# LA STRATEGIE DE L'UNION EUROPEENNE EN MATIERE DE DROIT A LA SANTE

**Hussein Kassem Ghzayel**
**PhD. Student, University of Medicine and Pharmacy, Craiova Craiova**

*Abstract: It has been proposed to show that health is "one of the fundamental requirements that everyone has the right to expect from public authorities", which has now been established as a "right to health protection" international and European texts and by national constitutions and*

*Keywords: health, human rights, strategy, European Union, World Health Organization*

## Introduction

Le droit à la santé est un droit dont la jouissance est essentielle, en influant sur les autres aspects de la vie humaine et sur la réalisation des autres droits de l'homme. Conçu historiquement comme un droit négatif, tout d'abord, comme le droit d'une personne à son intégrité physique[1], qu'on pouvait faire valoir contre l'État, ce droit à la santé a été consacré en Europe par les droits procéduraux instauré au XVIII[e] siècle.[2] L'aspect positif du droit à la santé, impliquant une forme de protection active de la santé individuelle de la part de l'État, a été fait possible par l'avènement de l'État providence qui a conduit à l'apparition des revendications des droits sociaux à la fin du XIX[e] siècle. Au niveau international, le droit à la santé a été consacré peu de temps après la Seconde Guerre mondiale, dans le cadre du vaste mouvement de reconnaissance des droits de l'homme. Présent dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme*[3]et reconnu pour la première fois dans la *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*[4], ce droit a été consacré dans les législations nationales de nombreux États qui ont ratifié les textes internationaux concernant les droits de l'homme.

L'Organisation mondiale de la santé définit distinctement le droit à la santé et la santé, le préambule de sa Constitution pouvant servir à l'interprétation des engagements contraignants

[1] Sur l'évolution de ce droit dans les pays occidentaux, voir Michael Bothe, *Les concepts fondamentaux du droit à la santé : le point de vue juridique*, in René-Jean Dupuy, dir., Le droit à la santé en tant que droit de l'homme: colloque (La Haye, 27-29 juillet 1978), Alphen aan den Rijn, Sijthoff & Noordhoff, 1979, p. 14 et s. Sur l'évolution du droit à la santé dans les pays en développement, voir Samuel Z. Gangbo, *Quelques réflexions sur le droit à la santé dans les pays en développement*, in ibid., p. 38.

[2] Ibidem.

[3] *Déclaration universelle des droits de l'homme*, Rés. AG 217(III), Doc. off. AG NU, 3[e] sess., supp. nº 13, Doc. NU A/810 (1948).

[4] *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, 22 juillet 1946, en ligne : Organisation mondiale de la santé (OMS) <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf> (entrée en vigueur : 7 avril 1948) [Constitution de l'OMS]. Concernant la valeur normative des chartes d'organisations internationales, voir Connie L. McNeely, *Worldwide Educational Convergence Through International Organizations : Avenues for Research* (1994) 2 Education Policy Analysis Archives 14, en ligne : Education Policy Analysis Archives <http://epaa.asu.edu/epaa/v2n14.html>.

pris par les États parties. Selon ses définitions, 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 »[5], tandis que « 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 soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »[6]. En définissant distinctement la santé et le droit à la santé, l'OMS met à jour les problèmes intrinsèques liés à la notion de droit à la santé : la santé est une forme d'idéal, et le droit à la santé est la modalité de tendre vers cet idéal, son contenu en dépendant d'une multitude de facteurs et en variant inévitablement d'un pays à l'autre en fonction des priorités politiques, du contenu de la législation interne, des ressources disponibles et du niveau de développement qui permettent la mise en œuvre des actions publiques tangibles.

**I. Le droit à la santé regard historique**

Dans les textes internationaux, le droit à la santé est généralement défini par l'énumération de ses composantes.

*La Déclaration universelle des droits de l'homme* de 1948 bien qu'en n'ayant pas une force contraignante[7], intègre le droit à la santé dans les droits de l'homme, en proclamant que « [t]oute 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 »[8] et que « [t]oute personne a droit à ce que règne sur le plan social et sur le plan international un ordre tel que les droits et libertés énoncés dans la présente Déclaration puissent y trouver plein effet »[9].

*Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*[10] de 1966 a clarifié et concrétisé certains engagements qu'on avait formulés dans la Déclaration de 1948. De plus, ce Pacte, contrairement à la majorité des textes internationaux relatifs au droit à la santé, est contraignant et obligatoire pour les États qui l'ont ratifié. Ainsi, dans son art. 14 il reconnaît « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre »[11] et énumère une série de mesures nécessaires que les États doivent prendre pour lutter contre les maladies épidémiques et la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie[12], pour proclamer, à l'art. 15, le droit de chacun « de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications »[13]. Les difficultés inhérentes à la mise en œuvre concrète des droits qu'il préconise ont été abordées au fil des ans dans les nombreuses observations générales qu'il a émises. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a approché dans des observations générales les difficultés inhérentes à la mise en œuvre concrète des droits préconisés parmi lesquels le droit à la santé. Ainsi, dans son Observation générale nº 14 ce Comité précise que le droit à la santé est un droit fondamental

[5] *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, 22 juillet 1946, Préambule.
[6] Ibidem.
[7] Concernant la valeur des déclarations internationales non conventionnelles, voir Jean-Maurice Arbour, *Droit international public*, 4 e éd., Cowansville (Qc), Yvon Blais, 2002, p. 41.
[8] *Déclaration universelle des droits de l'homme*, Rés. AG 217(III), Doc. off. AG NU, 3e sess., supp. nº 13, Doc. NU A/810 (1948), art. 25(1).
[9] Idem, art. 28.
[10] *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 16 décembre 1966, 993 R.T.N.U. 3, R.T. Can. 1976 n° 46 (entrée en vigueur : 3 janvier 1976) [PIDESC].
[11] Idem.
[12] Idem, art. 12.
[13] Idem, art. 15.

indispensable à l'exercice des autres droits fondamentaux[14]. Elle entend que le droit à la santé (droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé) doit être garanti à l'individu.[15] Bien que ces observations n'aient pas un caractère contraignant (s'agissant seulement des documents d'interprétation), elles guident néanmoins la pratique des États parties dans le respect de leurs obligations internationales. Par exemple, l' l'Observation générale nº 14 permet de préciser les engagements pris par le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* en matière de droit à la santé, particulièrement le droit d'accès aux médicaments essentiels[16], les États parties devant respecter l'exercice du droit à la santé dans les autres pays et empêcher tout tiers de violer ce droit dans d'autres pays s'ils sont à même d'influer en usant de moyens d'ordre juridique ou politique. « [Ils] devraient veiller à faciliter l'accès aux soins, services et biens sanitaires essentiels […] [et,] [c]oncernant la conclusion d'autres accords internationaux, ils devraient s'assurer que ces instruments ne portent pas atteinte au droit à la santé. »[17]

*La Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme*[18] de 1997 définit les droits humains en relation avec les progrès scientifiques en génétique en indiquant que chacun doit avoir accès aux progrès de la biologie, de la génétique et de la médecine concernant le génome humain, et que les applications de la recherche doivent tendre à l'allègement de la souffrance et à l'amélioration de la santé de l'individu et de l'humanité toute entière.[19] Selon cette Déclaration, les États devraient respecter et promouvoir une solidarité active vis-à-vis de ceux qui sont particulièrement vulnérables aux maladies ou handicaps de nature génétique[20] en encourageant des mesures visant à permettre aux pays en voie de développement de bénéficier des avancées de la recherche scientifique et technologique[21]. Cette Déclaration n'a pas de caractère contraignant, mais elle a inspiré les instruments éthiques et juridiques nationaux et internationaux dans le domaine de la génétique humaine[22].

---

[14] Comité sur les droits sociaux, économiques et culturels (CDESC), *Observation générale nº 14* : *Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (2000) : le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12), Doc. off. CES
NU, Doc. NU E/C.12/2000/4 au para. 10 [Observation générale nº 14].

[15] L'Observation générale nº 14 précise notamment à son paragraphe 4 que l'accès à l'eau salubre, à la nourriture et au logement sont des « facteurs fondamentaux déterminants de la santé ».

[16] Voir Jean Combacau et Serge Sur, *Droit international public*, 6 e éd., Paris, L.G.D.J., 2004, p. 96 et s., pour plus de précisions d'ordre général sur les actes des organisations internationales. Pour les médicaments considérés essentiels, voir *Liste modèle des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé* pour 2017 (http://www.who.int/fr/news-room/detail/06-06-2017-who-updates-essential-medicines-list-with-new-advice-on-use-of-antibiotics-and-adds-medicines-for-hepatitis-c-hiv-tuberculosis-and-cancer). Ils visent à traiter des maladies considérées comme prioritaires et qui satisfont les critères d'innocuité, d'efficacité et de meilleur rapport coût-efficacité.

[17] *Observation générale nº 14 : Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (2000) : le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12), Doc. off. CES NU, Doc. NU E/C.12/2000/4 au para. 10 [Observation générale nº 14].

[18] Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Comité international de bioéthique, *Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme*, 11 novembre 1997, en ligne : UNESCO <http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html> [Déclaration sur le génome].

[19] Idem, art. 12.

[20] Ibidem, art. 17.

[21] Ibidem, art. 19.

[22] Voir : *Déclaration sur le génome*. Voir l'évaluation de la Déclaration, en ligne: UNESCO <http://portal.unesco.org/shs/fr/ev.php-URL_ID=1881&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html> : « La

*La Résolution 2001/33 du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme : accès aux médicaments dans le contexte de pandémies, telles que celle de VIH/SIDA*[23] a été adoptée comme suite à la terrible pandémie de SIDA, déclenchée dans les années quatre-vingt. Les États ont pris conscience des problèmes associés à cette crise sanitaire majeure et de l'importance et de la précarité du droit à la santé. Cette Résolution invite les États à mettre en œuvre des mesures pour faciliter autant que possible l'accès aux produits pharmaceutiques et aux techniques médicales essentielles pour lutter contre les pandémies. Dans ce contexte, les États doivent veiller à ce que leur engagement au niveau international tienne compte de cette exigence. Cette Résolution n'est pas contraignante, mais elle constate l'existence d'une règle de conduite internationale d'un large consensus.[24]

*La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*[25]du 19 octobre 2005 reconnaît, dans son préambule, les bienfaits pour l'humanité que peuvent engendrer les progrès des sciences et des technologies. Ses deux objectifs majeurs sont : la reconnaissance de l'importance de la liberté de la recherche et des bienfaits qui en découlent si elle s'inscrit dans le respect des principes éthiques et des droits de l'homme[26] et la promotion d'un accès équitable aux progrès de la médecine, de la science et de la technique, ainsi qu'une circulation aussi large et aussi rapide que possible des connaissances et des bienfaits qui en découlent, en accordant une attention particulière aux besoins des pays en développement[27]. Dans son art. 14, *Responsabilité sociale et santé*,la Déclaration énonce que « (1) La promotion de la santé et du développement social au bénéfice de leurs peuples est un objectif fondamental des gouvernements que partagent tous les secteurs de la société.. Compte tenu du fait que 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 soient sa race, sa religion, ses opinions politiques ou sa condition économique ou sociale, le progrès des sciences et des technologies devrait favoriser : (a) l'accès à des soins de santé de qualité et aux médicaments essentiels, notamment dans l'intérêt de la santé des femmes et des enfants, car la santé est essentielle à la vie même et doit être considérée comme un bien social et humain ; (b) l'accès à une alimentation et à une eau adéquates ; (c) l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement ; (d) l'élimination de la marginalisation et de l'exclusion fondées sur quelque motif que ce soit ; (e) la réduction de la pauvreté et de l'analphabétisme. »[28] Dans son art. 15, la Déclaration traite du *Partage des bienfaits*, en préconisant que « 1. Les bienfaits

---

Déclaration a été citée dans beaucoup de journaux académiques et scientifiques, et a été mentionnée dans plusieurs législations nationales et régionales sur la médecine, la vie privée et la recherche en génétique. L'UNESCO est en train d'évaluer l'impact de la Déclaration dans le monde, conformément aux Orientations pour la mise en œuvre de la Déclaration (1999), que la Conférence générale a adoptées lors sa 30e session. Ces Orientations exposent les mesures que les différents groupes doivent prendre afin que la Déclaration soit mise en œuvre, et fournit les orientations concernant les modalités de réalisation de ses mesures ».

[23] Commission des droits de l'homme (CDH), *Accès aux médicaments dans le contexte de pandémies, telles que celle de VIH/sida*, Rés. CDH 2001/33, Doc. off. CDH NU, 57 e sess., Doc. NUE/CN.4/RES/2001/33 (2001) [Résolution 2001/33].

[24] Concernant la valeur des déclarations internationales non conventionnelles, voir Jean-Maurice Arbour, *Droit international public*, 4 e éd., Cowansville (Qc), Yvon Blais, 2002, p. 134-138.

[25] Conférence générale de l'UNESCO, *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, 19 octobre 2005, en ligne : UNESCO <http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html> [Déclaration sur la bio-éthique]. La Déclaration sur la bioéthique a été adoptée par acclamation.

[26] Ibid., art. 2 (d).

[27] Ibid., art. 2 (f).

[28] Ibidem, art. 14.

résultant de toute recherche scientifique et de ses applications devraient être partagés avec la société dans son ensemble ainsi qu'au sein de la communauté internationale, en particulier avec les pays en développement. Aux fins de donner effet à ce principe, ces bienfaits peuvent prendre les formes suivantes : (a) assistance spéciale et durable et expression de reconnaissance aux personnes et groupes ayant participé à la recherche ; (b) accès à des soins de santé de qualité ; (c) fourniture de nouveaux produits et moyens thérapeutiques ou diagnostiques, issus de la recherche ; (d) soutien aux services de santé ; (e) accès aux connaissances scientifiques et technologiques ; (f) installations et services destinés à renforcer les capacités de recherche ; (g) autres formes de bienfaits compatibles avec les principes énoncés dans la présente Déclaration. 2. Les bienfaits ne devraient pas constituer des incitations inappropriées à participer à la recherche. »[29] L'art. 21(3) parle du soulagement des problèmes de santé urgents dans le monde et l'art. 24 stipule que « 1. Les États devraient favoriser la diffusion internationale de l'information scientifique et encourager la libre circulation et le partage des connaissances scientifiques et technologiques. 2. Dans le cadre de la coopération internationale, les États devraient promouvoir la coopération culturelle et scientifique et conclure des accords bilatéraux et multilatéraux qui permettent aux pays en développement de renforcer leur capacité de participer à la création et à l'échange des connaissances scientifiques, des savoir-faire correspondants et de leurs bienfaits. 3. Les États devraient respecter et promouvoir la solidarité entre eux ainsi qu'avec et entre les individus, les familles, les groupes et communautés, en particulier avec ceux que leur maladie ou handicap, ou d'autres facteurs personnels, sociaux ou environnementaux, rendent vulnérables et ceux dont les ressources sont les plus limitées. »[30] Bien qu'elle ne soit pas contraignante (le texte témoigne cependant de l'existence d'un consensus international), cette Déclaration cherche à garantir que « les êtres humains puissent bénéficier des progrès des sciences et des technologies, dans le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales »[31]. Cette Déclaration cherche à proclamer des principes universels « fondés sur des valeurs éthiques communes »[32], ce qui a conduit certains à affirmer que l'UNESCO a excédé son mandat[33].

On ne peut que constater l'intégration croissante du droit à la santé dans le faisceau normatif des droits de l'homme et les limites des instruments utilisés : premièrement, ces instruments ne sont pas, le plus souvent, contraignants ; ensuite, on constate le flou et le manque d'homogénéité dans la définition du contenu du droit à la santé ; puis, l'exercice de ce droit est tributaire aux aléas socioéconomiques et, finalement, l'absence de précédent judiciaire pour la claire mise en œuvre du droit à la santé.

Comme l'on vient de voir, le mérite d'avoir affirmé pour la première fois 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 les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires »[34] revient, dans l'ordre juridique international, à la *Déclaration universelle des droits de*

[29] Ibidem, art. 15.
[30] Ibidem, art. 24.
[31] Propos rapportés d'une brochure de l'UNESCO : *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, 2006, préface, en ligne : <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180F.pdf>.
[32] Termes inscrits dans le préambule de la *Déclaration sur la bioéthique*. Voir par exemple Bartha M. Knoppers et Ruth Chadwick, « Human Genetic Research: Emerging Trends in Ethics » (2005) 6:1 Nature Review Genetics 75.
[33] Howard Wolinsky, « Bioethics for the World» (2006) 7:4 European Molecular Biology Organization Reports 354 aux pp. 354 à 355.
[34] Article 25 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*.

*l'homme* adoptée et proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948. Ces dispositions ont été transformées en règles normatives par *le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, adopté par l'Assemblée générale de l'ONU le 16 décembre 1966. Ce Pacte, après avoir reconnu « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre »[35], prévoit, les obligations des États parties au Pacte : « Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer: a) La diminution de la mortinatalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant; b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle; c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies; d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. »[36]

Avec l'adoption de la constitution de *l'Organisation mondiale de la santé* (1948), le droit à la protection de la santé est érigé, dans son préambule, en droit fondamental de l'être humain : « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa conduite économique »[37].

Au niveau européen, ce droit est affirmé dans le système du Conseil de l'Europe dans la *Charte sociale européenne* du 18 octobre 1961[38], qui, dans son Préambule, Partie I, à l'alinéa 11 reconnaît pour toute personne : « le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre »[39]. Le Traité CE bien qu'en ne pas consacrant expressément le droit à la protection de la santé, y fait indirectement référence dans son Titre XI, relatif à la politique sociale, quand il affirme que la Communauté et les Etats membres sont « conscients des droits sociaux fondamentaux, tels que ceux énoncés dans la Charte sociale européenne signée à Turin le 18 octobre 1961 et dans la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs de 1989 »[40]. Vu le caractère peu contraignant de la Charte de 1961 et le caractère non contraignant de la Charte de 1989, il y a des doutes sur la valeur juridique de cette référence qui est considérée par certains à avoir seulement une simple valeur déclaratoire[41]. La Charte des droits fondamentaux de l'Union[42], de décembre 2000, soulève la même question en ce qui concerne son article 35 consacré à la protection de la santé.

**II. La stratégie de l'Union européenne en matière de santé**

Le Traité de Maastricht de 1992 donne à l'Union européenne une base juridique pour intervenir dans le domaine de la santé publique : « Un niveau élevé de protection de la santé

[35] Article 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*.
[36] Idem.
[37] La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 (Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100) et est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Les amendements adoptés par la Vingt-Sixième, la Vingt-Neuvième, la Trente-Neuvième et la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé (résolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 et WHA51.23) sont entrés en vigueur le 3 février 1977, le 20 janvier 1984, le 11 juillet 1994 et le 15 septembre 2005 respectivement.
[38] *La Charte sociale européenne*, signée à Turin le 18 octobre 1961 et entrée en vigueur le 26 février 1966.
[39] Article 11 de la Charte sociale européenne.
[40] Article 136 du Traité CE.
[41] V. notamment ROBIN-OLIVIER S., La référence aux droits sociaux fondamentaux dans le traité d'Amsterdam, Droit social, 1999, p. 609.
[42] *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne* (2000/C 364/01).

humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union »[43]. Le traité de Lisbonne (2007) élargit la compétence de l'UE et prévoit l'élaboration de « mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical », ou encore de « mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire »[44].

Le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne[45] affirme que l'Union « encourage la coopération entre les États membres »[46] dans le domaine de la santé, en particulier, « entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières »[47]. En complétant les mesures prises par les États au niveau national et en suivant leurs objectifs communs, l'Union garantit « le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé »[48].

Actuellement, le principal instrument utilisé par la Commission est le *Troisième programme dans le domaine de la santé (2014-2020)* intitulé « La santé en faveur de la croissance » qui aabrogé la décision relative au*Deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013)* à partir du 1er janvier 2014.Dans l'exposé des motifs, ce programme « s'articule autour de quatre objectifs spécifiques, dont la concrétisation recèle un fort potentiel de croissance économique par l'amélioration de la santé: 1) élaborer des outils et des mécanismes communs au niveau de l'Union pour faire face à la pénurie de ressources humaines et financières et faciliter l'intégration de l'innovation dans les soins de santé, de manière à contribuer à des systèmes de santé innovants et viables; 2) améliorer l'accès, par-delà les frontières nationales également, aux connaissances et aux informations médicales sur certains états pathologiques et mettre au point des solutions et des orientations communes pour améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients, de manière à améliorer l'accès à des soins de santé de meilleure qualité et plus sûrs pour les citoyens de l'Union; 3) recenser et diffuser des pratiques exemplaires validées pour une prévention économiquement efficace axée sur les principaux facteurs de risque que sont le tabagisme, l'abus d'alcool et l'obésité, ainsi que sur le VIH/sida, et favoriser leur application, en accordant une attention particulière à la dimension transfrontalière, de manière à prévenir les maladies et à favoriser la bonne santé; et 4) élaborer des méthodes communes et en démontrer les mérites s'agissant d'améliorer la préparation et la coordination en situation d'urgence sanitaire, de manière à protéger les citoyens des menaces sanitaires transfrontalières. »[49]

Il est donc destiné à aider les États membres à réaliser les réformes nécessaires pour des systèmes de santé innovants et viables; à améliorer l'accès à des soins de santé de meilleure qualité et plus sûrs pour les citoyens; à favoriser la santé des citoyens européens et prévenir les maladies; à protéger les citoyens européens des menaces transfrontalières.

---

[43]Art. 168 TUE.
[44] Art. 136 bis du *Traité de Lisbonne* modifiant le traité sur l'Union européenne, le traité instituant la Communauté européenne et certains actes connexes, signé à Lisbonne le 13 décembre 2007.
[45]*Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, version consolidée*, du 26.10.2012, Journal officiel de l'Union européenne C 326/47.
[46] Idem, article 168.
[47] Ibidem.
[48]TFUE, art. 168 alin. (7).
[49]*Troisième programme dans le domaine de la santé (2014-2020)* intitulé « La santé en faveur de la croissance ».

Vu qu'à ce programme participent tous les États membres de l'UE, aussi bien que lespays en voie d'adhésion à l'UE, les pays scandinaves ou les candidats potentiels bénéficiant d'une stratégie de préadhésion, ainsi que les pays de l'association européenne de libre- échange (AELE) conformément aux conditions établies dans l'accord sur l'espace économique européen (EEE), et de même les pays limitrophes et les pays relevant de la politique européenne de (PEV) dans la limite des conditions établies par des accords bilatéraux ou multilatéraux, la France et la Roumanieparticipent en tant qu'États membres.

Les domaines liés à la santé sont coordonnés par la Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire de la Commission, tandis que la volonté de l'Union européenne de s'engager en faveur de la politique sanitaire est révélé par le renforcement d'agences spécialisées et la création du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Les programmes communautaires dans le domaine de la santé sont mis en œuvre par l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé et l'alimentation qui a succédé à l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs[50].

Mais, malgré l'engagement croissant de l'Union européenne, la santé publique demeure une compétence des Etats membres. « Ne s'agissant donc pas de l'une des compétences les plus importantes de l'Union européenne, cette politique a été d'ailleurs mentionnée dans le *Livre blanc sur le futur de l'Union européenne* (présenté en mars 2017 par la Commission), parmi les programmes sur lesquels l'UE pourrait se désengager dans le cas où les Etats membres décidaient de "Faire moins, mais plus efficacement", c'est-à-dire de réduire les compétences dont dispose aujourd'hui l'Union. »[51]

**Conclusions**

La reconnaissance du droit à la santé comme droit de l'homme, lui attribue une importance exceptionnelle, en l'élevant au-dessus des autres objectifs sociétaux et en l'immunisant contre les éventuelles contestations. Il prend ainsi unes aura d'intemporalité, d'absolu, et de validité universelle.

Comme les droits de l'homme sont indivisibles, mais interdépendants, chaque droit dépend, dans sa réalisation, des autres droits. La réalisation du droit à la santé est étroitement liée aux autres droits, selon *l'Observation 14* du Comité des droits économiques, sociaux et culturels : « le droit à la santé est étroitement lié à d'autres droits de l'homme et dépend de leur réalisation : il s'agit des droits énoncés dans la charte internationale des droits de l'homme, à savoir les droits à l'alimentation , au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit au respect de la vie privée, le droit d'accès à l'information et les droits à la liberté d'association, de réunion et de mouvement. Ces droits et libertés, notamment, sont des composantes intrinsèques du droit à la santé ».

La valorisation de la santé et les questions liées au droit à la protection de la santé publique sont intéressantes à un triple niveau (au niveau mondial, au niveau de l'Union européenne et au niveau des États membres) qui guide les politiques dans ce domaine. Les normes internationales des droits de l'homme, y compris le droit à la santé, devraient être appliquées de manière consistante et cohérente à travers tous les processus adéquats, nationaux et

[50]Depuis le 1er janvier 2014.

[51] Giovanni Vale, *La santé dans l'Union européenne*, in Toute l'Europe, Syntèse, 29.08.2017, https://www.touteleurope.eu/actualite/la-sante-dans-l-union-europeenne.html

internationaux, de création des politiques appropriées, car l'amélioration de la santé et du bien-être des peuples est le but ultime du développement économique et social. La satisfaction des besoins essentiels de la population dans le domaine de la santé sera favorisée par les stratégies de développement humain et par la mise en place d'un climat politique et juridique appropriés qui englobe la stabilité politique, un ordre politique fondé sur des règles et arbitré par un appareil judiciaire impartial et indépendant, ainsi qu'une bonne gestion des affaires publiques privilégiant la transparence et la responsabilité.

## BIBLIOGRAPHY

Arbour J.-M., *Droit international public*, 4 e éd., Cowansville (Qc), Yvon Blais, 2002.
Bothe M., *Les concepts fondamentaux du droit à la santé : le point de vue juridique*, in René-Jean Dupuy, dir., Le droit à la santé en tant que droit de l'homme: colloque (La Haye, 27-29 juillet 1978), Alphen aan den Rijn, Sijthoff & Noordhoff, 1979.
Combacau J., Sur S., *Droit international public*, 6e éd., Paris, L.G.D.J., 2004.
Gangbo S.Z., *Quelques réflexions sur le droit à la santé dans les pays en développement*, in René-Jean Dupuy, dir., Le droit à la santé en tant que droit de l'homme: colloque (La Haye, 27-29 juillet 1978), Alphen aan den Rijn, Sijthoff & Noordhoff, 1979.
Knoppers B.M., Chadwick R., *Human Genetic Research: Emerging Trends in Ethics*, Nature Review Genetics, 2005, 6:1.
McNeely C.L., *Worldwide Educational Convergence Through International Organizations : Avenues for Research* (1994) 2 Education Policy Analysis Archives 14, en ligne : Education Policy Analysis Archives <http://epaa.asu.edu/epaa/v2n14.html>.
Robin-Olivier S., *La référence aux droits sociaux fondamentaux dans le traité d'Amsterdam*, Droit social, 1999.
Vale G., *La santé dans l'Union européenne*, in Toute l'Europe, Syntèse, 29.08.2017, https://www.touteleurope.eu/actualite/la-sante-dans-l-union-europeenne.html
Wolinsky H., *Bioethics for the World*, European Molecular Biology Organization Reports, 2006, 7:4.