

**Santé et organisations régionales**  
Demi-journée de Versailles-Saint-Quentin

**L'ACTION COMPLÉMENTAIRE DE L'UNION EUROPÉENNE  
EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA SANTÉ : UN  
ENGAGEMENT ELOQUENT**

Claire BORIES

*Doctorante en Droit de l'Union européenne, IRDEIC, C2EC,  
Université Toulouse 1 Capitole*

La liberté pour les États membres de pouvoir décider du niveau auquel ils entendent assurer la protection de la santé publique a constitué, de façon constante, un véritable « point de mire »<sup>1</sup> dans le processus d'attribution des compétences à l'Union dans le champ de la santé. Le « choix (...) opéré par les rédacteurs du traité » a, en ce sens, toujours été celui d'une « protection constitutionnelle de la compétence nationale dans ce domaine »<sup>2</sup>. Si l'on retrouve, assez logiquement, la reconnaissance d'une telle liberté à l'endroit des États membres dans la formulation actuelle de l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE)<sup>3</sup>, qui constitue la principale base juridique de la politique européenne de santé, cela ne signifie pas pour autant que l'Union se tient totalement à l'écart de ces questions. Ce même article organise la coexistence de compétences européennes de différentes natures. À ce titre, un rappel des principaux types de compétences permettra de mieux apprécier celles retenues dans le domaine de la santé publique, et les conséquences que cela emporte sur l'investissement de l'Union en la matière.

Le traité de Lisbonne distingue d'abord les compétences exclusives. La compétence exclusive implique que l'Union peut seule, dans ce domaine, légiférer et adopter des actes juridiquement contraignants. Les États membres, dans de tels domaines<sup>4</sup>, ne le pourraient que sur habilitation de l'Union ou pour la mise en œuvre du

---

<sup>1</sup> E. BROSSET, « Introduction. L'Union européenne de la Santé. L'Union détermine-t-elle le niveau de protection de la santé ? », *RAE* 2017, n°4, pp. 595-596.

<sup>2</sup> V. MICHEL, « La compétence de la Communauté en matière de santé publique », *RAE* 2003-2004, n°2, p. 177.

<sup>3</sup> L'article 168 §7 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) renforce l'ancien article 152 du Traité instituant la Communauté européenne (TCE) en réaffirmant la logique de responsabilité première des États membres en matière de définition, d'organisation et de fourniture des soins.

<sup>4</sup> Aux termes de l'article 3 du TFUE, l'Union européenne dispose d'une compétence exclusive dans les domaines suivants : l'union douanière ; l'établissement des règles de concurrence nécessaires au

droit de l'Union européenne. Ici, cette compétence ne nous intéresse pas directement puisque la santé publique n'y figure pas, les États membres restant très attachés à l'argument de subsidiarité<sup>5</sup>.

Un deuxième type de compétence concerne les compétences partagées. Dans ce cas de figure, l'Union et les États membres peuvent légiférer et adopter des actes juridiquement contraignants. Les États membres exercent leurs compétences dans la mesure où l'Union n'a pas exercé la sienne ou décidé de l'exercer. En la matière, les traités se bornent à lister les principales compétences partagées<sup>6</sup> ; compétences parmi lesquelles figurent trois domaines très précis liés aux « enjeux communs de sécurité en matière de santé publique<sup>7</sup> » pour lesquels l'UE a une compétence partagée.

Enfin, il y a lieu d'évoquer les compétences d'appui, de coordination ou de complément<sup>8</sup>. En l'occurrence, la compétence européenne ne remplace pas les compétences nationales et les actes juridiquement obligatoires pouvant être adoptés ne sauraient comporter d'harmonisation des dispositions nationales. C'est ce chef de compétence qui intéresse tout particulièrement le domaine de la santé. Effectivement, la coordination des politiques nationales de santé constitue, depuis les origines de la construction du marché commun, le seul moyen d'action possible pour l'Union européenne dans le domaine sanitaire. Dès lors, à l'exception des trois domaines précédemment évoqués, qui ont un statut de compétences partagées, l'Union est investie d'une compétence d'appui pour laquelle les États demeurent souverains mais où l'Union peut les aider à mettre en œuvre leurs politiques nationales de santé. Très concrètement, son rôle est d'entreprendre des actions venant compléter le travail des États membres en encourageant la coopération entre eux, en se faisant fort de « lutter contre les grands fléaux transfrontaliers » (art. 162 §2 TFUE), tout en apportant une valeur ajoutée européenne, notamment dans les domaines de menaces majeures pour la santé. Cette coopération s'inscrit dans le cadre plus large du principe de coopération loyale, en vertu duquel « l'Union et les États membres se respectent et s'assistent

---

fonctionnement du marché intérieur ; la politique monétaire pour les pays de l'UE dont la monnaie est l'euro ; la conservation des ressources biologiques de la mer dans le cadre de la politique commune de la pêche (PCP) ; la politique commerciale commune ; la conclusion d'accords internationaux sous certaines conditions (v. article 3 §2 TFUE).

<sup>5</sup> De manière concomitante au principe de proportionnalité, le principe de subsidiarité encadre l'exercice des compétences de l'Union dans les domaines qui ne relèvent pas de la compétence exclusive (art. 5 TUE).

<sup>6</sup> En vertu de l'article 4, paragraphe 2, TFUE : « La compétence partagée entre l'UE et les États membres de l'UE s'applique aux domaines suivants : a) le marché intérieur ; b) la politique sociale, pour les aspects définis par 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 ».

<sup>7</sup> Il s'agit des mesures fixant des normes de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang ; des mesures dans les domaines vétérinaires et phytosanitaires ; et enfin, des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et dispositifs à usage médical (art. 168 §4 TFUE combiné avec art. 4 §2 TFUE).

<sup>8</sup> Les compétences d'appui se rapportent aux domaines politiques suivants (article 6 TFUE) : la protection et l'amélioration de la santé humaine ; l'industrie ; la culture ; le tourisme ; l'éducation, la formation professionnelle, la jeunesse et le sport ; la protection civile ; la coopération administrative.

mutuellement dans l'accomplissement des missions découlant des traités »<sup>9</sup>.

Ainsi, à l'appui des stratégies nationales, l'Union dispose désormais d'une compétence sur la base de laquelle elle a dessiné une véritable politique et une vision stratégique, faisant de la santé une priorité commune à l'échelle du territoire européen (II). Grand absent dans les traités originaires, l'objectif de protection de la santé viendra à être renforcé au fil des traités modificatifs (I), tandis que les compétences des États membres et de la Communauté, puis de l'Union, seront plus clairement définies dans le cadre du système de compétences de Lisbonne.

#### I. – LA PROTECTION DE LA SANTE AU NIVEAU DE L'UNION EUROPEENNE : UN IMPERATIF RENFORCE

La santé est définie comme un bien supérieur dans nos sociétés. Selon la Constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé est un état de bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale ». La protection de la santé apparaît d'emblée comme un objectif d'une ampleur particulièrement étendue. Compte tenu de cette importance, la protection de la santé est désormais une exigence du droit de l'union européenne, d'abord parce qu'elle figure parmi les objectifs et compétences assignés à l'Union européenne (A), ensuite parce qu'elle fait partie intégrante de l'ensemble des droits fondamentaux (B).

##### A. La santé, un objectif européen

L'objectif de protection de la santé est un objectif ancien du côté du Conseil de l'Europe. Dans l'article 1<sup>er</sup> de son statut, il est fait référence au mandat du Conseil dans les domaines économiques, social, culturel, scientifique, juridique et administratif, de même que de la sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, ce qui est tout à fait susceptible d'englober des actions dans le domaine de la santé. Du côté de l'Union européenne, l'objectif est plus récent. Les dispositions des trois traités originaires<sup>10</sup> concernaient essentiellement la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs (art. 46, 55 traité CECA ; art. 117 et 118 traité CEE ; art. 30 s. traité Euratom), une approche bien éloignée des ambitions que laissait présager le projet d'une « Communauté européenne de la santé », porté par Paul RIBEYRE, et soumis aux États membres de l'Organisation européenne de coopération économique (OECE) en

---

<sup>9</sup> Art. 4 §3 Traité de l'Union Européenne (TUE).

<sup>10</sup> Le traité instituant la Communauté européenne du Charbon et de l'Acier (CECA) de 1951 et les traités portant création de la Communauté économique européenne (TCEE) et le traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique (CEEA), communément appelé « traité Euratom », signés à Rome en 1957.

1952<sup>11</sup>. Il faut attendre l'adoption du Traité de Maastricht, en 1992,<sup>12</sup> pour que la protection de la santé soit inscrite explicitement dans les objectifs de l'Union et qu'une compétence lui soit reconnue en la matière. Ce faisant, il insère un nouveau titre « Santé publique », composé d'un seul article, l'article 129 TCE, et ajoute aux objectifs de la Communauté (art. 3), sous la lettre o), « une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé ».

A l'instar de la politique d'environnement<sup>13</sup>, la politique de la santé a donné lieu à l'énonciation d'un objectif transversal, que l'Union doit poursuivre et intégrer dans la définition et la mise en œuvre de toutes ses politiques et actions. Pour cela, cet objectif, que le Traité de Lisbonne s'est attaché à mettre en avant, est formalisé par des clauses transversales, également dénommées clauses d'intégration, qui concourent à l'intégration des exigences sanitaires dans les autres politiques sectorielles. Plus qu'un impératif politique, rappelé souvent par la Commission<sup>14</sup>, cette transversalité est une obligation du Traité à plusieurs endroits. Elle figure désormais à l'article 168 TFUE, paragraphe 1, dans l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union ainsi qu'à l'article 9 TFUE parmi les dispositions générales, ce qui permet de l'asseoir encore plus solidement. De la sorte, ces objectifs ont été progressivement enrichis. À cet égard, la comparaison entre l'article 129 du Traité de Maastricht et l'article 168 §1 du Traité de Lisbonne est éclairante : l'action de l'Union se limitait à « (...) la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine »<sup>15</sup>, notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie. Désormais, les objectifs sont plus nombreux et englobent également la surveillance des menaces transfrontières graves et plus largement la protection et l'amélioration de la santé humaine tant physique que mentale<sup>16</sup>.

## B. La santé, un droit fondamental européen

En plus d'être un objectif européen, la protection de la santé est également une exigence du droit européen en ce qu'elle fait partie de la catégorie des droits fondamentaux. La santé est entrée dans l'univers des droits fondamentaux à la faveur de l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux. Cet article fait partie du Titre IV de la

---

<sup>11</sup> La résolution adoptée le 13 décembre 1952 par la conférence préparatoire, est particulièrement explicite sur cette question : « considérant qu'une paix durable ne peut être assurée que par une solidarité de fait. Que les conquêtes dans le domaine de la santé et du bien-être social constituent les réalisations les plus propres à établir cette solidarité de fait [...] cette coopération doit être réalisée dans les plus brefs délais », A. DAVESNE et S. GUIGNER, « La Communauté européenne de la santé (1952-1954) », *Politique européenne* 2013, n°41, pp. 40-63.

<sup>12</sup> L'article 3 TCE indiquant que « l'action de la Communauté comporte, dans les conditions et selon les rythmes prévus par le présent traité [...] une contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé ».

<sup>13</sup> Le premier objectif transversal, issu de l'Acte Unique européen, concerne la politique d'environnement. Elle implique que « les exigences en matière de protection de l'environnement sont une composante des autres politiques de la Communauté ».

<sup>14</sup> Livre Blanc, « Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'Union 2008-2013 », *COM* (2007) 630 final.

<sup>15</sup> Art. 152 TCE (ex. art. 129).

<sup>16</sup> Voir art. 168 §1 TFUE.

Charte, intitulé « Solidarité ». Il prévoit que « toute personne a le droit à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les mêmes conditions établies par les législations et pratiques nationales ». Les principes de cet article sont fondés notamment sur les articles 11 et 13 de la Charte sociale européenne qui ouvraient à toute personne « le droit de bénéficier de toutes mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'il puisse attendre », ce qui implique, en premier lieu, l'accès aux soins appropriés. Désormais, « bien que la jurisprudence prenne pour référence principale les libertés fondamentales du Traité, il existe un autre aspect (...) important dans le domaine communautaire, qui est celui du droit des citoyens aux soins médicaux (...) et la Cour ne peut ignorer cet aspect »<sup>17</sup>. L'alinéa 2 de l'article 3 de la même Charte consacre, en outre, « le droit à l'intégrité physique et mentale de la personne dans le domaine de la médecine et de la biologie », et énumère les principes qui doivent être, dans ce but, respectés.

Force est alors de constater que les objectifs assignés à l'Union européenne en matière de santé sont très ambitieux, en comparaison avec les compétences plutôt mesurées qui lui sont attribuées. Face à cette déconnexion entre objectifs et compétences, la mise en place d'une stratégie en matière de santé s'est avérée indispensable pour garantir l'efficacité de l'action communautaire dans le domaine sanitaire.

## II. – L'ENGAGEMENT DE L'UNION AUX COTES DES ETATS MEMBRES : UNE VISION STRATEGIQUE FONDEE SUR DES VALEURS PARTAGEES

La disparité des réponses apportées par les législations des différents États membres sur des questions de droit de la santé est censée être pondérée par la définition d'un cadre stratégique global, unique et intégré aux politiques nationales. La logique générale de la stratégie adoptée par les institutions européennes consiste à identifier des valeurs et des principes communs aux systèmes de soins pour réaliser des objectifs à atteindre (A) et à procéder, progressivement et dans le respect des disparités nationales, à leur diffusion au soutien des politiques nationales de santé (B).

### A. L'identification pragmatique de valeurs communes

L'identification de valeurs et de principes communs aux systèmes de santé de l'Union guide le travail de la Commission, une telle approche ayant été retenue pour la stratégie de l'Union pour la période 2008 – 2013 et maintenue pour la période en cours, 2014 – 2020. Ce travail d'identification est efficace dans la mesure où il permet de définir des objectifs communs qui offrent un cadre de politique globale pour les réformes, en mettant en lumière les enjeux communs des systèmes nationaux. En juin 2006, le Conseil des ministres de l'Union européenne a souhaité lister officiellement ce commun, des valeurs fondamentales que sont l'universalité, l'accès à des soins de

---

<sup>17</sup> Conclusions de l'avocat général RUIZ-JARABO COLOMIER présentées le 11 janvier 2007, *Stamalelaki*, aff. C-444/05, pt. 40.

qualité, l'équité et la solidarité<sup>18</sup>, autant de principes soutenus par l'OMS et défendus à l'échelle de l'Union. « L'universalité signifie que personne ne peut se voir interdire l'accès aux soins de santé. La solidarité est étroitement liée au régime financier de nos systèmes de santé nationaux et à la nécessité de garantir à tous l'accès aux soins ; par équité, on entend un accès identique pour tous selon les besoins, indépendamment de l'origine ethnique, du sexe, de l'âge, du statut social ou de la capacité à payer ». « Ensemble, elles constituent une série de valeurs communes à l'Europe tout entière »<sup>19</sup>, est venu préciser le Conseil des Ministres.

Outre ces valeurs fondamentales, il existe également un ensemble de principes de fonctionnement communs à l'Union européenne tout entière. D'abord, tous les systèmes de santé de l'UE s'efforcent de fournir des soins de qualité tout en garantissant un cadre visant, par principe, à assurer la sécurité des patients. Ensuite, il est essentiel de veiller à ce que les systèmes de soins soient fondés sur des données probantes, tant pour fournir des soins que pour garantir la pérennité à long terme. La participation du patient doit être également considérée comme une valeur fondamentale : la protection de la santé devient de plus en plus axée sur le patient, faisant de ce dernier un sujet actif plutôt qu'un simple objet recevant des soins de santé. Cela signifie que les systèmes de santé doivent impliquer les patients dans leur traitement, faire preuve de transparence et leur donner le choix, lorsque cela est possible, entre différents prestataires de soins. Enfin, les patients ont droit à la confidentialité de leurs données personnelles, et doivent disposer, le cas échéant, d'un droit d'accès à la justice.

Nonobstant ce commun, les différents États membres adoptent des approches différentes pour traduire ces valeurs dans la réalité : aussi répondent-ils de diverses manières à la question de savoir, par exemple, si les patients devraient payer une contribution personnelle pour s'acquitter du coût d'une partie de leurs soins, ou s'ils devraient y avoir une contribution généralisée. C'est pourquoi, l'Union européenne se fait fort de renforcer la coopération entre les États membres en assurant la circulation de ces valeurs et de ces principes, de façon à les préserver dans l'avenir.

## B. La diffusion progressive de valeurs partagées

La diffusion de valeurs partagées, de principes communs de fonctionnement, d'objectifs communs permet aux États membres de concevoir leur propre politique de santé dans une perspective européenne, à savoir d'en déterminer les principales orientations au sein d'un espace de circulation de la connaissance et de l'information, et même mondiale, en s'assurant d'y intégrer les grands principes internationaux de la santé. Ainsi, à partir de trois objectifs généraux – l'accès universel aux soins sur une base d'équité et de solidarité, l'offre d'une qualité de soins de haut niveau et la soutenabilité financière des systèmes de santé nationaux – tout un écheveau de sous-objectifs est mis sur pied et intégré dans les politiques nationales de santé. Ce faisant, à

---

<sup>18</sup> Conclusions du Conseil du 22 juin 2006 sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne, *JOUE* C146/01.

<sup>19</sup> *Ibid.*, Annexe.

L'objectif d'accès aux soins sont associées des orientations telles que la prise en charge des personnes âgées et la promotion des dispositifs de soins palliatifs et d'accompagnement. Pour l'objectif de soins de qualité, il est suggéré aux États d'accroître l'évaluation coût/bénéfice des médicaments et à définir les droits des patients. S'agissant de la soutenabilité financière, les États sont invités à mieux orienter les filières de soins et d'assurer un financement adéquat du système de santé.

À l'appui de sa stratégie, l'Union a recours à un outil souple et respectueux de la diversité des situations et des compétences nationales : il s'agit de la Méthode Ouverte de Coordination, mieux connue sous l'acronyme « MOC ». Si les soins n'étaient initialement pas couverts par cet instrument, tel qu'envisagé par la Conseil en 2000<sup>20</sup>, il faut attendre 2004, et la présentation d'une communication spécifique<sup>21</sup>, pour que la Commission propose une extension de la MOC aux soins de santé. Avec la mise en œuvre de cet instrument, l'Union entendait guider et orienter les politiques nationales en fixant un cadre commun pour toutes les questions qui se présentent dans l'ensemble des États, telles que la réforme de l'hôpital, l'évolution des parcours de soins, les droits du patient, les thérapies innovantes ou encore la maîtrise des dépenses. Il s'est agi, par cette méthode, de mobiliser d'autres ressorts que la norme juridique impérative, et d'autres formes d'influence que l'harmonisation ou même la coordination, dans son acception classique. Pour décrire cette forme d'influence, la science politique a recours à la notion d'eupéanisation. Dans une acception stricte<sup>22</sup>, l'eupéanisation permet de mesurer l'influence de la norme européenne dans la formulation des choix nationaux dans des situations qui ne concernent pas formellement la mise en œuvre du droit de l'Union européenne. Aussi, compte tenu de la spécificité du domaine de la santé, l'usage de la MOC s'y trouvait certainement justifié par le fait qu'il s'agissait « d'un outil souple, respectueux de la diversité des situations et des compétences nationales, et donc particulièrement adapté à la spécificité des systèmes de soins de santé au sein de l'ensemble des branches de la protection sociale<sup>23</sup> ». Cette méthode, fut-elle passablement éphémère<sup>24</sup>, a permis de poser les bases de la coordination actuelle ;

---

<sup>20</sup> La première référence explicite à cette méthode remonte aux conclusions du Conseil européen (23 et 24 mars 2000), dans lesquelles il évoquait « le recours à une nouvelle méthode ouverte de coordination permettant de diffuser les meilleures pratiques et d'assurer une plus grande convergence au regard des principaux objectifs de l'Union ». Lorsqu'elle fut introduite, la MOC était censée s'appliquer à de nombreux domaines parmi lesquels l'emploi, la protection sociale, les retraites, la recherche, l'innovation et l'éducation. En ce sens, v. Note de la présidence, Suivi du Conseil européen de Lisbonne, *La méthode ouverte de coordination : un processus en cours*, 14 juin 2000, n°9088/00.

<sup>21</sup> Communication de la Commission du 11 octobre 2004, « Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables : un appui aux stratégies nationales par la "méthode ouverte de coordination" », COM (2004), final.

<sup>22</sup> Sur la polysémie de l'eupéanisation, voy. J.-Cl. BARBIER, « Réflexions sociologiques sur l'eupéanisation des politiques sociales », *Socio-Logos, rev. de l'Association française de sociologie* 2014, n°9, <http://socio-logos.revues.org/2810>.

<sup>23</sup> S. GUIGNER, « L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : eupéanisation verticale et horizontale », *Sciences sociales et santé* 2011, n°1, p. 81.

<sup>24</sup> Après avoir été envisagée en 2004, elle fut progressivement intégrée aux dispositifs plus généraux de coordination des politiques sociales, intégrant, outre les soins, la coordination des politiques de retraite et d'inclusion sociale ; sur ce point, v. S. DE LA ROSA, « Ce que coordonner veut dire – Le développement

puisque c'est à cette période qu'ont été adoptés les trois grands objectifs – renforcer l'efficacité des systèmes de santé, améliorer l'accessibilité des soins de santé et améliorer la capacité d'adaptation des systèmes de santé – qui serviront de matrice générale aux dispositifs d'évaluation et de coordination des politiques nationales de santé<sup>25</sup>.

Cette approche globale de l'Union est mise en œuvre par des programmes d'action pluri-annuels, couvrant en général une période de cinq ans ; jusqu'à présente trois programmes d'action ont été adoptés : le programme d'action 2003-2008, puis 2008-2013 et enfin 2014-2020. Ces programmes sont destinés à compléter et appuyer les politiques des États membres et à y apporter une valeur ajoutée. Ils sont mis en œuvre avec l'assistance d'un Comité composé de représentants nommés par les États membres. Celui-ci donne un avis sur la mise en œuvre des mesures définies et décidées par la Commission ; des mesures qui comprennent le plan de travail annuel, les critères de sélection et le financement d'actions ainsi que les méthodes d'évaluation du programme.

Le troisième et actuel programme d'action s'articule autour de quatre objectifs spécifiques. Le premier objectif vise tout d'abord à « élaborer des outils et des mécanismes communs au niveau de l'Union pour faire face à la pénurie des ressources humaines et financières et faciliter l'intégration de l'innovation dans les soins de santé de façon à contribuer à des systèmes de santé innovants et viables ». Le deuxième objectif a pour but d'« améliorer l'accès à des soins de meilleure qualité et plus sûrs pour tous les citoyens de l'Union », de sorte à réduire les inégalités en matière de santé. Le troisième objectif prône une action en vue de préserver plus longtemps la santé et la productivité de la population par la prévention des maladies chroniques qui résultent souvent du tabagisme, de la consommation abusive d'alcool, d'une mauvaise alimentation et d'un manque d'activités sportives. Le dernier objectif entend « protéger les citoyens des menaces sanitaires transfrontalières » en élaborant des méthodes communes d'une préparation aux situations d'urgence sanitaire à l'échelle de l'Union européenne, et le cas échéant, une intervention en conséquence.

Dans le cadre de ses compétences en matière de santé publique, l'Union européenne tente ainsi d'apporter sa contribution à la santé mondiale en partageant ses valeurs, son expérience et son savoir-faire. Elle dispose d'atouts qui peuvent parfaitement contribuer, aux côtés des États membres, à prendre les mesures nécessaires pour améliorer la santé à l'échelle mondiale. Son action, aussi englobante soit-elle, vise à aider les États à faire face aux nouveaux enjeux démocratiques et économiques auxquels sont confrontés les systèmes de santé, et à les accompagner dans la réalisation des objectifs des systèmes de soins. Longtemps délaissé, le champ de la santé fait désormais l'objet d'une activité particulièrement englobante de la part de l'Union européenne : les dimensions budgétaires et financières, intégrées dans le semestre

---

de la méthode ouverte de coordination en matière de soins de santé », in E. BROSSET (dir.), *Droit européen et protection de la santé*, coll. Travaux du CERIC, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 83-98.

<sup>25</sup> S. DE LA ROSA, « Le programme de santé de la Commission : véritable politique européenne de santé ou simple appui aux politiques nationales », *RAE* 2017, n°4, pp. 597-606.



européen<sup>26</sup>, les aspects sociétaux (modes de vie et vieillissement), les droits des patients<sup>27</sup>, ou encore la promotion de la qualité des soins. Un premier constat qui nous montre que la nature coordonnée ou complémentaire, telle qu'identifiée à l'article 168 TFUE, ne semble pas empêcher le développement d'un acquis sur la quasi-totalité des éléments d'une politique. En retour, il nous est difficile de ne pas constater une forme d'éparpillement dans les actions menées par l'Union, fondées sur des bases juridiques qui interrogent, dirigées vers des objectifs qui ne s'imbriquent pas toujours.

Sans nul doute, David BYRNE, premier Commissaire européen à la santé, avait vu juste : « après tout, quelle contribution plus positive peut apporter l'Europe à la vie de ses citoyens qu'améliorer leur santé ». Aussi, sans être ni « présomptueux »<sup>28</sup> ni « effrayé »<sup>29</sup> – et pour reprendre une célèbre formule<sup>30</sup> –, pourrait-on dire que « le droit européen de la santé existe, je l'ai rencontré ... ! ».

---

<sup>26</sup> Les mesures prises par l'Union, consécutivement à la succession des crises, bancaire, économique et financière, visent à surveiller les politiques nationales et à s'assurer de leur cohérence avec les engagements budgétaires qui découlent du Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance au sein de l'Union économique et monétaire (TSCG), signé le 2 mars 2012 entre 25 États membres de l'Union et entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013 pour 16 États signataires. L'évaluation de la Commission porte simultanément sur l'examen du programme annuel de stabilité de chaque État, lequel couvre les mesures d'ajustement budgétaire, et sur celui du programme national de réforme, qui comprend l'ensemble des mesures prises pour la mise en œuvre des recommandations spécifiques qui lui sont adressées.

<sup>27</sup> Directive 2011/24 du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers, *JOUE*, n°L88, 4 avril 2011.

<sup>28</sup> N. DE GROVE-VALDEYRON, *Droit européen de la santé*, Paris, LGDJ, 2013, p. 13.

<sup>29</sup> S.-L. GREER *et al.*, *Everything you always wanted to know about European Union health policies but afraid to ask*, Studies Series, Bruxelles, European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, p. 34.

<sup>30</sup> P. WEIL, « Le droit international en quête de son identité », *RCADI* 1992, t. 237, p. 47.