Code de la santé publique », *Revue de l'environnement et du développement durable* 2010, étude n° 7.
- VALENTINI Hélène, SAINT-PIERRE Louise, « L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques », *Santé Publique* 2012, Vol. 24, n° 6, p. 479-482.
- VALLET Benoit, « La santé dans toutes les politiques », *Actualité et dossier en santé publique* 2017, n° 99, p. 48-49.
- WARIN Laurence, « Plan « Ma santé 2022 », une occasion manquée ? », *The Conversation France*, 8 octobre 2018, <https://theconversation.com/plan-ma-sante-2022-une-occasion-manquee-103873> [consulté le 19/07/2021].

2. Articles, notes et chroniques en anglais

- BACIGALUPE Amaia *et al.*, « Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises? », *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010, n° 64.
- BARENTS René, « Hormones and the Growth of Community Agricultural Law: Some Reflections on the Hormones Judgment (Case 68/86) », *Legal Issues of European Integration* 1988, n° 1, p. 1-19.
- BARMANIA Sima, « Improving the health impacts of airports », *Bulletin of the World Health Organization* 2018, Vol. 96, n° 8, p. 518-519.
- BAUM Fran *et al.*, « New norms new policies: Did the Adelaide Thinkers in Residence scheme encourage new thinking about promoting well-being and Health in All Policies? », *Social Science & Medicine* 2015, Vol. 147, p. 1-9.
- BECERRA-POSADA Francisco, « Health in all policies: a strategy to support the Sustainable Development Goals », *The Lancet* 2015 (July), Vol. 3.
- BERT Fabrizio *et al.*, « How can we bring public health in all policies? Strategies for healthy societies », *Journal of Public Health Research* 2015, Vol. 4, n° 393.
- BRIDGE John, *Common Market Law Review* 1988, p. 733-742.
- BROOKS Eleanor, « Crossing borders: A critical review of the role of the European Court of Justice in EU health policy », *Health Policy* 2012, Vol. 105.
- BROWNE G. R., RUTHERFURD I.D., « The case for “environment in all policies”: lessons from the “health in all policies” approach in public health », *Environmental Health Perspectives* 2017, n° 125, p. 149-154.
- CATFORD John, « Implementing the Nairobi Call to Action: Africa’s opportunity to light the way », *Health Promotion International* 2010, Vol. 25, n° 1.
- CLEMENS Timo *et al.*, « The Directorate-General for Health and Consumers 1999-2014: An assessment of its functional capacities », *Health Policy* 2017, n° 121, p. 594-603.
- DELANY Toni *et al.*, « Health in All Policies in South Australia: what has supported early implementation? », *Health Promotion International* 2016, Vol. 31, n° 4.
- FRANKLIN Paula, « Public health within the EU policy space: a qualitative study of Organized Civil Society (OCS) and the Health in All Policies (HiAP) approach », *Public health* 2016, n° 136, p. 29-34.
- GASE Lauren N., PENNOTTI Radha, SMITH Kenneth D., « “Health in All Policies”: Taking Stock of Emerging Practices to Incorporate Health in Decision Making in the United

- States », *Journal of Public Health Management and Practice* 2013, Vol. 19, n° 6, p. 529-540.
- GEYER Robert, LIGHTFOOT Simon, « The Strengths and Limits of New Forms of EU Governance: The Cases of Mainstreaming and Impact Assessment in EU Public Health and Sustainable Development Policy », *Journal of European Integration* 2010, Vol. 32, n° 4, p. 339-356.
- GOSTIN Lawrence O. *et al.*, « The normative authority of the World Health Organization », *Public Health* 2015, n° 129, p. 854-863.
- GOSTIN Lawrence O., « World Health Organization Reform: Lessons Learned from the Ebola Epidemic », *Hastings Center Report* 2015.
- GRANT Wyn, « Agricultural policy, food policy, and communicable disease policy », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2012, Vol. 37, n° 6.
- HAGEN Susanne *et al.*, « Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities », *Health Promotion International* 2017, Vol. 32, n° 6, p. 977-987.
- HAGLUND Bo J.A., TILLEGREN Per, « Milestones in Nordic Health Promotion research », *Scandinavian Journal of Public Health* 2018, n° 46, Suppl 20, p. 7-19.
- HELGESEN Marit, « Governance of public health: Norway in a Nordic context », *Scandinavian Journal of Public Health* 2014, Vol. 42, p. 25-30.
- HOFSTAD Hege, « The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change », *Health Policy* 2016, n° 120, p. 567-575.
- KICKBUSCH Ilona, « The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion », *American Journal of Public Health* 2003, Vol. 93, n° 3.
- KOIVUSALO Meri, « The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls », *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010, n° 64, p. 500-503.
- LAMPING Wolfram, STEFFEN Monika, « European Union and Health Policy: The “Chaordic” Dynamics of Integration », *Social science quarterly* 2009, Vol. 90, n° 5.
- LINDSTRÖM Bengt, ERIKSSON Monica, « The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study », *Global Health Promotion* 2009, Vol. 16, n° 1, p. 17-28.
- LINDSTRÖM Bengt, « Workshop salutogenesis and the future of health promotion and public health », *Scandinavian Journal of Public Health* 2018, n° 46, Suppl 20, p. 94-98.
- McBEATH William H., « Health for all: A public health vision », *American Journal of Public Health* 1991, Vol. 81, n° 12.

- MIDHA Arun, SULLIVAN Michael, « The need to redefine the practice of health promotion in the United Kingdom », *Health Policy* 1998, n° 44, p. 19-30.
- MOLOKHIA Mariam, HARDING Seeromanie, « An urgent need for primary care to engage with social and structural determinants of health », *The Lancet* 2021, Vol. 6.
- PEPIN Dawn *et al.*, « Collaborating for Health: Health in All Policies and the Law », *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 2017, Vol. 45, p. 60-64.
- PINTO Andrew *et al.*, « Economic considerations and health in all policies initiatives: evidence from interviews with key informants in Sweden, Quebec and South Australia », *BMC Public Health* 2015, n° 15.
- POLSKY Claudia *et al.*, « The Health in All Policies (HiAP) Approach and the Law: Preliminary Lessons from California and Chicago », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2015 (Spring).
- PUSKA Pekka *et al.*, « The North Karelia Project », *Preventive medicine* 1983, n° 12, p. 191-195.
- PUSKA Pekka, BANSILAL Sameer, NARULA Jagat, « The North Karelia Project, The Spark That Ignited the Flame! », *Global Heart* 2016, Vol. 11, n° 2.
- PUSKA Pekka *et al.*, « Contribution of the North Karelia Project to International Work in CVD and NCD Prevention and Health Promotion », *Global heart* 2016, Vol. 11, n° 2.
- PUSKA Pekka, « Why Did North Karelia - Finland Work? Is it Transferrable? », *Global heart* 2016, Vol. 11, n° 4.
- ROSENKÖTTER Nicole *et al.*, « Twentieth anniversary of the European Union health mandate: taking stock of perceived achievements, failures and missed opportunities - a qualitative study », *Biomed Central Public Health* 2013, Vol. 13, n° 1074.
- SALMELA Reijo, « Health policies and Health For All strategies in the Nordic countries », *Health Policy* 1991, n° 18, p. 207-218.
- SAUER Fernand, « Role of the European Union in public health », *Revista Portuguesa de Farmacoterapia* 2010, n° 2.
- SHANKARDASS Ketan *et al.*, « Strengthening the implementation of Health in All Policies: a methodology for realist explanatory case studies », *Health Policy and Planning* 2015, Vol. 30, n° 4, p. 462-473.
- SMITH Katherine E. *et al.*, « “Working the system” - British American Tobacco’s Influence on the European Union Treaty and Its Implications for Policy: an analysis of internal tobacco industry documents », *Plos Medicine* 2010, Vol. 7, n° 1.

- STAHL Timo, « Is health recognized in the EU's policy process? An analysis of the European Commission's impact assessments », *European Journal of Public Health* 2010, Vol. 20, n° 2, p. 176-181.
- STORM Ilse *et al.*, « Opportunities to reduce health inequalities by "Health in All Policies" in the Netherlands: An explorative study on the national level », *Health Policy* 2011, Vol. 103, p. 130-140.
- TANG KWOK Cho *et al.*, « The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies: From Rhetoric to Action, Editorial », *Health Promotion International* 2014, Vol. 29.
- VAN DE PAS Remco, VAN SCHAIK Louise G, « Democratizing the World Health Organization », *Public Health* 2014, n° 128, p. 195-201.
- VAN DEN BROUCKE Stephan, « Implementing health in all policies post Helsinki 2013: why, what, who and how », *Health Promotion International* 2013, Vol. 28, n° 3.
- WIBULPOLPRASERT Suwit, CHOWDHURY Mushtaque, « World Health Organization: Overhaul or Dismantle? », *American Journal of Public Health* 2016, Vol. 106, n° 11.

VI. Documents institutionnels

1. Documents institutionnels nationaux

a) Rapports, avis et études d'impacts nationaux

CABANEL Guy, Rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'Acte unique européen, Sénat, Première session ordinaire de 1986-1987.

GENTON Jacques, Rapport d'information fait au nom de la délégation du Sénat pour les Communautés européennes instituée par l'article 6 bis de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 modifiée, sur le rôle des Parlements nationaux dans la Communauté européenne, Sénat, Seconde session ordinaire de 1990-1991, n° 421.

Conseil d'État, De la sécurité juridique, Rapport public annuel 1991, La documentation française.

Haut Comité de la Santé Publique, Rapport au ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire, Stratégie pour une politique de santé, Propositions préalables à la définition de priorités, 1992.

Inspection générale des affaires sociales, Santé, pour une politique de prévention durable, Rapport annuel 2003.

KOSCIUSKO-MORIZET Nathalie, Rapport fait au nom de la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi constitutionnelle (n° 992) relatif à la Charte de l'environnement, Assemblée nationale, Rapport n° 1595, 12 mai 2004, 214 p.

Conseil d'État, Rapport public, 2006.

Agence française de sécurité sanitaire des aliments, Avis relatif aux évolutions de la réglementation communautaire proposées par la feuille de route pour les encéphalopathies spongiformes transmissibles (EST), 15 mai 2006, Saisine n° 2005-SA-0291.

Cour de cassation, La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation, Rapport annuel 2007, 581 p.

FLAJOLET André, Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, 2008, 91 p.

FLAJOLET André, Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, Rapport, 2008.

HYEST Jean-Jacques, Rapport fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi organique, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, Sénat, Rapport n° 196, 2009, 118 p.

WARSMANN Jean-Luc, Rapport fait au nom de la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi organique (n° 1314) relatif à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, Assemblée nationale, Rapport n° 1375, 2009, 188 p.

WARSMANN Jean-Luc, Simplifions nos lois pour guérir un mal français, Rapport au Premier ministre, La Documentation française, 2009, 238 p.

GRÜNFELD Jean-Pierre, Rapport au Président de la République, Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013, 14 février 2009.

Haut Conseil de la santé publique, Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Rapport, 12 novembre 2009.

Inspection générale des affaires sociales, Évaluation du programme national nutrition santé, PNNS 2 2006-2010, Rapport, Avril 2010.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, L'état de santé de la population en France, Rapport, 2011.

Inspection générale des affaires sociales, Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action, Rapport, 2011, 124 p.

Conseil d'État, Le droit souple, Étude annuelle 2013, Les rapports du Conseil d'État.

Haut Conseil de la santé publique, Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des Ateliers santé ville, Avis, 20 mars 2013.

Haut Conseil de la santé publique, Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé, Rapport, 19 juin 2013.

Haut Conseil de la santé publique, Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans le domaine du cancer, Avis, 19 juin 2013.

INSERM (dir.), Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, Rapport, Les éditions Inserm, 2014, 731 p.

Haut Conseil de la santé publique, Crise économique, santé et inégalités sociales de santé, Rapport, 2016.

Cour des comptes, Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, Rapport public thématique, Évaluation d'une politique publique, Juin 2016.

JOUZEL Jean, MICHELOT Agnès, La justice climatique : enjeux et perspectives pour la France, Avis du Conseil économique, social et environnemental, Septembre 2016, 114 p.

Plan cancer 2014-2019, Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, Rapport annuel 2017.

Programme National de réduction du tabagisme 2014-2019, Rapport annuel 2017, 61 p.

Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, Avis, 28 juin 2017, 36 p.

Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à la stratégie nationale de santé, 8 septembre 2017, 18 p.

Étude d'impact du projet de loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine et durable, 30 janvier 2018.

Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022, 9 février 2018, 22 p.

Secrétariat général du Gouvernement, Indicateurs de suivi de l'activité normative, 28 février 2018.

Haut Conseil de la Santé Publique, Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements, Avril 2018.

Haut Conseil de la santé publique, Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale, Rapport, Avril 2018, 200 p.

OCDE, « Consommation d'alcool chez les adultes », Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, 2019, 244 p.

Haut Conseil de la Santé publique, Évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique, Rapport, Mars 2019, 100 p.

Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, Rapport d'évaluation économique de l'expérimentation territoriale visant à résorber le chômage de longue durée, octobre 2019, 168 p.

Cour des comptes, Le bilan des plans Ecophytos, 27 novembre 2019, 6 p.

Inspection générale de l'administration, Conseil général de l'environnement et du développement durable, Évaluation du dispositif des programmes d'actions de prévention des inondations (PAPI) et de l'efficacité de sa mise en œuvre, Rapport CGEDD n° 012877-01, IGA n° 19053R, 12 février 2020, 122 p.

Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à la gestion de l'épidémie de covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur, 18 juin 2020, 44 p.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Les 1000 premiers jours, là où tout commence, Rapport de la Commission des 1000 premiers jours, Septembre 2020, 130 p.

Étude d'impact du projet de loi relatif aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire, 3 septembre 2020.

VERDIER-JOUCLAS Marie-Christine, Rapport fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur la proposition de loi relative au renforcement de l'inclusion dans l'emploi par l'activité économique et à l'expérimentation « territoire zéro chômeur de longue durée », Assemblée nationale, Rapport n° 3302, 9 septembre 2020.

Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à l'évaluation in itinere du Plan national de santé publique, portant sur la période avril 2019-juillet 2020, 17 septembre 2020.

BOUGRAIN DUBOURG Allain, FEREY Pascal, Bilan de la loi pour la reconquête de la biodiversité, de la nature et des paysages, Avis du Conseil économique, social et environnemental au nom de la Section de l'environnement, 23 septembre 2020, 106 p.

Cour des comptes, L'évaluation de l'attractivité des quartiers prioritaires, Une dimension majeure de la politique de la ville, Rapport public thématique, Évaluation d'une politique publique, Décembre 2020, 169 p.

DESCOEUR Vincent, MEYNIER-MILLEFERT Marjolaine, Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la mission d'information sur la rénovation thermique des bâtiments au nom de la commission du développement durable et de l'aménagement du territoire, Assemblée nationale, Rapport n°3871, 2021, 177 p.

Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif à la crise sanitaire de covid-19 et inégalités sociales de santé, 22 juillet 2021.

b) Plans nationaux

Mission interministérielle de lutte contre le cancer, Plan Cancer 2003-2007.

Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, Plan Ecophyto 2008-2018, 10 septembre 2008.

Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, Plan Ecophyto II, 20 octobre 2015.

Ministère de la Transition écologique et solidaire, Plan Ecophyto 2+, 2018.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Plan national de santé publique 2018-2019, Priorité prévention, Rester en bonne santé tout au long de sa vie.

c) Communiqués de presse

Conseil des ministres, Communiqué de presse, 24 septembre 1952.

Conseil constitutionnel, « Décision n° 2012-253 QPC du 8 juin 2012 », Communiqué de presse, 8 juin 2012.

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, « Politique publique de l'alimentation : Stéphane Le Foll signe un accord collectif avec le secteur des boissons rafraîchissantes sans alcool pour diminuer le taux moyen de sucres, limiter la publicité télévisuelle ou internet et acter des engagements en matière de durabilité », Communiqué de presse, 9 octobre 2014.

Ministère des Solidarités et de la Santé, « Lancement de la consultation publique sur la stratégie nationale de santé », Communiqué de presse, 7 novembre 2017, 1 p.

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, « Didier Guillaume installe le Conseil national de la restauration collective », Communiqué de presse, 13 mars 2019.

Ministère des Solidarités et de la Santé, « Lancement du 4^{ème} Programme national nutrition santé 2019-2023 », Communiqué de presse, 20 septembre 2019.

Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, « En zone d'alerte renforcée et maximale, les employeurs et salariés doivent, autant que possible, recourir au télétravail », Communiqué, 5 octobre 2020.

d) Autres

Ministère de l'Économie et des Finances, Ministère de l'Agriculture, de l'Agro-alimentaire et de la Forêt, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Référentiel pour les chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel proposées par des entreprises du secteur alimentaire dans le cadre du programme national nutrition santé, 2007.

Ministère des Droits des femmes, Prendre en compte l'égalité entre les femmes et les hommes dans les études d'impact, Guide méthodologique, Octobre 2013, 94 p.

Ministère de l'Économie et des Finances, Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Trésor-Eco, septembre 2016, n° 179.

Ministère des Solidarités et de la Santé, Stratégie nationale de santé 2018-2022, 2017.

Premier Ministre, Secrétariat général du Gouvernement, Conseil d'État, Guide de légistique, 3^{ème} édition mise à jour 2017, La Documentation française.

LECERF Jean-René, Livre blanc sur l'immobilier pénitentiaire, 4 avril 2017, 140 p.

Haut Conseil de la Santé Publique, Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements, Synthèse, 2018, 178 p.

Comité interministériel pour la santé, Rester en bonne santé tout au long de sa vie, Dossier de presse, 26 mars 2018.

Comité interministériel pour la Santé, Dossier de presse, 25 mars 2019, 48 p.

Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, Inspection générale de la justice, Évaluation de la loi du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées, Décembre 2019, 238 p.

Plan local d'urbanisme de Nanterre, approuvé par le conseil municipal du 15 décembre 2015 et mis en compatibilité par l'arrêté préfectoral du 8 octobre 2020, entré en vigueur le 30 octobre 2020.

Ministre de l'Intérieur, Lettre du 13/11/2020 au sujet du Livre blanc de la sécurité intérieure, https://www.interieur.gouv.fr/sites/minint/files/medias/documents/2021-06/courrier_du_ministre_de_l-interieur-publication-du-lbsi-14-nov.pdf [consulté le 30/08/2021].

Ministère de l'Intérieur, Livre blanc sur la sécurité intérieure, 16 novembre 2020.

Accord national interprofessionnel pour une mise en œuvre réussie du télétravail, 26 novembre 2020.

Conseil d'État, Conduire et partager l'évaluation des politiques publiques, Étude annuelle 2020.

Conseil supérieur de l'audiovisuel, Charte visant à promouvoir une alimentation et des comportements favorables à la santé dans les programmes audiovisuels et les publicités, 2020-2024.

Manger Bouger, Programme national nutrition santé, [https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Comment-manger-mieux/Comment-comprendre-les-informations-nutritionnelles/Qu-est-ce-que-le-Nutri-Score?xtor=SEC-33-GOO-\[Nutriscore\]--S-\[nutriscore\]&gclid=Cj0KCQjwoub3BRC6ARIsABGhnyYaQjq28urz0eAxEieEEGd4ngT8Y-2Le5YOIEUDXYdjqhOFE-4Z96UaAmefEALw_wcB](https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Comment-manger-mieux/Comment-comprendre-les-informations-nutritionnelles/Qu-est-ce-que-le-Nutri-Score?xtor=SEC-33-GOO-[Nutriscore]--S-[nutriscore]&gclid=Cj0KCQjwoub3BRC6ARIsABGhnyYaQjq28urz0eAxEieEEGd4ngT8Y-2Le5YOIEUDXYdjqhOFE-4Z96UaAmefEALw_wcB) [consulté le 19/07/2021].

Ministère des Solidarités et de la Santé, Des politiques publiques pour préserver l'efficacité des antibiotiques, Lutte et prévention en France, <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/les-antibiotiques-des-medicaments-essentiels-a-preserver/des-politiques-publiques->

[pour-preserver-l-efficacite-des-antibiotiques/article/lutte-et-prevention-en-france](#) [consulté le 22/06/2021].

Ministère des Solidarités et de la Santé, Sécurité sanitaire, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/> [consulté le 30/06/2021].

e) Extraits et comptes-rendus de conférences et débats parlementaires

Conseil des ministres, Exposé de Paul RIBEYRE sur la création d'une Communauté européenne de la Santé, 24 septembre 1952.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Troisième séance du 16 janvier 2009, *JOFR* du 17 janvier 2009.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Deuxième séance du 17 janvier 2009, *JOFR* du 18 janvier 2009.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Troisième séance du 24 mars 2009, *JOFR* du 25 mars 2009.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 23 janvier 2014, *JOFR* du 24 janvier 2014.

Assemblée nationale, Compte-rendu intégral, Deuxième séance du 1^{er} avril 2015, *JOFR* du 2 avril 2015.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première et deuxième séance du 22 mai 2018, *JOFR* du 23 mai 2018.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première et deuxième séance du 23 mai 2018, *JOFR* du 24 mai 2018.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première, deuxième et troisième séance du 24 mai 2018, *JOFR* du 25 mai 2018.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première, deuxième et troisième séance du 25 mai 2018, *JOFR* du 26 mai 2018.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première, deuxième et troisième séance du 26 mai 2018, *JOFR* du 27 mai 2018.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première, deuxième et troisième séance du 27 mai 2018, *JOFR* du 28 mai 2018.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première et deuxième séance du 28 mai 2018, *JOFR* du 29 mai 2018.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première et deuxième séance du 29 mai 2018, *JOFR* du 30 mai 2018.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 30 mai 2018, *JOFR* du 31 mai 2018.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 14 septembre 2018, *JOFR* du 15 septembre 2018.

Assemblée nationale, Compte rendu intégral, Première séance du 11 octobre 2018, *JOFR* du 12 octobre 2018.

Audition de Roselyne BACHELOT, Ministre de la Culture, par la Commission des affaires culturelles, Assemblée nationale, 12 janvier 2021.

Table ronde sur l'impact des nouveaux modes de travail sur la santé, organisée par la délégation aux entreprises, Sénat, 4 février 2021.

Audition de Benjamin ROCHE sur son rapport sur la biodiversité et les pandémies, et d'Hélène SOUBLET sur le thème des liens entre atteintes à la biodiversité et pandémies, Assemblée nationale, 8 juin 2021.

2. Documents institutionnels étrangers

a) Rapports d'organismes européens

BYRNE David, European Commission, Enabling Good Health For All, A reflection process for a new EU health strategy, 2004, 56 p.

Conseil de l'Europe, Direction générale des droits de l'homme, L'approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes, Cadre conceptuel, méthodologie et présentation des « bonnes pratiques », Rapport final d'activités du Groupe de spécialistes pour une approche intégrée de l'égalité, 2004.

Commission européenne, Livre blanc, Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013, COM(2007) 630 final, 23 octobre 2007.

European Observatory on Health Systems and Policies, Health targets in Europe, Learning from experience, Observatory Studies Series n° 13, 2008.

Secrétariat général du Conseil, Le Conseil européen, Cinquante années de conférences au sommet, décembre 2011.

b) Rapport de l'OMS

- Organisation mondiale de la santé, Les soins de santé primaires, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 (Rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
- World Health Organization, Targets for health for all, Targets in support of the European regional strategy for health for all, 1985.
- DAHLGREN Göran, WHITEHEAD Margaret, Policies and strategies to promote social equity in health, Background document to WHO – Strategy paper for Europe, Institute for Future Studies, 1991, 69 p.
- World Health Forum, WHO, Quality of Life Assessment. What Quality of Life? The WHOQOL Group, 1996.
- Organisation mondiale de la santé, Glossaire de la promotion de la santé, 1998.
- Organisation Mondiale de la santé, Agence de la santé publique du Canada, L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays, 2008.
- Organisation mondiale de la santé, Commission des déterminants sociaux de la santé, Combler le fossé en une génération, 2008.
- Organisation Mondiale de la Santé, Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques, 2013.
- World Health Organization, Health in all policies, Training manual, Vivien Stone 2015.
- Panamerican Health Organization, Road Map for the Plan of Action on Health in All Policies, 2016.

c) Autres rapports généraux étrangers

- LALONDE Marc, Une nouvelle perspective sur la santé des Canadiens, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, Information Canada, 1974.
- STAHL Timo *et al.*, Health in All Policies : Prospects and potentials, Ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2006, 299 p.
- KICKBUSCH Ilona, BUCKETT Kevin, Implementing Health in All Policies, Adelaide 2010, Department of Health, Government of South Australia, 2010.

LEPPO Kimmo *et al.*, Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies, Ministère des Affaires sociales et de la Santé de Finlande, 2013, 358 p.

d) Pages internet

Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html> [consulté le 15/11/2019].

People's Health movement, <https://phmovement.org/the-peoples-charter-for-health/> [consulté le 18/11/2019].

VII. Législation

1. Législation nationale

a) Constitutions, lois constitutionnelles, lois organiques

Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946.

Constitution française du 4 octobre 1958.

Charte de l'environnement, 1^{er} mars 2005.

Loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution.

b) Lois

Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers.

Loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire.

Loi n° 80-572 du 25 juillet 1980 sur la protection et le contrôle des matières nucléaires.

Loi n° 83-609 du 8 juillet 1983 portant création d'une délégation parlementaire dénommée office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.

Loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication.

Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social.

Loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et au médicament.

Loi n° 95-101 du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement.

Loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

Loi n° 99-574 d'orientation agricole du 9 juillet 1999 relative à l'amélioration de la sécurité des produits issus de l'élevage.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école.

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection de l'enfance.

Loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement.

Loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français.

Loi n° 2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement.

Loi n° 2010-874 du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche.

Loi n° 2013-619 du 16 juillet 2013 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine du développement durable.

Loi n° 2014-110 du 6 février 2014 visant à mieux encadrer l'utilisation des produits phytosanitaires sur le territoire national.

Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové.

Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

Loi n° 2015-136 du 9 février 2015 relative à la sobriété, à la transparence, à l'information et à la concertation en matière d'exposition aux ondes électromagnétiques.

Loi n° 2015-992 du 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte.

Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Loi n° 2016-1087 du 8 août 2016 pour la reconquête de la biodiversité, de la nature et des paysages.

Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Loi n° 2019-1147 du 8 novembre 2019 relative à l'énergie et au climat.

Loi n° 2019-1428 du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités.

Loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

Loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

Loi n° 2020-1577 du 14 décembre 2020 relative au renforcement de l'inclusion dans l'emploi par l'activité économique.

Loi n° 2020-1578 du 14 décembre 2020 relative aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire pour les betteraves sucrières.

c) Ordonnances

- Ordonnance du 7 août 1822 d'exécution de la loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire.
- Ordonnance n° 45-2407 du 18 octobre 1945 sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres.
- Ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.
- Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière.
- Ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires.
- Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
- Ordonnance n° 2004-489 du 3 juin 2004 portant transposition de la directive 2001/42/ CE du Parlement européen et du Conseil du 27 juin 2001 relative à l'évaluation des incidences de certains plans et programmes sur l'environnement.
- Ordonnance n° 2004-670 du 9 juillet 2004 portant transposition de la directive 2001/95/ CE sur la sécurité générale des produits et adaptation de la législation au droit communautaire en matière de sécurité et de conformité des produits.
- Ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine.
- Ordonnance n° 2011-840 du 15 juillet 2011 relative à la mise en conformité des dispositions nationales avec le droit de l'Union européenne sur la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques.
- Ordonnance n° 2016-301 du 14 mars 2016 relative à la partie législative du code de la consommation.
- Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique.
- Ordonnance n° 2016-967 du 15 juillet 2016 relative à la coordination du système d'agences sanitaires nationales, à la sécurité sanitaire et aux accidents médicaux.

d) Décrets

Décret du 24 décembre 1850 complétant l'ordonnance d'exécution du 7 août 1822 de la loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire.

Décret n° 58-1202 accompagnant l'ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière.

Décret n° 77-949 du 17 août 1977 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des poussières d'amiante.

Décret n° 77-1141 du 12 octobre 1977 pris pour l'application de l'article 2 de la loi n° 76629 du 10 juillet 1976 relative à la protection de la nature.

Décret n° 96-1133 du 24 décembre 1996 relatif à l'interdiction de l'amiante, pris en application du code du travail et du code de la consommation.

Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé.

Décret n° 2012-755 du 9 mai 2012 relatif à la mise en conformité des dispositions nationales avec le droit de l'Union européenne en ce qui concerne la mise sur le marché et l'utilisation des produits phytopharmaceutiques.

Décret n° 2012-1097 du 28 septembre 2012 relatif au comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes.

Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé.

Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique.

Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé.

Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

Décret n° 2017-81 du 26 janvier 2017 relatif à l'autorisation environnementale.

Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, et son annexe : Stratégie nationale de santé (2018-2022).

Décret n° 2018-435 du 4 juin 2018 modifiant des catégories de projets, plans et programmes relevant de l'évaluation environnementale.

Décret n° 2019-351 du 23 avril 2019 relatif à la composition des repas servis dans les restaurants collectifs en application de l'article L. 230-5-1 du Code rural et de la pêche maritime.

Décret n° 2020-844 du 3 juillet 2020 relatif à l'autorité environnementale et à l'autorité chargée de l'examen au cas par cas.

Décret n° 2021-837 du 29 juin 2021 portant diverses réformes en matière d'évaluation environnementale et de participation du public dans le domaine de l'environnement.

Décret n° 2021-1345 du 13 octobre 2021 portant modification des dispositions relatives à l'évaluation environnementale des documents d'urbanisme et des unités touristiques nouvelles.

e) Arrêtés

Arrêté du 27 février 2007 fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments et boissons.

Arrêté n° 2012-577 du 21 décembre 2012 du Directeur Général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France relatif à l'adoption du Projet Régional de Santé d'Ile-de-France.

Arrêté du 18 janvier 2017 relatif à l'interdiction de la mise à disposition de boissons à volonté, gratuites ou pour un prix forfaitaire, avec ajout de sucres ou d'édulcorants de synthèse.

Arrêté du 1^{er} février 2018 relatif au suivi et à l'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

f) Propositions et projets de lois

Assemblée nationale, Projet de loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine et durable, n° 627, 1^{er} février 2018.

Assemblée nationale, Proposition de loi visant l'orientation pour l'avenir de la santé, n° 1229, 29 août 2018.

Assemblée nationale, Proposition de loi visant à protéger la population des dangers de la malbouffe, n° 1561, 9 janvier 2019.

g) Circulaires

Circulaire du Premier ministre du 21 novembre 1995 relative à l'expérimentation de l'étude d'impact.

Circulaire du Premier ministre du 26 janvier 1998 relative à l'étude d'impact des projets de loi et de décret en Conseil d'État.

Circulaire du 26 août 2003 relative à la maîtrise de l'inflation normative et à l'amélioration de la qualité de la réglementation.

Circulaire du 30 septembre 2003 relative à la qualité de la réglementation.

Circulaire du Premier ministre du 15 avril 2009 relative à la mise en œuvre de la révision constitutionnelle.

Circulaire du Premier ministre du 17 février 2011 relative à la simplification des normes concernant les entreprises et les collectivités territoriales.

Circulaire du 23 août 2012 relative à la mise en œuvre de la politique interministérielle en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes.

h) Codes

Code civil

Code de justice administrative

Code de la consommation

Code de la santé publique

Code de la sécurité sociale

Code de l'éducation

Code de l'énergie

Code de l'environnement

Code du patrimoine

Code des transports

Code du travail

Code général des collectivités territoriales

Code pénal

Code rural et de la pêche maritime

i) Résolutions

Conférence préparatoire sur la Communauté européenne de la santé, Résolution, Paris, 13 décembre 1952, Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe.

Assemblée nationale, Résolution sur la mise en œuvre du principe de précaution, 1^{er} février 2012.

2. Législation étrangère

Finnish Primary Care Act, 1972, 66/1972 (Finlande).

Loi sur la santé publique, 19 décembre 2001 (Québec).

Patient Protection and Affordable Care Act, 2010 (Etats-Unis).

Public Health Act, 2011 (Norvège).

South Australian Public Health Act 2011 (Australie).

NYC Commission on Human Rights Legal Enforcement Guidance on Discrimination on the Basis of Pregnancy, Local Law N° 78, 2013, N.Y.C. Admin. Code § 8-107(22) (Etats-Unis, État de New-York).

3. Législation européenne

a) Droit primaire

Traité instituant la Communauté européenne du charbon et de l'acier, 18 avril 1951.

Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (Traité instituant la Communauté économique européenne), 25 mars 1957.

Traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique, 25 mars 1957.

Traité instituant un Conseil unique et une Commission unique des Communautés européennes, 13 juillet 1967, 67/443/CEE.

Traité sur l'Union européenne, 7 février 1992.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 7 décembre 2000.

Traité de Lisbonne, 13 décembre 2007.

b) Droit dérivé

• Règlements

Règlement (CE) n° 3285/94 du Conseil, du 22 décembre 1994, relatif au régime commun applicable aux importations et abrogeant le règlement (CE) n° 518/94.

Règlement (CE) n° 999/2001 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2001 fixant les règles pour la prévention, le contrôle et l'éradication de certaines encéphalopathies spongiformes transmissibles.

Règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire,

instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires.

Règlement (CE) n° 1829/2003 du Parlement européen et du Conseil du 22 septembre 2003 concernant les denrées alimentaires et les aliments pour animaux génétiquement modifiés.

Règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006 concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), instituant une agence européenne des produits chimiques, modifiant la directive n° 1999/45/CE et abrogeant le règlement (CEE) n° 793/93 du Conseil et le règlement (CE) n° 1488/94 de la Commission ainsi que la directive n° 76/769/CEE du Conseil et les directives n° 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE et 2000/21/CE de la Commission.

Règlement (CE) n° 1924/2006 du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires.

Règlement n° 1925/2006 du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 concernant l'adjonction de vitamines, de minéraux et de certaines autres substances aux denrées alimentaires.

Règlement (CE) n° 727/2007 de la Commission du 26 juin 2007 modifiant les annexes I, III, VII et X du règlement (CE) n° 999/2001 du Parlement européen et du Conseil fixant les règles pour la prévention, le contrôle et l'éradication de certaines encéphalopathies spongiformes transmissibles.

Règlement (CE) n° 746/2008 de la Commission du 17 juin 2008 modifiant l'annexe VII du règlement (CE) n° 999/2001 du Parlement européen et du Conseil fixant les règles pour la prévention, le contrôle et l'éradication de certaines encéphalopathies spongiformes transmissibles.

Règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et abrogeant les directives n° 79/117/CEE et n° 91/414/CEE du Conseil.

Règlement (CE) n° 1185/2009 du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 relatif aux statistiques sur les pesticides.

Règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 (dit règlement « INCO ») concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires, modifiant les règlements (CE) n° 1924/2006 et (CE) n° 1925/2006 du Parlement européen et du Conseil et abrogeant la directive n° 87/250/CEE de la Commission, la directive n° 90/496/CEE du Conseil, la directive n° 1999/10/CE de la

Commission, la directive n° 2000/13/CE du Parlement européen et du Conseil, les directives n° 2002/67/CE et 2008/5/CE de la Commission et le règlement (CE) n° 608/2004 de la Commission.

Règlement (UE) n° 282/2014 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2014 portant établissement d'un troisième programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (2014-2020) et abrogeant la décision n° 1350/2007/CE.

Règlement (UE) n° 2015/8 de la Commission, du 6 janvier 2015, concernant le refus d'autoriser certaines allégations de santé portant sur les denrées alimentaires, autres que celles faisant référence à la réduction du risque de maladie ainsi qu'au développement et à la santé des enfants.

Règlement (UE) n° 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021 établissant un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (programme « L'UE pour la santé ») pour la période 2021-2027, et abrogeant le règlement (UE) n° 282/2014.

- **Directives**

Directive n° 85/337/CEE du Conseil du 27 juin 1985 concernant l'évaluation des incidences de certains projets publics et privés sur l'environnement.

Directive n° 88/378/CEE du Conseil du 3 mai 1988 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives à la sécurité des jouets.

Directive n° 91/414/CEE du Conseil du 15 juillet 1991 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques.

Directive n° 92/59 du 29 juin 1992 relative à la sécurité générale des produits.

Directive n° 1999/77/CE de la Commission du 26 juillet 1999 portant sixième adaptation au progrès technique (amiante) de l'annexe I de la directive n° 76/769/CEE du Conseil concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses.

Directive n° 2001/18/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 mars 2001 relative à la dissémination volontaire d'organismes génétiquement modifiés dans l'environnement et abrogeant la directive n° 90/220/CEE du Conseil.

Directive n° 2001/42/CE du 27 juin 2001 relative à l'évaluation des incidences de certains plans et programmes sur l'environnement.

Directive n° 2001/95/CE du Parlement européen et du Conseil du 3 décembre 2001 relative à la sécurité générale des produits.

Directive n° 2004/33/CE de la Commission du 22 mars 2004 portant application de la directive n° 2002/98/CE du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au sang et aux composants sanguins.

Directive n° 2006/134/CE de la Commission du 11 décembre 2006 modifiant la directive n° 91/414/CEE du Conseil en vue d'y inscrire la substance active fénarimol.

Directive n° 2008/50/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2008 concernant la qualité de l'air ambiant et un air pur pour l'Europe.

Directive n° 2009/127/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 modifiant la directive n° 2006/42/CE en ce qui concerne les machines destinées à l'application des pesticides.

Directive n° 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable.

Directive n° 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Directive n° 2011/92/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011 concernant l'évaluation des incidences de certains projets publics et privés sur l'environnement.

Directive n° 2012/18/UE du 4 juillet 2012 concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses.

Directive n° 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive n° 2001/37/CE.

Directive n° 2018/958/UE du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions.

- **Décisions**

Conseil et représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Décision n° 90/238/EURATOM, CECA, CEE du 17 mai 1990 adoptant un plan d'action 1990-1994 dans le cadre du programme « L'Europe contre le cancer ».

Conseil et ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil, Décision adoptant un plan d'action 1991-1993 dans le cadre du programme « L'Europe contre le sida », 4 juin 1991, 91/317/CEE.

Commission des Communautés européennes, Décision n° 96/239/CE du 27 mars 1996 relative à certaines mesures d'urgence en matière de protection contre l'encéphalopathie spongiforme bovine.

Parlement européen et Conseil, Décision n° 1786/2002/CE du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008).

Parlement européen et Conseil, Décision n° 1350/2007/CE du 23 octobre 2007 établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013).

- **Avis**

Comité économique et social européen, Avis sur la Communication de la Commission concernant le cadre d'action communautaire en matière de santé publique, 31 décembre 1994.

Comité des régions de l'Union européenne, Avis sur « Le rôle des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la stratégie de santé pour les années 2008-2013 », 2011/C 42/08, 2011.

Comité des régions de l'Union européenne, Avis sur « La santé en faveur de la croissance - troisième programme d'action pluriannuel de l'union pour la période 2014-2020 », 2012/C225/18, 2012.

- **Communications**

Commission européenne, Communication au Conseil des ministres de l'éducation sur la mise en œuvre de la résolution du Conseil et des ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, du 23 novembre 1988, sur l'éducation à la santé dans les écoles.

Commission européenne, Communication concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique, 24 novembre 1993.

Commission européenne, Communication, Agenda 2000 pour une Union plus forte et plus large, 1997.

Commission européenne, Communication sur le recours au principe de précaution, COM(2000) 1 final, 2 février 2000.

Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2001, COM(2001) 28 final.

Commission des Communautés européennes, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social et au Comité des régions, Programme législatif et de travail de la Commission pour 2003, COM (2002) 590 final/2.

Communication de la Commission au Parlement européen et au Conseil, Programme législatif et de travail de la Commission pour 2004, COM(2003) 645 final.

Commission européenne, Feuille de route pour les EST, COM(2005) 322 final, 15 juillet 2005.

Commission européenne, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2010, Le moment d'agir, COM(2010) 135 final.

Commission européenne, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2016, L'heure n'est plus à une gestion conventionnelle, COM(2015) 610 final.

Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Programme de travail de la Commission pour 2017, Répondre aux attentes - Pour une Europe qui protège, donne les moyens d'agir et défend, COM(2016) 710 final.

- **Résolutions**

Conseil des Communautés européennes et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 17 mai 1977 concernant la poursuite et la réalisation d'une politique et d'un programme d'action des Communautés européennes en matière d'environnement, Journal officiel des Communautés européennes N° C 139/1, 13 juin 1977.

Conseil des Communautés européennes et des Représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 7 février 1983 concernant la poursuite et la réalisation d'une politique et d'un programme d'action des Communautés européennes en matière d'environnement (1982-1986).

Conseil et représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 29 mai 1986 concernant l'abus d'alcool (86/C 184/02).

Conseil et ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, Résolution sur l'éducation à la santé dans les écoles, 23 novembre 1988.

Conseil et représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Résolution du 3 décembre 1990 concernant une action communautaire sur la nutrition et la santé, 90/C 329/01.

Parlement européen, Résolution sur le Conseil européen de Luxembourg, 10 juillet 1991.

Conseil et ministres de la santé réunis au sein du Conseil, Résolution concernant les choix fondamentaux de la politique en matière de santé, 11 novembre 1991.

Conseil et ministres de la santé réunis au sein du Conseil, Résolution concernant la santé et l'environnement, 11 novembre 1991.

Conseil et ministres de la santé réunis au sein du Conseil, Résolution concernant le contrôle et la surveillance des maladies transmissibles, 13 novembre 1992.

Conseil et ministres de la santé, Résolution concernant l'action future dans le domaine de la santé publique, 27 mai 1993.

Parlement européen, Résolution sur la politique de santé publique après Maastricht, 19 novembre 1993.

Conseil de l'Union européenne, Résolution concernant le cadre de l'action communautaire dans le domaine de la santé publique, 2 juin 1994.

Conseil de l'Union européenne, Résolution relative à l'intégration, dans les politiques communautaires, des exigences en matière de protection de la santé, 20 décembre 1995.

Conseil de l'Union européenne, Résolution relative à l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 12 novembre 1996.

Conseil de l'Union européenne, Résolution concernant la garantie de la protection de la santé dans toutes les politiques et actions de la Communauté, 18 novembre 1999, 2000/C 86/02.

Parlement européen, Résolution sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne, 8 mars 2011.

- **Déclarations**

Sommet de Paris, Déclaration des 19-21 octobre 1972, Bulletin des Communautés européennes, Office des publications officielles des Communautés européennes, Octobre 1972, n° 10.

Conseil des Communautés européennes et des représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Déclaration du 22 novembre 1973 concernant un

programme d'action des Communautés européennes en matière d'environnement, Journal officiel des Communautés européennes n° C 112/1, 20 décembre 1973.

Communauté européenne, Déclaration solennelle sur l'Union européenne, Stuttgart, 19 juin 1983, Bulletin des Communautés européennes 6-1983.

- **Conclusions**

Conseil européen, Conclusions, 5-6 décembre 1986.

Conseil européen, Conclusions de la Présidence, Réunion spéciale du Conseil européen, Dublin, 28 avril 1990.

Conseil et représentants des gouvernements des États membres réunis au sein du Conseil, Conclusions concernant le Sida, 31 mai 1988.

Conseil de l'Union européenne, Conclusions concernant l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 30 avril 1998.

Conseil de l'Union européenne, Conclusions concernant l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 8 juin 1999.

Conseil de l'Union européenne, Conclusions sur la santé dans toutes les politiques, 30 novembre et 1^{er} décembre 2006, 15487/06.

Conseil de l'Union européenne, Conclusions, 9-10 décembre 1994.

Conseil et ministres de la santé des États membres réunis au sein du Conseil, Conclusions concernant l'éducation à la santé, 13 novembre 1992, 92/C 326/02.

Conseil et ministres de l'éducation réunis au sein du Conseil, Conclusions sur l'éducation à la santé dans les écoles, 27 novembre 1992, 92/C 336/07.

Conseil européen de Luxembourg, Conclusions, extrait sur les Conférences intergouvernementales, 28 et 29 juin 1991, Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe.

Conseil européen, Conclusions de la Présidence, Rome, 14 et 15 décembre 1990.

Conseil européen, Conclusions, Dublin, 25-26 juin 1990.

Council Conclusions on a cooperation mechanism between the Council and the Commission for the implementation of the EU Health Strategy, 2876th Employment, Social policy, Health and Consumer Affairs Council meeting, Luxembourg, 10th June 2008.

Conseil de l'Union européenne, Conclusions sur l'équité et la santé dans toutes les politiques : solidarité en matière de santé, 8 juin 2010.

c) Autres

- **Travaux préparatoires européens**

Communauté européenne de la santé, Compte rendu de la conférence sur la Communauté européenne de la santé, Paris, 12-13 décembre 1952.

Rapport du Comité ad hoc pour les questions institutionnelles, Bruxelles, 29-30 mars 1985, Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe.

Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion du 5 septembre 1985, CONF-RGEM 1/85.

Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Lettre de M. NOEL, Secrétaire général de la Commission des Communautés européennes, en date du 16 septembre 1985, à M. ERSBOLL, Secrétaire général du Conseil, CONF-RGEM 9 85 fr.

Conférence des gouvernements des États membres, Note du Secrétariat au groupe préparatoire, Bruxelles, 25 septembre 1985, CONF-RGEM 17/85.

Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion du 17 octobre 1985, de Jakob ESPER LARSEN, Représentant permanent du Danemark auprès des Communautés européennes adressée à Niels ERSBOLL, Secrétaire général du Conseil des Communautés européennes, CONF-RGEM 44_85.

Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Copie de lettre de la Représentation permanente de la République fédérale d'Allemagne en date du 30 octobre 1985 à M. ERSBOLL, Secrétaire général du Conseil des Communautés européennes.

Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion du 4 novembre 1985, de la Présidence au Groupe préparatoire, CONF-RGEM 58_85 REV1.

Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion de la Présidence, 15 novembre 1985, CONF-RGEM 71_85.

Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion de la Présidence, 15 novembre 1985, CONF-RGEM 72_85.

Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Note de réflexion de la Présidence, 26 novembre 1985, CONF-RGEM 103_85.

MITTERRAND François, Président de la République française, KOHL Helmut, chancelier de la RFA, message conjoint adressé à Charles HAUGHEY, Président du Conseil européen sur la nécessité d'accélérer la construction de l'Europe politique, 18 avril 1990, Centre virtuel de la connaissance sur l'Europe.

KOHL Helmut, MITTERRAND François, Lettre au président du Conseil européen sur l'Union politique, 6 décembre 1990, Institut François Mitterrand.

M. WILLIAMSON, Secrétaire-Général de la Commission des Communautés européennes, Lettre à M. ERSBOLL, Secrétaire-Général du Conseil des Communautés européennes, concernant la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique, 14 janvier 1991, CONF-UP-1702_91_EN.

Note de la délégation irlandaise du 22 janvier 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant les projets d'articles du traité relatifs à la santé publique, CONF-UP 01711.fr91.

Note de la délégation portugaise du 29 janvier 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la base juridique dans le domaine de la santé - Projet de rédaction alternative du 1^{er} paragraphe du texte présenté par la Commission, CONF-UP 01713.fr91.

Note de la délégation italienne du 19 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la proposition italienne en matière de santé, CONF-UP 01727.fr91.

Note de la délégation espagnole du 26 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la protection des consommateurs, CONF-UP 01744.fr91.

Note de la délégation espagnole du 26 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la santé publique, CONF-UP 1745_91.

Note de la délégation luxembourgeoise du 26 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la compétence communautaire en matière de sécurité routière, CONF-UP 01741.fr91.

Note de la délégation néerlandaise du 28 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la santé, CONF-UP-1754-91-EN.

Note de la délégation espagnole du 28 février 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la libre circulation des travailleurs et la politique sociale, CONF-UP 01752.fr91.

Note de la délégation néerlandaise du 8 mars 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la santé, CONF-UP-1764-91-EN.

M. WILLIAMSON, Secrétaire Général de la Commission des Communautés européennes, Lettre à M. ERSBOELL, Secrétaire Général du Conseil des Communautés européennes, concernant la citoyenneté de l'Union et la nature des droits reconnus aux citoyens de l'Union, 18 mars 1991, CONF-UP 01773.fr91.

- M. l'ambassadeur Gunnar RIBERHOLDT, Délégation danoise à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique, Lettre à M. ERSBOLL, Secrétaire général du Conseil des Communautés européennes, 20 mars 1991.
- M. WILLIAMSON, Secrétaire Général de la Commission des Communautés européennes, Lettre à M. ERSBOELL, Secrétaire Général du Conseil des Communautés européennes, concernant la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique, 30 mars 1991, CONF-UP 01788.fr91.
- Note de la délégation allemande du 5 avril 1991 à la Conférence intergouvernementale sur l'Union politique concernant la santé, CONF-UP 01795.fr91.
- Note de la délégation portugaise du 10 avril 1991 à la Conférence des représentants des gouvernements des États membres - Union politique, concernant la politique sociale, CONF-UP 01796.fr91.
- Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Union politique, « Non-paper », Projet d'articles de traité en vue de la mise en place d'une Union politique, Bruxelles, 17 avril 1991, CONF-UP 01800.fr91.
- Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Union politique, « Non-paper », Bruxelles, 31 mai 1991, CONF-UP 01820.fr91.
- Délégation espagnole, Union politique : coopération au développement, Titre XVIII, La coopération au développement, Amendements proposés le 10 juin 1991 par la délégation espagnole au document Conf-UP 1820/91, Rep ES 10-06-1991.
- Conférence des représentants des gouvernements des États membres, Union politique, Document de travail de la Présidence néerlandaise, Traité sur l'Union, Bruxelles, 8 novembre 1991, CONF-UP 01845.fr91.
- Conference of the representatives of the governments of the member states, Political union, Draft: Treaty on European union, Brussels, 4th December 1991, CONF-UP-1850_91_EN.
- Conference of the representatives of the governments of the member states, Political union, Draft: Treaty on European union, Brussels, 13th December 1991, CONF-UP-1862_91_EN.
- Parlement européen, Rapport de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs sur la politique de santé publique après Maastricht, 20 octobre 1993, A3-0311/93.

- **Travaux de la Commission**

Commission of the European Communities, The Single Act: A new frontier, Programme of the Commission for 1987, Statement by Jacques DELORS, President of the Commission, to the European Parliament, Strasbourg, 18th February 1987, Bulletin of the European Communities, Supplement 1/87.

Commission des Communautés européennes, Le dossier de l'Europe, La mise en œuvre de l'Acte unique européen, Octobre 1990.

Commission européenne, Rapport sur la politique de santé publique après Maastricht, 20 Octobre 1993.

Commission européenne, Rapport au Conseil, au Parlement européen et au Comité économique et social sur l'intégration des exigences en matière de protection de la santé dans les politiques de la Communauté, 29 mai 1995, COM(95) 196 final.

Commission européenne, Deuxième rapport annuel sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 4 septembre 1996, COM(96) 407 final.

Commission des Communautés européennes, Troisième rapport au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, COM(1998) 34 final, 27 janvier 1998.

Commission des Communautés européennes, Quatrième rapport sur l'intégration dans les politiques communautaires des exigences en matière de protection de la santé, 16 novembre 1999, COM(1999) 587 final.

- **Travaux du Parlement**

Parlement européen, Projet de traité instituant l'Union européenne, 14 février 1984.

Parlement européen, Les systèmes de santé des pays membres de la Communauté européenne, Dossiers de recherche et documentation, Série environnement, santé publique et protection des consommateurs, n° 12, Mars 1988.

The European Parliament, Directorate general for research, The health systems of European Community Member States, A comparative analysis, May 1993.

Parlement européen, Direction générale IV - Études, Document de travail, Les systèmes de santé dans l'UE, une étude comparative, Mai 1998.

Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil établissant le troisième programme d'action pluriannuel de l'Union dans le domaine de la santé pour la période 2014-2020, intitulé « La santé en faveur de la croissance », 2011.

- **Communiqués**

Ministres des Affaires étrangères de France, d'Allemagne et d'Espagne, Communiqué conjoint sur les enjeux du Conseil européen de Maastricht, 11 octobre 1991.

Cour de justice de l'Union européenne, Communiqué de presse, n° 96/17, 13 septembre 2017.

- **Pages internet**

Conseil de l'Union européenne, Conclusions et résolutions du Conseil, <http://www2.consilium.europa.eu/fr/council-eu/conclusions-resolutions/> [consulté le 08/01/2017].

Eur-Lex, L'accès au droit de l'Union européenne, Les sources du droit de l'Union européenne, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=LEGISSUM%3A114534> [consulté le 16/07/2021].

Parlement européen, Fiches thématiques sur l'Union européenne, Santé publique, <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/49/sante-publique> [consulté le 09/12/2019].

VIII. Jurisprudence

1. Jurisprudence française

a) Arrêts

- **Conseil constitutionnel**

Cons. constit., 22 juill. 1980, *Loi sur la protection et le contrôle des matières nucléaires*, n° 80-117 DC.

Cons. const., 8 janv. 1991, *Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*, n° 90-283 DC.

Cons. constit., 21 avr. 2005, *Loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école*, n° 2005-512 DC.

Cons. const., 9 avr. 2009, *Loi organique relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution*, n° 2009-579 DC.

Cons. const., 8 juin 2012, *M. Mickaël D. (Ivresse publique)*, n° 2012-253 QPC.

Cons. const., 1^{er} juill. 2014, *Présentation du projet de loi relatif à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral*, n° 2014-12 FNR.

Cons. const., 6 sept. 2018, *Loi pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie*, n° 2018-770 DC.

Cons. const., 31 janv. 2020, *Union des industries de la protection des plantes (Interdiction de la production, du stockage et de la circulation de certains produits phytopharmaceutiques)*, n° 2019-823 QPC.

Cons. const., 10 déc. 2020, *Loi relative aux conditions de mise sur le marché de certains produits phytopharmaceutiques en cas de danger sanitaire pour les betteraves sucrières*, n° 2020-809 DC.

- **Conseil d'État**

CE, ass., 28 mai 1971, *Ville nouvelle Est*, n° 78825, Lebon.

CE, ass., 20 oct. 1972, *Société civile Sainte-Marie de l'Assomption*, n° 78829, Lebon.

CE, 13 janv. 1988, *Synd. nat. production autonome d'électricité*, n° 35009 et 35063, Lebon (Tables).

CE, ass., 21 déc. 1990, *Confédération nationale des associations familiales catholiques*, n° 105743, 105810, 105811, 105812, Lebon.

CE, ass., 9 avr. 1993, *M. D.*, n° 138653, Lebon.

CE, ass., 3 mars 2004, *Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité c/ Consorts Bourdignon*, n° 241150, Lebon. Et arrêts de la même date CE, ass., 3 mars 2004, *Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité c/ Consorts Botella*, n° 241151, Lebon ; CE, ass., 3 mars 2004, *Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité c/ Consorts Thomas*, n° 241152, Lebon ; CE, ass., 3 mars 2004, *Ministre de l'emploi et de la solidarité c/ Consorts Xueref*, n° 241153, Lebon.

CE, 10^{ème} - 9^{ème} ss-sect. réunies, 1^{er} déc. 2006, *Sté GFLBI*, n° 296543, Lebon (Tables).

CE, 3^{ème} - 8^{ème} ss-sect. réunies, 26 mai 2009, *Syndicat de la diététique et des compléments alimentaires c/ Ministère de la santé et des sports*, n° 305142, Inédit.

CE, ass., 26 oct. 2011, *Commune de Saint-Denis c/ Société française du radiotéléphone*, n° 326492, Lebon.

CE, 5^{ème} - 4^{ème} ss-sect. réunies, 11 juill. 2012, *SARL Media Place Partners c/ Conseil supérieur de l'audiovisuel*, n° 351253, Lebon (Tables).

CE, 6^{ème} - 1^{ère} ss-sect. réunies, 8 oct. 2012, *Commune de Lunel*, n° 342423, Lebon (Tables).

CE, ass., 12 avril 2013, *Association Coordination Interrégionale Stop THT et autres c/ Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie*, n° 342409 (et aff. jointes 342569, 342689, 342740, 342748 et 34282), Lebon.

CE, 18 juin 2014, *SAS SadeF et autres*, n° 357400, Inédit.

CE, 6^{ème} - 1^{ère} ch. réunies, 30 nov. 2016, *Conseil national des barreaux et autres*, n° 393896, Inédit.

CE, 6^{ème} - 1^{ère} ch. réunies, 12 juill. 2017, *Association Les Amis de la Terre France*, n° 394254, Lebon.

CE, 4^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 24 nov. 2017, *Conseil national de l'ordre des médecins*, n° 395858, Inédit.

CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 3 oct. 2018, *Association Observatoire du nucléaire*, n° 406243, Inédit.

CE, 2^{ème} - 7^{ème} ch. réunies, 28 févr. 2019, *Association « Groupement d'information et de soutien sur les questions sexuées et sexuelles »*, n° 417128, Inédit.

CE, 5^{ème} - 6^{ème} ch. réunies, 26 juin 2019, *Association Générations futures, Association Eau et Rivières de Bretagne c/ Ministère de la transition écologique et solidaire, Ministère de l'agriculture et de l'alimentation*, n° 415426, n° 415431, Lebon.

CE, ass., 10 juill. 2020, *Association Les amis de la terre France*, n° 428409, Lebon.

CE, 7^{ème} - 2^{ème} ch. réunies, 6 nov. 2020, *Ministre des Armées c/ Mme Perucho*, n° 439003, Lebon (Tables).

CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 19 nov. 2020, *Commune de Grande-Synthe*, n° 427301, Lebon.

CE, 3^{ème} - 8^{ème} ch. réunies, 31 déc. 2020, *Commune d'Arcueil c/ Ministère de l'Intérieur*, n° 439253, Lebon (Tables).

CE, 7^{ème} ch., 3 fév. 2021, *Mme C B contre Ministre des Armées*, n° 439640, Inédit.

CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 15 avr. 2021, *Association France Nature Environnement (FNE) et Association France Nature Environnement Allier*, n° 425424, Lebon (Tables).

CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 31 mai 2021, *Ministère de la transition écologique, Société Castorama c/ Association Agir pour la CRAU*, n° 434542, Lebon (Tables).

CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 1^{er} juillet 2021, *Commune de Grande-Synthe*, n° 427301, Lebon.

CE, 6^{ème} - 5^{ème} ch. réunies, 4 août 2021, *Association Les amis de la terre France et autres*, n° 428409, Lebon.

- **Cour de cassation**

Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 00-10.051, Bull. 2002 V N° 81 p. 74.

Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 99-17.221, Bull. 2002 V N° 81 p. 74.

Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 99-21.255, Bull. civil 2002, V N° 81, p. 74.

Cass. soc., 28 févr. 2002, n° 99-17.201, Bull. 2002 V N° 81 p. 74.

Cass. soc., 17 févr. 2004, n° 01-45.889, Inédit.

Cass. soc., 29 juin 2005, n° 03-44.412, Bull. 2005 V N° 219 p. 192.

Cass. Crim., 3 nov. 2010, *Société British American Tobacco Manufacturing BV, Société British American Tobacco The Netherlands BV*, n° 09-88.599, Inédit.

Cass. crim., 24 janv. 2012, *SARL L'Amateur de cigare c/ Association Les Droits des non-fumeurs*, n° 11-90.119, Inédit.

- **Cours d'appel et cours administratives d'appel**

CA Paris, 3 août 2007, *Société Distribution Casino France*, n° 07/12242, Inédit.

CA Paris, 6 fév. 2019, *Association Confédération de la consommation, Société Laboratoires Forte Pharma*, n° 18/27101, Inédit.

CAA Paris, 3^{ème} ch., 16 avr. 2019, *Société LexisNexis c/ Préfecture de police*, n° 17PA03048, Inédit.

- **Tribunaux administratifs**

TA Nantes, 1^{er} oct. 2015, *M. Z X c/ commune de Falleron*, n° 1205714.

TA Grenoble, 17 mars 2016, *M. X Y et Mme D Y c/ commune de Veigy-Foncenex*, n° 1406825.

TA Strasbourg, 9 août 2017, *Association les Effronté-e-s*, n° 1703922.

b) Ordonnances

TA Chalons en Champagne, 29 avr. 2005, *Conservatoire du patrimoine naturel, Ligue de protection des oiseaux et Fédération des conservatoires d'espaces naturels c/ Préfet Marne*, n° 0500828, 05008829 et 0500830.

CE, juge des réf., 18 janv. 2017, *Association « Observatoire du nucléaire »*, n° 406244, Inédit.

CE, juge des réf., 10 mai 2017, *Société Visio @ctivités sportives interactives*, n° 409518, Inédit.

CE, juge des réf., formation collégiale, 1^{er} sept. 2017, n° 413607, Lebon (Tables).

TGI Paris, 15 nov. 2018, *Société Laboratoires Forte Pharma*, n° 18/56845.

TA Marseille, 12 juin 2019, *Comité de défense les Hauts de Badones-Montimas et a.*, n°1904847.

TA Rouen, 7 févr. 2020, *Association Rouen respire*, n° 2000128.

CE, juge des réf., 29 oct. 2021, n° 457520, Inédit.

c) Avis

Conseil d'État, Avis sur un projet de loi relatif à la protection des enfants, n° 402.958, 10 juin 2021, 14 p.

d) Conclusions

Conclusions A. LALLET, sur CE, ass., 12 avril 2013, *Association Coordination Interrégionale Stop THT et autres c/ Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie*, n° 342409 (et aff. jointes 342569, 342689, 342740, 342748 et 34282), Lebon.

e) Commentaires

Conseil d'État, Centre de recherches et de diffusion juridiques, Jurisprudence des formations contentieuses du Conseil d'État, Novembre 2020, 68 p.

Conseil d'État, Décisions contentieuses, Les grandes décisions du Conseil d'État, <https://www.conseil-etat.fr/ressources/decisions-contentieuses/les-grandes-decisions-du->

[conseil-d-etat/conseil-d-etat-assemblee-28-mai-1971-ville-nouvelle-est](https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/as/root/bank_mm/decisions/2012253qpc/ccc_253qpc.pdf) [consulté le 16/07/2021].

Conseil constitutionnel, Les décisions, Commentaire de la Décision n° 2012-253 QPC du 8 juin 2012, https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/as/root/bank_mm/decisions/2012253qpc/ccc_253qpc.pdf [consulté le 16/07/2021].

2. Jurisprudence européenne

a) Arrêts

- **Cour de justice des Communautés européennes, Cour de justice de l'Union européenne**

CJCE, 10/07/1980, *Commission c/ France [Publicité des boissons alcooliques]*, n° 152/78, ECLI:EU:C:1980:187, Rec. 02299.

CJCE, 14/07/1983, *Procédure pénale contre Sandoz BV*, n° C-174/82, ECLI:EU:C:1983:213, Rec. 02445.

CJCE, 23/02/1988, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Conseil des Communautés européennes*, n° C-131/86, ECLI:EU:C:1988:86, Rec. 905.

CJCE, 23/02/1988, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Conseil des Communautés européennes*, n° C-68/86, ECLI:EU:C:1988:85, Rec. 855.

CJCE, 13/11/1990, *The Queen contre Minister of Agriculture, Fisheries and Food et Secretary of State for Health, ex parte: Fedesa e.a.*, n° C-331/88, ECLI:EU:C:1990:391, Rec. I-04023.

CJCE, 13/12/1990, *Procédure pénale contre Jean-Claude Bellon*, n° C-42/90, ECLI:EU:C:1990:475, Rec. I-04863.

CJCE, 25/07/1991, *Aragonesa de Publicidad Exterior et Publivia*, aff. jointes C-1/90 et C-176/90, ECLI:EU:C:1991:327, Rec. I-4151.

CJCE, 15/09/1994, *Koinopraxia Enóséon Georgikon Synetairismon Diacheiríséos Enchorion Proïonton Syn. PE (KYDEP) contre Conseil de l'Union européenne et Commission des Communautés européennes*, n° C-146/91, ECLI:EU:C:1994:329, Rec. I. 4199.

CJCE, 10/11/1994, *Lucien Ortscheit GmbH contre Eurim-Pharm Arzneimittel GmbH*, n° C-320/93, ECLI:EU:C:1994:379, Rec. I-05243.

CJCE, 17/07/1997, *Affish BV contre Rijksdienst voor de keuring van Vee en Vlees*, n° C-183/95, ECLI:EU:C:1997:373, Rec. I-04315.

CJCE, 05/05/1998, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96, ECLI:EU:C:1998:192, Rec. I- 2265.

CJUE, 14/07/1998, *Safety Hi-Tech Srl contre S. & T. Srl.*, n°C-284/95, ECLI:EU:C:1998:352, Rec. I-04301.

CJCE, 04/07/2000, *Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm SA et Jean-Jacques Goupil contre Commission des Communautés européennes*, n° C-352/98 P, ECLI:EU:C:2000:361, Rec. I-05291.

CJCE, 11/07/2000, *Kemikalieinspektionen contre Toolex Alpha AB*, n° C-473/98, ECLI:EU:C:2000:379, Rec. I-05681.

CJCE, 05/10/2000, *République fédérale d'Allemagne contre Parlement européen et Conseil de l'Union européenne*, n° C-376/98, ECLI:EU:C:2000:544, Rec I-08419..

CJCE, 24/10/2002, *Procédure pénale contre Walter Hahn*, C-121/00, ECLI:EU:C:2002:611, Rec. I-09193.

CJCE, 10/12/2002, *The Queen contre Secretary of State for Health, ex parte British American Tobacco (Investments) Ltd et Imperial Tobacco Ltd.*, n° C-491/01, ECLI:EU:C:2002:741, Rec. I-11453.

CJCE, 22/05/2003, *République française contre Commission des Communautés européennes*, n° C-393/01, ECLI:EU:C:2003:307, Rec. I-05405.

CJCE, 09/09/2003, *Monsanto Agricoltura Italia SpA et autres contre Presidenza del Consiglio dei Ministri et autres*, n° C-236/01, ECLI:EU:C:2003:431, Rec. I-08105.

CJCE, 02/12/2004, *Commission des Communautés européennes contre Royaume des Pays-Bas*, n° C-41/02, ECLI:EU:C:2004:762, Rec. I-11375.

CJCE, 14/12/2004, *Arnold André GmbH & Co. KG contre Landrat des Kreises Herford*, n° C-434/02, ECLI:EU:C:2004:800, Rec. I-11825.

CJCE, 14/12/2004, *The Queen contre Secretary of State for Health*, n° C-210/03, ECLI:EU:C:2004:802, Rec. I-11893.

CJCE, 12/07/2005, *Alliance for natural health e.a.*, n° C-154/04, ECLI:EU:C:2005:449, Rec. I-06451.

CJUE, 12/07/2005, *National Association of Health Stores e.a.*, n°C-155/04, ECLI:EU:C:2004:848, Rec. II-04797.

CJCE, 06/12/2005, *The Queen, à la demande de ABNA Ltd et autres contre Secretary of State for Health et Food Standards Agency (C-453/03), Fratelli Martini & C. SpA et Cargill Srl contre Ministero delle Politiche Agricole e Forestali et autres (C-11/04), Ferrari Mangimi Srl et Associazione nazionale tra i produttori di alimenti zootecnici (Assalzoo) contre*

Ministero delle Politiche Agricole e Forestali et autres (C-12/04) et Nederlandse Vereniging Diervoederindustrie (Nevedi) contre Productschap Diervoeder (C-194/04), ECLI:EU:C:2005:741, Rec. I-10423, aff. jointes.

CJCE, 12/12/2006, *République fédérale d'Allemagne contre Parlement européen et Conseil de l'Union européenne*, n° C-380/03, ECLI:EU:C:2006:772, Rec. I-11573.

CJCE, 20/11/2008, *Commission contre Irlande*, n° C-66/06, ECLI:EU:C:2008:637, Rec. I-00158.

CJUE, 15/10/2009, *Enviro Tech (Europe) Ltd contre État belge*, n° C-425/08, ECLI:EU:C:2009:635, Rec. I-10035.

CJUE, 04/03/2010, *Commission européenne contre Irlande*, n° C-221/08, ECLI:EU:C:2010:113, Rec. I-01669.

CJUE, 04/03/2010, *Commission européenne contre République d'Autriche*, n° C-198/08, ECLI:EU:C:2010:112, Rec. I-01645.

CJUE, 04/03/2010, *Commission européenne contre République française*, n° C-197/08, ECLI:EU:C:2010:111, Rec. I-01599.

CJUE, 09/03/2010, *Raffinerie Mediterranee (ERG) SpA, Polimeri Europa SpA et Syndial SpA contre Ministero dello Sviluppo economico et autres (C-379/08) et ENI SpA contre Ministero Ambiente e Tutela del Territorio e del Mare et autres (C-380/08), ECLI:EU:C:2010:127, Rec. Rec. I-02007, aff. jointes.*

CJUE, 01/06/2010, *José Manuel Blanco Pérez et María del Pilar Chao Gómez contre Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (C-570/07) et Principado de Asturias (C-571/07), ECLI:EU:C:2010:300, Rec. I-04629, aff. jointes.*

CJUE, 24/06/2010, *Commission européenne contre République italienne*, n° C-571/08, ECLI:EU:C:2010:367, Rec. I-00084.

CJUE, 08/07/2010, *Afton Chemical Limited contre Secretary of State for Transport*, n° C-343/09, ECLI:EU:C:2010:419, Rec. I-07027.

CJUE, 22/12/2010, *Gowan Comercio Internacional e Serviços*, n° C-77/09, ECLI:EU:C:2010:803, Rec. I-13533.

CJUE, 21/12/2011, *Commission européenne contre République d'Autriche*, n° C-28/09, ECLI:EU:C:2011:854, Rec. I-13525.

CJUE, 21/06/2012, *Marja-Liisa Susisalo e.a.*, n° C-84/11, ECLI:EU:C:2012:374, Rec. num.

CJUE, 06/09/2012, *Deutsches Weintor eG contre Land Rheinland-Pfalz*, n° C-544/10, ECLI:EU:C:2012:526, Rec. num.

CJUE, 11/07/2013, *République française contre Commission européenne*, n° C-601/11 P, ECLI:EU:C:2013:465, Rec. num.

CJUE, 05/12/2013, *Alessandra Venturini contre ASL Varese e.a. Maria Rosa Gramegna contre ASL Lodi e.a. et Anna Muzzio contre ASL Pavia e.a.*, n° C-159/12 à C-161/12, ECLI:EU:C:2013:791, Rec. num, aff. jointes.

CJUE, 29/04/2015, *Geoffrey Léger contre Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Établissement français du sang*, n° C-528/13, ECLI:EU:C:2015:288, Rec. num.

CJUE, 16/06/2015, *Peter Gauweiler e.a. contre Deutscher Bundestag*, n° C-62/14, ECLI:EU:C:2015:400, Rec. num.

CJUE, 17/12/2015, *Neptune Distribution SNC contre Ministre de l'Économie et des Finances*, n° C-157/14, ECLI:EU:C:2015:823, Rec. num.

CJUE, 04/05/2016, *Philip Morris Brands SARL e.a. contre Secretary of State for Health*, n° C-547/14, ECLI:EU:C:2016:325, Rec. num.

CJUE, 04/05/2016, *Pillbox 38 (UK) Ltd contre Secretary of State for Health*, n° C-477/14, ECLI:EU:C:2016:324, Rec. num.

CJUE, 04/05/2016, *République de Pologne contre Parlement européen et Conseil de l'Union européenne*, n° C-358/14, ECLI:EU:C:2016:323, Rec. num.

CJUE, 13/09/2017, *Procédure pénale contre Giorgio Fidenato e.a.*, n° C-111/16, ECLI:EU:C:2017:676, non publié.

CJUE, 01/10/2019, *Procédure pénale contre Mathieu Blaise et a.*, n° C-616/17, ECLI:EU:C:2019:800, Rec. num.

CJUE, 24/10/2019, *Commission européenne contre République française*, n° C-636/18, ECLI:EU:C:2019:900, Rec. num.

- **Tribunal de la fonction publique de l'Union européenne**

TFPUE, 07/07/2015, *WR contre Commission européenne*, n° F-53/14, ECLI:EU:F:2015:81, Rec. num.

- **Tribunal de première instance des Communautés européennes, Tribunal de l'Union européenne**

TPICE, 16/07/1998, *Laboratoires pharmaceutiques Bergaderm SA et Jean-Jacques Goupil contre Commission des Communautés européennes*, n° T-199/96, ECLI:EU:T:1998:176, Rec. II-02805.

TPICE, 11/09/2002, *Pfizer Animal Health SA contre Conseil de l'Union européenne*, n° T-13/99, ECLI:EU:T:2002:209, Rec. II-03305.

TPICE, 11/09/2002, *Alpharma, Inc. contre Conseil de l'Union européenne*, n° T-70/99, ECLI:EU:T:2002:210, Rec. II-03495.

TPICE, 26/11/2002, *Artegodan GmbH et a. contre Commission*, T-74/00, T-76/00, T-83/00, T-84/00, T-85/00, T-132/00, T-137/00 et T-141/00, ECLI:EU:T:2002:283, Rec. II-04945, aff. jointes.

TPICE, 28/01/2003, *Les Laboratoires Servier contre Commission des Communautés européennes*, n° T-147/00, ECLI:EU:T:2003:17, Rec. II-00085.

TPICE, 28/06/2005, *Industrias Químicas del Vallés, SA contre Commission des Communautés européennes*, n° T-158/03, ECLI:EU:T:2005:253, Rec. II-02425.

TPICE, 11/07/2007, *Royaume de Suède contre Commission des Communautés européennes*, n° T-229/04, ECLI:EU:T:2007:217, Rec. II-02437.

TPICE, 12/02/2008, *British United Provident Association Ltd (BUPA), BUPA Insurance Ltd et BUPA Ireland Ltd contre Commission des Communautés européennes*, n° 289/03, ECLI:EU:T:2008:29, Rec. II-00081.

TPICE, 09/09/2008, *Bayer CropScience AG, Makhteshim-Agan Holding BV, Alfa Georgika Efodia AEVE, Aragonesas Agro, SA, contre Commission des Communautés européennes*, n° T-75/06, ECLI:EU:T:2008:317, Rec. II-02081.

TUE, 19/11/2009, *Denka International BV contre Commission des Communautés européennes*, n° T-334/07, ECLI:EU:T:2009:453, Rec. II-04205.

TUE, 09/09/2011, *Dow AgroSciences Ltd et autres contre Commission européenne*, n° T-475/07, ECLI:EU:T:2011:445, Rec. II-05937.

TUE, 09/09/2011, *République française contre Commission européenne*, n° T-257/07, ECLI:EU:T:2011:444, Rec. II-05827.

TUE, 19/01/2012, *Xeda International SA et Pace International LLC contre Commission européenne*, n° T-71/10, ECLI:EU:T:2012:18, Rec. num.

TUE, 12/04/2013, *Du Pont de Nemours (France) SAS et autres contre Commission européenne*, n° T-31/07, ECLI:EU:T:2013:167, Rec. num.

TUE, 16/09/2013, *Animal Trading Company (ATC) BV e. a. contre Commission européenne*, n° T-333/10, ECLI:EU:T:2013:451, Rec. num.

TUE, 12/12/2014, *Xeda International SA contre Commission européenne*, n° T-269/11, ECLI:EU:T:2014:1069, Rec. num.

TUE, 11/02/2015, *Royaume d'Espagne contre Commission européenne*, n° T-204/11, ECLI:EU:T:2015:91, Rec. num.

TUE, 16/03/2016, *Dextro Energy GmbH & Co. KG contre Commission européenne*, n° T-100/15, ECLI:EU:T:2016:150, Rec. num.

TUE, 17/03/2016, *Zoofachhandel Züpke GmbH e. a. contre Commission européenne*, n° T-817/14, ECLI:EU:T:2016:157, Rec. num.

TUE, 15/12/2016, *TestBioTech eV e.a. contre Commission européenne*, n° T-177/13, ECLI:EU:T:2016:736, Rec. num.

TUE, 14/12/2018, *Arysta LifeScience Netherlands BV, anciennement Chemtura Netherlands BV contre Autorité européenne de sécurité des aliments*, n° T-725/15, ECLI:EU:T:2018:977, Rec. num.

TUE, 19/09/2019, *Arysta LifeScience Netherlands BV contre Commission européenne*, n° T-476/17, ECLI:EU:T:2019:618, Rec. num.

TUE, 20/09/2019, *PlasticsEurope contre Agence européenne des produits chimiques (ECHA)*, n° T-636/17, ECLI:EU:T:2019:639, Rec. num.

b) Ordonnances

CJCE, 12/07/1996, *Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord contre Commission des Communautés européennes*, n° C-180/96 R, ECLI:EU:C:1996:308, Rec. I-03903.

TPICE, 17/12/2008, *Portela - Comércio de artigos ortopédicos e hospitalares, Lda contre Commission des Communautés européennes*, n° T137/07, ECLI:EU:T:2008:589, Rec. II-00329.

CJUE, 17/07/2014, *Milica Široká contre Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky*, n° C-459/13, ECLI:EU:C:2014:2120, Rec. num.

IX. Sources de droit international

1. Traités, déclarations, chartes

Organisation mondiale de la santé, Constitution adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19 juin au 22 juillet 1946.

Assemblée générale des Nations unies, Déclaration universelle des droits de l'homme, Paris, 10 décembre 1948.

Conférence internationale sur les soins de santé primaires, OMS et Unicef, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 1978.

Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Ottawa, Canada, 1986.

Deuxième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Les recommandations d'Adélaïde : politiques pour la santé, Adélaïde, Australie, 1988.

Organisation mondiale de la santé, Riga : La réaffirmation d'Alma-Ata, Déclaration réitérant et renforçant l'engagement en faveur de la santé pour tous en l'an 2000 et au-delà adoptée lors d'une réunion OMS : D'Alma-Ata à l'an 2000, Situation à la mi-parcours et perspectives, Riga, URSS, 1988.

Organisation mondiale de la santé Europe, Charte européenne de l'environnement et de la santé, 1989.

Organisation mondiale de la santé, Appel à l'action, Promouvoir la santé dans les pays en développement, Genève, Suisse, 1989.

Troisième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Sundsvall sur les environnements favorables à la santé, Sundsvall, Suède, 1991.

Organisation mondiale de la santé Europe, Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, Ljubljana, Slovénie, 1996.

Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXI^{ème} siècle, Jakarta, Indonésie, 1997.

Mouvement populaire pour la santé, Charte populaire pour la santé, 2000.

Cinquième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé, Des idées aux actes, Promotion de la santé : faire place à l'équité, Mexico, Mexique, 2000.

Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, Bangkok, Thaïlande, 2005.

Conférence sur « la santé dans toutes les politiques : accomplissements et défis », Ministère de la santé italien, Commission européenne, Bureau de l'OMS pour l'Europe, Déclaration sur la santé dans toutes les politiques, Rome, 18 décembre 2007.

Septième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Appel à l'action de Nairobi : Promouvoir la santé et le développement, réduire le fossé de la mise en œuvre, Nairobi, Kenya, 2009.

Réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, OMS, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être, Adélaïde, Australie, 2010.

Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, OMS, Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, Brésil, 2011.

Nations unies, Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, Genève, Suisse, 2011.

Première Conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, OMS, Déclaration de Moscou, Moscou, Russie, 2011.

Conférence des Nations Unies sur le développement durable, L'avenir que nous voulons, A/CONF.261/L.1., Rio de Janeiro, Brésil, 20-22 juin 2012.

Huitième Conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS, Déclaration d'Helsinki sur la Santé dans toutes les politiques, Helsinki, Finlande, 2013.

People's Health Movement, Promoting Health for All and Social Justice in the Era of Global Capitalism, A call to action by the People's Health Movement at the 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 14th June 2013.

Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, OMS, Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, Shanghai, Chine, 2016.

Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Déclaration d'Astana, d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, Astana, Kazakhstan, 2018.

2. Résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé

World Health Organization, Thirtieth World Health Assembly, Part 1, Resolutions and decisions, Geneva, 2-19 May 1977.

World Health Organization, Thirty-second World Health Assembly, Resolutions and decisions, Annexes, Geneva, 7-25 May 1979.

World Health Organization, Fortieth World Health Assembly, Resolutions and decisions, Annexes, Geneva, 4-15 May 1987.

World Health Organization, Fifty-First World Health Assembly, Resolutions and decisions, Annexes, Geneva, 11-16 May 1998.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, Genève, 16-24 mai 2011.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, Genève, 21-26 mai 2012.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, Genève, 19-24 mai 2014.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Annexes, Genève, 18-26 mai 2015.

3. Résolution des Nations Unies

Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, Résolution 48/13 sur le droit à un environnement sain, 8 octobre 2021.

4. Avis

Cour internationale de justice, Avis consultatif sur la réparation des dommages subis au service des Nations unies, 11 avril 1949, CIJ Rec. 1949.

5. Autres sources

a) Documents préparatoires et extraits de réunions

Quatrième réunion extraordinaire de Ministres des pays membres de l'Organisation panaméricaine de la santé, Washington DC, 1977.

Réunion du comité d'experts sur les soins de santé primaires dans la région africaine, Brazzaville, 1977.

Nations unies, Assemblée générale, 34ème session, 82ème séance plénière, « La santé en tant que partie intégrante du développement », 29 novembre 1979.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé, WHA62.14, Point 12.5 de l'ordre du jour, 22 mai 2009.

Eight Global Conference on Health Promotion, Preliminary programme, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, WHA67.12, Point 14.6 de l'ordre du jour, 24 mai 2014.

b) Rapports

World Health Organization, Forty-First World Health Assembly, Verbatim records of plenary meetings, Reports of committees, Geneva, 2-13 May 1988.

World Health Organization Regional Office for Europe, Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for All Series, 1999, n° 6.

World Health Organization, Report by the Secretariat, Prevention and control of non-communicable diseases: implementation of the global strategy, EB126/12 26, November 2009.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé, Rapport du Conseil exécutif sur ses cent trente et unième et cent trente-deuxième sessions, Point 2 de l'ordre du jour provisoire, 2013.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé, Déterminants sociaux de la santé, Rapport du Secrétariat, Point 14.3 de l'ordre du jour provisoire, 2013.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-septième Assemblée mondiale de la santé, Rapport du Secrétariat, Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé, Point 14.6 de l'ordre du jour provisoire, 2014.

Organisation mondiale de la santé, Soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé, Rapport du Conseil exécutif sur ses cent trente-cinquième et cent trente-sixième sessions et sur sa session extraordinaire sur Ebola, Point 2 de l'ordre du jour provisoire, 2015.

X. Séminaires, formations et entretiens

Séminaire d'étude sociopolitique du droit, des sciences et des techniques, à l'Institut des sciences sociales et du politique, CNRS (UMR n° 7220), Université Paris Nanterre et École normale supérieure Paris-Saclay, sous la supervision de Stéphanie LACOUR et Jacques COMMAILLE, 2018.

Entretien avec Jacques COMMAILLE, Professeur émérite des Universités à l'École Normale Supérieure de Cachan, chercheur à l'Institut des sciences sociales du politique, 21 février 2018.

Entretien avec Guy DARGENT, Senior Scientific Project Officer, CHAFA, Health Unit, Commission européenne, 22 février 2018.

Entretien avec Irène ATHANASSOUDIS, DG SANTE, Commission européenne, 4 juin 2018.

Entretien avec François BOURDILLON, Directeur de Santé publique France, 28 août 2018.

Entretien avec Fernand SAUER, ancien directeur de la santé publique à la Commission européenne, ancien membre du Collège du Haut Conseil de la santé publique, 23 novembre 2018.

Entretien avec Yves CHARPAK, ancien membre du Haut Comité de santé publique, ancien membre du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 11 avril 2019.

Formation à l'épidémiologie sociale, Emmanuelle CADOT, EHESP, Janvier 2021.

Formation à l'épidémiologie sociale, Séverine DEGUEN, EHESP, Janvier 2021.

Formation à l'épidémiologie sociale, Comprendre l'évaluation de l'impact sur la santé et ses apports, Evelyne JEAN-GILLES, EHESP, Janvier 2021.

Entretien avec Patrick ZYLBERMAN, Professeur émérite d'histoire de la santé à l'École des hautes études en santé publique, 3 mai 2021.

Entretien avec Patrice BOURDELAIS, Directeur des sciences humaines et sociales au Centre national de la recherche scientifique, 4 mai 2021.

Entretien avec Philippe GUILBERT, Chef de mission Stratégie et Recherche à la Direction générale de la santé, 9 juin 2021.

Index alphabétique

Agriculture : 500, 741, 743, 744, 815, 866, 967, 1000.	Égalité hommes-femmes : 1099 et suiv.	Programme national nutrition santé (PNNS) : 741 et suiv., 1015, 1060.
Approche intégrée : 1096 et suiv.	Employeur : 932 et suiv., 1145 et suiv.	Police sanitaire : 649, 691 et suiv., 930.
Article 168 § 1 TFUE : 450, 496, 506, 519, 530, 531, 535, 568, 570, 576, 622.	ESB (vache folle) : 429 et suiv., 507 et suiv., 581, 587.	Produits phytopharmaceutiques : 557 et suiv., 815, 878.
Charte de l'environnement : 749, 878, 938, 1035.	Étiquetage nutritionnel : 990, 1020 et suiv.	Publicité : 6, 539, 879, 952, 979 et suiv., 1017 et suiv.
Charte des droits fondamentaux : 447, 522, 527, 541, 570, 1100.	Haut Conseil de la santé publique (HCSP) : 677, 781, 819, 824, 900, 959, 966, 1122 et suiv.	Salubrité : 649, 654, 691, 694, 698, 700, 702, 834, 940.
Comité interministériel pour la santé (CIS) : 890 et suiv.	Intérêt général : 495, 608 et suiv., 878 et suiv., 939.	
Consommateur : 396, 439, 448, 500, 990, 993, 994, 1014, 1021.	Mondialisation : 96, 1085, 1129 et suiv., 1144, 1167.	
Coutume : 1041 et suiv.	Normativité : 99, 222 et suiv., 1033, 1127.	
Crise sanitaire : 437, 959.	Objet normatif : 52, 99, 1131.	
Déterminants de la santé : 6, 34, 171 et suiv.	Ordre public : 288 et suiv., 323, 698.	
Droit à la santé : 12, 13, 14, 88, 747, 748.	Phénomène normatif : 1031 et suiv., 1046 et suiv., 1087 et suiv., 1164 et suiv., 1170 et suiv.	
Droit de l'environnement : 868 et suiv., 939, 953.		

Annexes

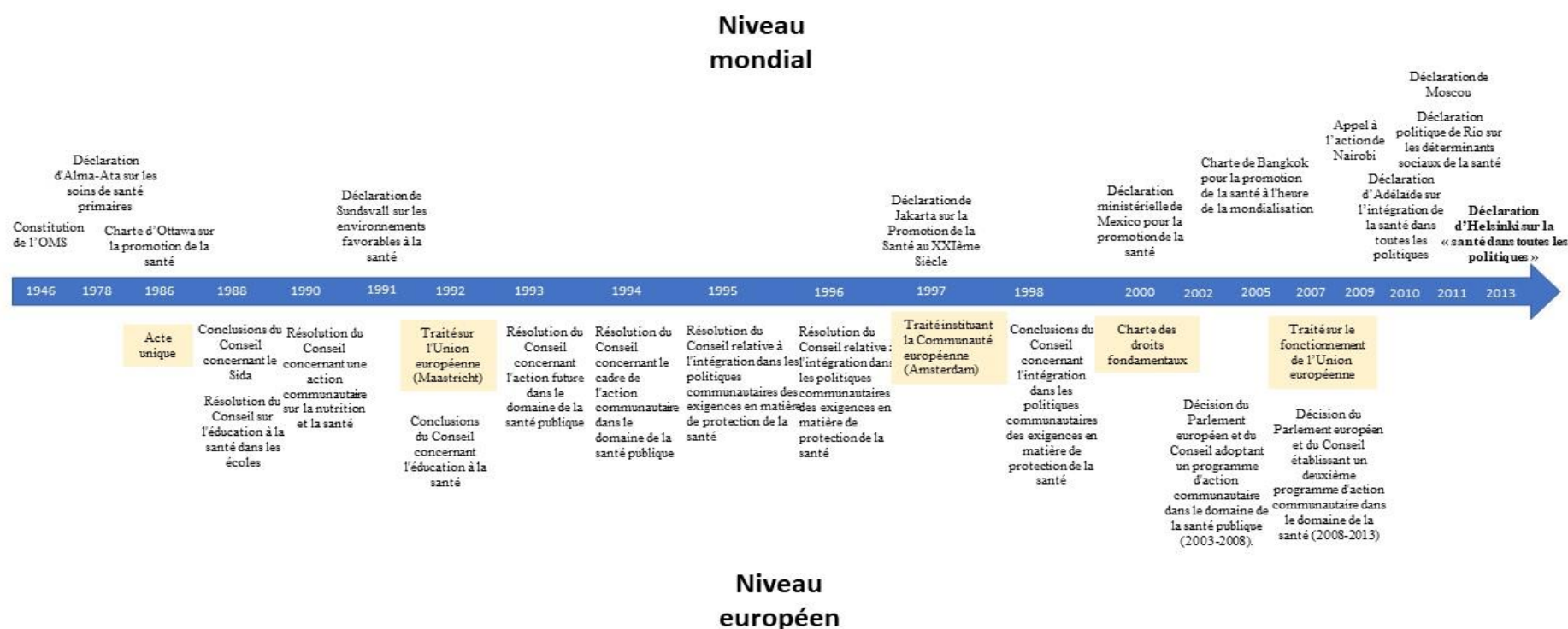
ANNEXE N° 1 : Vers la « santé dans toutes les politiques » : chronologie des principaux textes de droit dur et souple adoptés en droit international de la santé et en droit de l'UE ayant contribué à l'émergence de cette approche

ANNEXE N° 2 : L'éventail de la normativité (Tiré de Association Henri Capitant, *Le droit souple*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2009)

ANNEXE N° 3 : L'échelle de normativité graduée (Tiré du rapport du Conseil d'Etat, *Le droit souple*, Étude annuelle 2013, Les rapports du Conseil d'État)

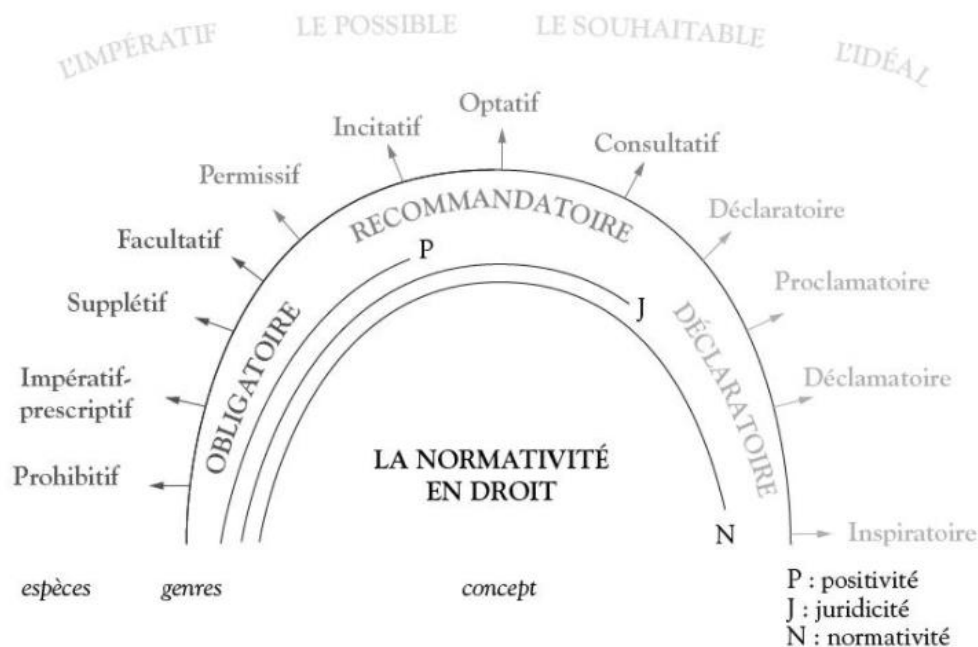
ANNEXE N° 4 : Les déterminants de la santé (G. Dahlgren, M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Background document to WHO – Strategy paper for Europe, Institute for Future Studies, 1991, 69 p.)

ANNEXE 1 : Vers la « santé dans toutes les politiques » : chronologie des principaux textes de droit dur et souple adoptés en droit international de la santé et en droit de l'UE ayant contribué à l'émergence de cette approche :



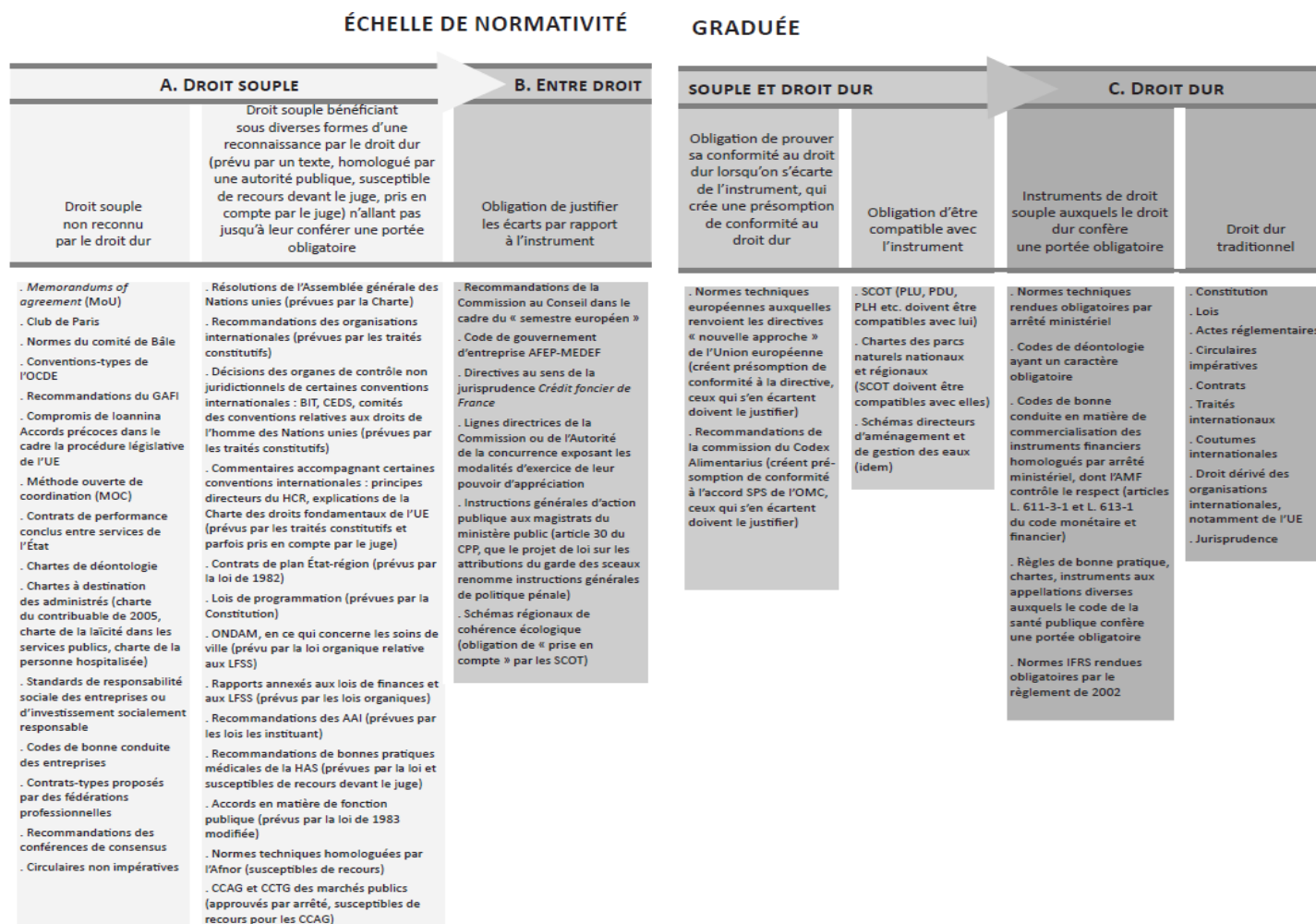
ANNEXE 2 : L'éventail de la normativité (Tiré de Association Henri Capitant, *Le droit souple*, Dalloz, Thèmes et commentaires, 2009) :

Fig. « Éventail » de normativité



Les trois curseurs de la Positivité, de la Juridicité et de la Normativité peuvent varier d'emplacement selon la conception du droit que l'on retient.

ANNEXE 3 : L'échelle de normativité graduée (Tiré du rapport du CE, Le droit souple, Étude annuelle 2013, Les rapports du Conseil d'État) :



ANNEXE 4 : Les déterminants de la santé (G. Dahlgren, M. Whitehead, Policies and strategies to promote social equity in health, Background document to WHO – Strategy paper for Europe, Institute for Future Studies, 1991, 69 p.) :

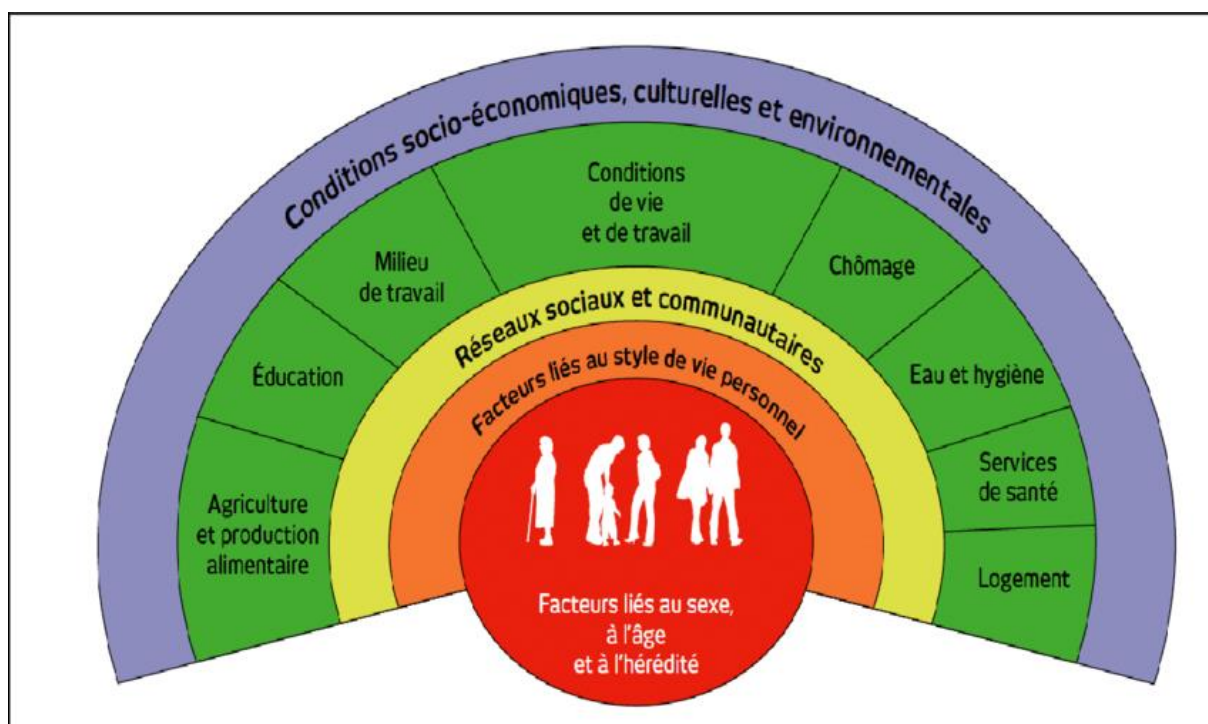


Table des matières

REMERCIEMENTS.....	7
LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS.....	9
SOMMAIRE	13
INTRODUCTION.....	17
SECTION 1. UN OBJET IDENTIFIÉ	17
§ 1) UNE VISION DE LA SANTÉ PROPRE AU CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE	17
A) Le fondement : une définition extensive de la santé	17
1°) La santé, une notion multidimensionnelle	18
2°) Des dimensions multiples incluses dans le droit à la santé	21
B) Le résultat : une définition de la « santé dans toutes les politiques » reconnue dans le champ de la santé publique	24
1°) Les objectifs poursuivis par l’approche « santé dans toutes les politiques »	25
2°) La nature de la « santé dans toutes les politiques »	28
§ 2) UN CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE FAVORABLE AU CHANGEMENT	30
A) Un contexte favorable au niveau mondial	30
1°) Une nouvelle ère pour la santé publique	31
2°) L’émergence de la promotion de la santé, élément central de la « santé dans toutes les politiques »	33
B) Un contexte favorable au niveau français.....	35
1°) Des raisons anciennes à l’origine d’une certaine réserve française	36
2°) Vers une nouvelle ère de santé publique française	36
SECTION 2. UN OBJET JURIDIQUEMENT NON IDENTIFIÉ	37
§ 1) LE CONSTAT DE LA JURIDICISATION DE L’OBJET MÉCONNU	38
A) Un objet normatif entré en droit mondial de la santé et en droit de l’Union européenne.....	39
1°) Le rôle incontournable du droit de l’Union européenne	40

2°) Le rôle incontournable des droits souples	41
3°) Le rôle ambigu du droit français : la nécessité d'une analyse exégétique des lois concernées	42
B) Un objet normatif ignoré par les acteurs du droit	45
1°) Un vide doctrinal évident	45
2°) Un vide juridique apparent	46
§ 2) LA TENTATIVE DE CONCEPTUALISATION DE L'OBJET MÉCONNU	48
A) L'hypothèse de normes juridiques portant la « santé dans toutes les politiques »	50
1°) Un objet et une forme à déterminer	50
a) Des objets convergents	51
b) Une forme plurielle : de la norme au flux normatif	51
2°) Des parties prenantes à identifier	53
a) L'individu, cible principale de la « santé dans toutes les politiques »	54
b) L'État, débiteur de la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques »	55
c) Les personnes morales de droit public et de droit privé, contributrices à la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques »	57
B) L'hypothèse de phénomènes normatifs à l'origine des normes juridiques portant la « santé dans toutes les politiques » en droit français	58
1°) L'intégration d'influences extérieures en droit français... ..	58
2°) ...Dans un contexte de mondialisation du droit	59

PREMIÈRE PARTIE : L'ENTRÉE DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » DANS LES ORDRES JURIDIQUES SUPRANATIONAUX : LA DIFFICILE NAISSANCE D'UNE NORME 61

TITRE 1. UN OBJET NORMATIF EN DEVENIR DANS DES ORDRES JURIDIQUES SUPRANATIONAUX..... 63

CHAPITRE 1. UNE PREMIÈRE ÉMERGENCE EN DROIT INTERNATIONAL SOUPLE .. 65

SECTION 1. LA CONCEPTION DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ 65

§ 1) L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ÉMETTRICE DE NORMES DOUCES À L'ORIGINE D'UNE CONSTRUCTION LENTE DE L'APPROCHE « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES »	66
A) Des fondations originaires de Finlande	66
1°) Le projet de Carélie du Nord : un projet de prévention de grande ampleur tendant à des actions intersectorielles sur les modes de vie et l'environnement social et physique	67
2°) Les retombées du projet de Carélie du Nord en Finlande et ailleurs.....	69
B) Des résolutions contribuant à la structuration et au rayonnement de la « santé dans toutes les politiques »	70
1°) De la « santé pour tous » à la « santé dans toutes les politiques »	70
2°) L'influence des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé : les années 2000 marquées par l'adoption de plusieurs législations sur la « santé dans toutes les politiques » dans le monde	77
§ 2) L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ PORTEUSE D'UN POUVOIR NORMATIF PEU UTILISÉ NE FAVORISANT PAS LE DÉVELOPPEMENT DE L'APPROCHE « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES »	81
A) Un pouvoir normatif à l'origine d'une production importante de droit déclaratoire.....	81
B) Un pouvoir normatif limité.....	85
SECTION 2. LA DÉFINITION DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » PAR LES ÉTATS	
MEMBRES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ RÉUNIS EN CONFÉRENCES	88
§ 1) LA DÉFINITION DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » DONNÉE PAR LA DÉCLARATION D'HELSINKI : LA SYNTHÈSE DE QUARANTE ANNÉES DE RÉFLEXION AU NIVEAU MONDIAL	89
A) L'intersectorialité au cœur de la définition de la « santé dans toutes les politiques »	90
1°) Le développement de la notion d'intersectorialité.....	91
a) Une vision positive et inclusive de la santé.....	92
b) Une vision fondée sur la notion de « déterminants de la santé »	97
2°) L'intersectorialité, une notion peu définie lors des conférences mondiales et entourée d'un foisonnement de concepts voisins	101
B) Les autres composantes de la définition de la « santé dans toutes les politiques »	105
1°) Des moyens pour atteindre la « santé dans toutes les politiques »	105
a) Une approche des politiques publiques au sens large	105
b) Une approche au caractère systématique.....	107

c) La prise en compte des conséquences sanitaires des décisions	109
d) La recherche de synergies.....	110
2°) Les deux objectifs de la « santé dans toutes les politiques » : l'amélioration de la santé et de l'équité en santé	113
§ 2) LA DÉFINITION DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » DONNÉE PAR LA DÉCLARATION D'HELSINKI : UNE DÉFINITION À LA FAIBLE PORTÉE	116
A) Une volonté politique matérialisée par des textes à la portée normative ambiguë	116
1°) Une nébuleuse de textes émanant du droit international déclaratoire	117
a) Des sources de droit international considérées comme non formelles	117
b) Des sources de droit international néanmoins prises en compte	119
2°) Un ensemble dépourvu des attributs caractéristiques des normes juridiques	120
a) Un ensemble dépourvu de juridicité et de normativité	120
b) Un ensemble dépourvu de justiciabilité et d'effectivité.....	126
B) Une avancée théorique apportée par la conférence d'Helsinki mais limitée dans la pratique	130
1°) Le contexte et l'apport d'une conférence constructive	130
2°) Les conséquences juridiques de la conférence d'Helsinki, un bilan mitigé	135
CONCLUSION DU CHAPITRE 1	141

CHAPITRE 2. UNE ENTRÉE PROGRESSIVE EN DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE . 143

SECTION 1. LA PLACE DE LA SANTÉ DANS LA CONSTRUCTION COMMUNAUTAIRE..... 143

§ 1) LA SANTÉ PRISE EN COMPTE PAR DIFFÉRENTS PRISMES DANS LES PREMIERS TRAITÉS COMMUNAUTAIRES	144
A) Une proposition française inaboutie : la Communauté européenne de la Santé.....	144
1°) Une proposition formulée dans un contexte favorable	144
2°) Un changement de contexte politique fatal au projet de Communauté européenne de la santé	150
B) La prise en compte de la santé dans les traités CECA, CEE et CEEA.....	152
1°) La place des questions sanitaires dans le traité CECA.....	152
2°) La place des questions sanitaires dans le Traité CEE.....	154
3°) La place des questions sanitaires dans le Traité CEEA	157

§ 2) LA RELANCE DES POLITIQUES COMMUNAUTAIRES PAR L'ADOPTION DE L'ACTE UNIQUE ET LES PREMIERS SIGNES

D'ÉMERGENCE DU PRINCIPE D'INTÉGRATION DE LA SANTÉ	159
A) La prise en compte progressive de la question environnementale dans les questions européennes, une porte d'entrée pour la future « santé dans toutes les politiques »	159
1°) Les programmes instaurant une politique communautaire de l'environnement.....	159
2°) L'adoption de l'Acte unique afin de poursuivre la construction européenne	162
3°) L'intégration de la protection de l'environnement dans les autres politiques communautaires	168
B) La volonté grandissante de prendre en compte la santé y compris dans d'autres secteurs à partir de la fin des années 1980	172
1°) La volonté des institutions européennes de lutter contre certaines maladies.....	173
2°) La volonté des institutions européennes d'adopter une approche transversale des questions sanitaires	177

SECTION 2. L'ENTRÉE DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » EN DROIT DE L'UNION

EUROPÉENNE : LE TRAITÉ DE MAASTRICHT	182

§ 1) LES PRÉPARATIFS DU TRAITÉ DE MAASTRICHT..... 182

A) La place discrète de la santé dans les échanges institutionnels préparatoires à la conférence intergouvernementale sur l'Union politique.....	182
1°) La volonté de renforcer la légitimité démocratique de la Communauté européenne	183
2°) La volonté d'élargir le champ du droit communautaire	184
B) La place symbolique mais décisive de la santé dans les débats de la conférence intergouvernementale de 1991 sur l'Union politique.....	185
1°) Une réflexion sur l'intégration de la santé en lente progression.....	186
a) Les propositions de l'Irlande et du Portugal en matière de santé.....	186
b) Les propositions innovantes de l'Italie en matière de santé.....	187
c) Une succession de propositions de différents pays et du Secrétaire Général de la Commission des Communautés européennes	188
d) Les propositions de la délégation danoise	191
e) Les propositions de la Commission des Communautés européennes	192
2°) Une réflexion aboutie sur l'intégration de la santé.....	194

§ 2) LE TRAITÉ DE MAASTRICHT ET SON ARTICLE 129.....	199
A) Constats généraux sur le Traité de Maastricht	199
B) Constat spécifique : la création d'un titre dédié à la santé publique dans le traité sur la CEE200	
CONCLUSION DU CHAPITRE 2.....	204
CONCLUSION DU TITRE 1.....	205

TITRE 2. UNE NORME DE DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE À L'EFFECTIVITÉ

<u>AMBIGUË.....</u>	207

CHAPITRE 3. UNE PLACE FLUCTUANTE DANS LA RÉGLEMENTATION

<u>EUROPÉENNE.....</u>	209

SECTION 1. UN FONDEMENT JURIDIQUE ÉVOLUTIF 209

§ 1) VERS LE TRAITÉ D'AMSTERDAM 209

- A) Entre le Traité de Maastricht et le Traité d'Amsterdam : l'appropriation limitée de la « santé dans toutes les politiques » par l'exécutif européen 210

1°) La reconnaissance de l'importance d'une prise en compte transversale de la santé..... 210

- a) La reconnaissance du lien entre la santé et l'éducation 210

- b) La reconnaissance de l'intérêt d'une intégration de la santé dans toutes les politiques 211

2°) La fin des années 1990 ou les premiers signes d'échec de la coopération interinstitutionnelle nécessaire pour une large prise en compte de la santé par l'Union européenne 213

- a) La volonté institutionnelle de mettre en œuvre l'article 129 du Traité de Maastricht... 213

- b) Un consensus productif mais non pérenne : le premier rapport de la Commission sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques..... 217

- c) Les demandes de concrétisation par le Conseil 219

- d) Un dialogue inefficace entre le Conseil et la Commission 221

- B) Un nouveau fondement juridique : encore un faux-départ ? 224

1°) Constats généraux sur le Traité d'Amsterdam 225

2°) Un contexte d'adoption perturbé par une crise majeure de sécurité alimentaire 225

3°) Constat spécifique : la reformulation du principe d'intégration de la santé dans toutes les politiques et actions de la Communauté 227

§ 2) A PARTIR DE 2000, LE DÉPLOIEMENT D'UN NOUVEL ARSENAL JURIDIQUE	231
A) La Charte des droits fondamentaux	231
B) Le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne	232
SECTION 2. UN FONDEMENT JURIDIQUE PEU EXPLOITÉ PAR L'EXÉCUTIF EUROPÉEN	235
§ 1) LE DROIT SOUPLE CRÉATEUR D'OUTILS OPÉRATIONNELS POUVANT DONNER CORPS AU PRINCIPE EUROPÉEN	
D'INTÉGRATION DE LA SANTÉ	235
A) La présence de la « santé dans toutes les politiques » dans les programmes pluriannuels de santé publique : une simple « carte de visite »	236
B) L'affirmation de la « santé dans toutes les politiques » dans les programmes pluriannuels de santé publique	240
§ 2) UNE VOLONTÉ POLITIQUE EN BERNE : LE PEU D'EFFET DONNÉ AU PRINCIPE D'INTÉGRATION DE LA SANTÉ	243
A) Une volonté du Conseil de l'Union européenne non suivie d'effet	243
B) L'échec de la prise en compte de la « santé dans toutes les politiques » dans les programmes de travail de la Commission	246
1°) Un échec évident	246
2°) Un échec à nuancer	249
CONCLUSION DU CHAPITRE 3	253

CHAPITRE 4. UN RÔLE FIGURATIF DANS LA JURISPRUDENCE DE L'UNION

EUROPÉENNE..... 255

SECTION 1. LE CHAMP D'APPLICATION LIMITÉ DU PRINCIPE D'INTÉGRATION DE LA SANTÉ 257

§ 1) LE CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL	257
A) Un principe soulevé la plupart du temps par le juge européen	258
1°) La situation depuis l'origine du principe jusqu'au Traité d'Amsterdam	258
2°) La situation à partir de l'adoption du TFUE	262
B) Un principe rarement soulevé par les États membres et les particuliers	267
1°) La rare invocation du principe par les États membres de l'Union européenne	267
2°) La rare invocation du principe par des personnes privées	269
§ 2) LE CHAMP D'APPLICATION MATÉRIEL	272
A) Un champ d'application potentiellement large	272

B) Un champ d'application en réalité restreint : des occasions manquées.....	275
SECTION 2. LES CONDITIONS EXIGEANTES DE MISE EN ŒUVRE DU PRINCIPE D'INTÉGRATION DE LA SANTÉ	
LA SANTÉ	278
§ 1) LA RELATION ENTRE LE PRINCIPE D'INTÉGRATION DE LA SANTÉ ET LE PRINCIPE DE PRÉCAUTION.....	281
A) Le principe de précaution : un principe en extension en droit de l'Union européenne	281
1°) Présentation du principe de précaution en droit de l'Union européenne.....	282
2°) L'application du principe de précaution dans d'autres secteurs que celui de l'environnement	284
B) Le rapprochement par la jurisprudence européenne du principe d'intégration de la santé et du principe de précaution	289
1°) L'article 168 § 1 TFUE et ses prédécesseurs, vus comme porteurs du principe de précaution	290
2°) Un rapprochement entre les deux principes néanmoins nuancé	292
§ 2) LE PRINCIPE D'INTÉGRATION DE LA SANTÉ ET LE PRINCIPE DE PROPORTIONNALITÉ	296
A) La conciliation de différents objectifs	297
1°) L'exemple de l'arrêt Royaume-Uni contre Commission du 5 mai 1998.....	297
2°) Une conciliation poursuivie dans la jurisprudence ultérieure	300
B) Une tendance au déséquilibre au profit de la protection de la santé	305
1°) L'exemple de l'arrêt <i>Philip Morris Brands SARL e.a. contre Secretary of State for Health</i> ..	306
2°) Un déséquilibre confirmé dans la jurisprudence ultérieure	310
CONCLUSION DU CHAPITRE 4.....	315
CONCLUSION DU TITRE 2.....	317
CONCLUSION DE LA PARTIE 1	319

SECONDE PARTIE : LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » EN DROIT

FRANÇAIS : LA DIFFUSION D'UN FLUX NORMATIF

321

TITRE 1. UN FLUX NORMATIF À LA PROPAGATION CHAOTIQUE.....

325

CHAPITRE 1. DES COURANTS CONTRADICTOIRES DÈS L'ORIGINE.....

327

SECTION 1. LES PRÉMISSSES DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » DANS L’HISTOIRE DU DROIT DE LA SANTÉ FRANÇAIS.....	327
§ 1) UNE VOLONTÉ ANCIENNE D’AMÉLIORER LA SANTÉ	327
A) Les premières vagues dès l’Antiquité et jusqu’à la Révolution française	329
B) Une accélération du mouvement à partir du XIX ^{ème} siècle : de l’hygiène publique à la santé publique.....	330
§ 2) UNE VOLONTÉ À CERTAINS ÉGARDS LIMITÉE	336
A) Des ambitions modestes vis-à-vis de la lutte contre les inégalités de santé	336
1°) La prise de conscience des liens entre pauvreté et mauvaise santé et leurs répercussions sur l’économie et les finances	339
2°) Une action politique devenue nécessaire	340
B) L’effacement de l’hygiénisme au profit d’autres modèles de protection de la santé	341
1°) L’affirmation progressive de la notion de police sanitaire spéciale : un exemple de la distinction entre protection et amélioration de la santé	342
a) Une notion en développement	342
b) Une notion reconnue juridiquement.....	344
2°) Des difficultés inhérentes à l’hygiénisme ayant contribué à sa mise à l’écart à partir du XIX ^{ème} siècle	346
SECTION 2. LES ANNÉES 1990, UN TOURNANT DANS L’HISTOIRE CONTEMPORAINE DU DROIT DE LA SANTÉ FRANÇAIS	351
§ 1) LES ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS.....	351
A) Des crises sanitaires et de sécurité alimentaire	352
B) L’influence du mouvement de santé publique internationale.....	355
§ 2) LES ÉLÉMENTS RÉFORMATEURS.....	356
A) Au tournant du XXI ^{ème} siècle, l’élaboration d’une nouvelle politique de santé publique française	357
1°) Un exemple : le renforcement du lien entre la politique de l’alimentation et de santé	358
2°) Une tendance : la densification du cadre juridique législatif en santé publique	359
a) La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	360
b) La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	362

c) La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.....	368
B) Un renouveau freiné par des raisons politiques, idéologiques et pratiques	370
1°) La place limitée de la promotion de la santé dans le système de santé français	370
2°) Des faiblesses persistantes dans le dispositif de prise en compte des inégalités sociales de santé	371
CONCLUSION DU CHAPITRE 1.....	377

CHAPITRE 2. UNE ABSORPTION INEFFICACE PAR LE DROIT FRANÇAIS 379

SECTION 1. L'INSUFFISANCE DU CADRE JURIDIQUE FRANÇAIS POUR ASSURER LA PRISE EN

COMPTE DES CONSÉQUENCES SANITAIRES DES DÉCISIONS PUBLIQUES.....	380
§ 1) LA FAIBLE PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ DANS LES ÉTUDES D'IMPACT EN FRANCE	380
A) Les études d'impact classiques.....	381
1°) Un cadre juridique renforcé	382
a) L'encadrement fluctuant des études d'impact par une série de circulaires	382
b) Un encadrement renforcé : la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 et la loi organique du 15 avril 2009.....	383
2°) Un cadre juridique insuffisant	386
a) L'efficacité relative du dispositif d'études d'impact instauré par la loi organique du 15 avril 2009	387
b) La place des considérations de santé publique dans les études d'impact	389
i. L'absence de caractère systématique	389
ii. Les études d'impact de la loi du 30 octobre 2018 et de la loi du 14 décembre 2020	390
B) Les études d'impact spécifiques	392
1°) L'étude d'impact en santé, un outil à disposition des collectivités locales pour leurs projets d'urbanisme.....	392
a) Une manifestation de la « santé dans toutes les politiques » au niveau local.....	393
b) Un outil facultatif.....	394

2°) L'évaluation environnementale : l'étude d'impact spécifique aux incidences environnementales et sanitaires.....	395
a) Des exigences légales et réglementaires plus précises que pour les études d'impact classiques.....	396
b) La question sanitaire encore cantonnée au rang d'accessoire.....	399
i. Une articulation floue entre incidences sanitaires et environnementales.....	399
ii. La nette prépondérance des considérations environnementales	400
§ 2) LA PRISE EN COMPTE INCOMPLÈTE DES CONSIDÉRATIONS SANITAIRES DANS L'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES	401
A) Les évaluations par la Cour des comptes et par le Conseil économique, social et environnemental	403
B) Les évaluations par d'autres organismes	404
1°) Exemples d'évaluations par l'Inspection générale des affaires sociales.....	404
2°) Exemples d'évaluation par l'Inspection générale de l'administration et le Conseil général de l'environnement et du développement durable.....	406
SECTION 2. L'ADHÉSION TIMIDE DU CADRE JURIDIQUE FRANÇAIS À LA NOTION D'INTERSECTORIALITÉ	407
§ 1) ILLUSTRATION PAR DES EXEMPLES DANS LA LOI ET LA JURISPRUDENCE.....	410
A) L'action ambiguë du législateur en faveur d'un rapprochement entre les questions sanitaires et les autres	410
1°) La volonté de créer des synergies	411
2°) Des velléités freinées par une méthode défectueuse.....	412
B) La démarche inégale du juge dans la conciliation de la santé et d'intérêts divergents.....	415
1°) Le choix entre deux intérêts antagonistes	415
2°) La jurisprudence du bilan	418
§ 2) UNE NOUVELLE VOLONTÉ POLITIQUE	421
A) Le Comité interministériel pour la santé	423
B) La Stratégie nationale de santé	427
CONCLUSION DU CHAPITRE 2.....	433
CONCLUSION DU TITRE 1	435

TITRE 2. UN FLUX NORMATIF EN LENTE PROGRESSION..... 437

CHAPITRE 3. LE RENFORCEMENT DE CERTAINES RAMIFICATIONS DU DROIT DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ FRANÇAIS 439

SECTION 1. LA PROTECTION CONTRE LES RISQUES ET L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ 439

§ 1) PROTÉGER LA SANTÉ 440

A) Le principe de prévention..... 441

1°) La prévention des risques, une mission incombant à l'État..... 443

2°) La prévention des risques, une mission partagée avec d'autres acteurs..... 446

B) Le principe de précaution, un principe consacré pour les questions environnementales mais appliqué en matière sanitaire 450

§ 2) AMÉLIORER LA SANTÉ ET L'ÉQUITÉ EN SANTÉ 454

A) En théorie, l'élément de distinction de la « santé dans toutes les politiques » 454

B) Un élément de plus en plus mis en pratique..... 455

SECTION 2. LA PROTECTION ET L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ, L'EXEMPLE DU DROIT DE LA CONSOMMATION 459

§ 1) UN DISPOSITIF CONTRAIGNANT ENVERS LES PROFESSIONNELS 461

A) L'encadrement strict de la publicité et de l'étiquetage des produits 462

1°) L'obligation d'information sanitaire dans les messages publicitaires de certains produits à travers un exemple de la jurisprudence administrative..... 464

2°) L'obligation d'information sanitaire dans les messages publicitaires de certains produits à travers des exemples de la jurisprudence judiciaire 465

B) L'encadrement de la qualité des produits alimentaires dans la restauration collective et commerciale 471

1°) L'encadrement dans la restauration collective 471

2°) L'encadrement dans la restauration commerciale et dans les autres activités des entreprises du secteur alimentaire 476

§ 2) UNE RÉGULATION DOUCE 480

A) La mise en place de chartes en faveur d'une alimentation saine 481

1°) Les chartes du secteur de l'audiovisuel..... 482

2°) Les chartes portant sur la composition des produits alimentaires 482

B) L'adoption du logo Nutriscore.....	483
CONCLUSION DU CHAPITRE 3.....	487

CHAPITRE 4. LE RENFORCEMENT DU FLUX : DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » À L'APPROCHE INTÉGRÉE DE LA SANTÉ 489

SECTION 1. DES CONCEPTS JURIDIQUES À EXCLURE..... 491

§ 1) UNE NORME NON-ÉCRITE ?..... 493

A) La faible probabilité de pouvoir qualifier la norme étudiée de « coutume » 493

B) La faible probabilité de pouvoir qualifier la norme étudiée de « principe » ou de « standard » 498

1°) La fausse proximité entre la « santé dans toutes les politiques » et la notion de standard 499

a) Des caractéristiques communes superficielles..... 499

b) Une modalité d'application commune : la marge d'appréciation..... 500

2°) La fausse proximité entre la « santé dans toutes les politiques » et le principe directeur.. 503

a) L'insuffisante ressemblance de la « santé dans toutes les politiques » avec les principes directeurs..... 503

b) La « santé dans toutes les politiques », un principe d'une autre nature 504

§ 2) UNE NORME IMPALPABLE ? 506

A) L'impossibilité de qualifier la norme manquante de norme de « droit naturel »..... 507

B) L'hypothèse de la norme manquante dans une hiérarchie des normes fictive..... 509

SECTION 2. UN PHÉNOMÈNE NORMATIF À QUALIFIER 512

§ 1) LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES » OU L'APPROCHE INTÉGRÉE DE LA SANTÉ..... 514

A) L'approche intégrée, un outil juridique nouveau..... 514

1°) L'approche intégrée de l'égalité, ou *gender mainstreaming* 515

2°) L'approche intégrée de la santé : la « santé dans toutes les politiques » appréhendée par le droit 520

B) L'approche intégrée en santé, un outil peu exploité 523

§ 2) LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES », OUTIL DE RÉGULATION JURIDIQUE..... 527

A) Un processus de régulation aux effets mineurs en France 529

1°) La « santé dans toutes les politiques », un outil de régulation méta-institutionnelle des enjeux sanitaires.....	529
2°) La « santé dans toutes les politiques » et l'émergence d'un droit régulateur sanitaire.....	532
3°) La « santé dans toutes les politiques », élément d'un droit sanitaire post-moderne souple	534
a) Un droit souple susceptible de porter la santé dans d'autres politiques.....	534
b) Un droit trop souple pour être efficace.....	535
B) Une manifestation discrète de la globalisation et du nivellement juridiques	538
1°) La « santé dans toutes les politiques », un outil de globalisation juridique des gouvernances nationales	539
2°) La « santé dans toutes les politiques », outil de nivellement juridique.....	541
CONCLUSION DU CHAPITRE 4.....	547
CONCLUSION DU TITRE 2.....	549
CONCLUSION DE LA PARTIE 2	551
<u>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</u>	<u>553</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>555</u>
<u>INDEX ALPHABÉTIQUE</u>	<u>625</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>627</u>
<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	<u>633</u>