



HAL
open science

L'Union européenne et la sécurité sanitaire internationale

Marie Baudel

► **To cite this version:**

Marie Baudel. L'Union européenne et la sécurité sanitaire internationale. Paix et sécurité européenne et internationale, 2019, 13, pp.229-243. halshs-03157888

HAL Id: halshs-03157888

<https://shs.hal.science/halshs-03157888v1>

Submitted on 20 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'Union européenne et la sécurité sanitaire internationale

Marie Baudel

Doctorante à l'Université de Nantes

L'action de l'Union européenne en matière de sécurité sanitaire, d'abord destinée à permettre la réalisation du marché intérieur, comporte aujourd'hui indéniablement une dimension externe. Cette dimension externe apparaît à la fois dans l'activité normative de l'UE et dans son activité opérationnelle. Le rôle de l'Union, en tant qu'acteur de la sécurité sanitaire internationale, révèle alors une conception moderne de la notion de sécurité sanitaire. L'interdépendance des normes internes et des normes externes nécessite de l'Union une capacité à défendre son niveau de protection dans le cadre multilatéral et dans le cadre bilatéral et non plus seulement au sein de ses frontières. De plus, le déploiement de moyens techniques en dehors des frontières européennes permet un renforcement des capacités de l'Union qui lui est directement utile pour lutter contre les menaces pouvant survenir sur son territoire. Il constitue en outre un moyen d'exporter la vision et les normes européennes en matière de sécurité sanitaire.

The action of the European Union in the field of health security, initially intended to facilitate the realisation of the internal market, has today undeniably an external dimension. This external dimension appears both in the normative and operational activity of the EU. The role of the Union, as an actor of international health security, reveals a modern conception of the concept of health security. The interdependence of internal and external standards requires from the Union a capacity to defend its level of protection in multilateral and bilateral frameworks and no longer solely within its borders. In addition, the deployment of technical resources outside European borders allows for a strengthening of EU capabilities, which is directly useful to fight threats within its territory. It is also a way to export the European health security's vision and standards.

Sécurité sanitaire, Union européenne, action extérieure

Health security, European Union, external action

Le présent texte est issu d'une présentation orale réalisée à l'occasion du séminaire de jeunes chercheurs sur « L'Union européenne et les mutations de la sécurité internationale - Évolutions et articulations de la PESC, de l'ELSJ et d'autres politiques de l'Union », organisé le 12 mars 2019 à Nantes, sous la direction de Carole BILLET, Maître de Conférences à l'Université de Nantes (membre de Droit et changement social - DCS, UMR CNRS 6297) et Anne HAMONIC, Maître de Conférences à l'Université de Rennes 1 (membre de l'Institut de l'Ouest : Droit et Europe - IODE, UMR CNRS 6262).

I. Introduction

Adoptée en 2016, la Stratégie globale pour la politique étrangère et de sécurité de l'Union européenne¹ (UE) ne fait aucune référence directe aux menaces pour la santé. Le texte adopte pourtant une conception large de la sécurité, identifiant comme enjeux le changement climatique, le terrorisme ou encore les migrations. Une telle omission peut surprendre.

La sécurité comprend indéniablement une dimension sanitaire. La santé emprunte d'ailleurs au domaine de la défense une partie de sa terminologie. Des expressions telles que « menaces pour la santé », « lutte contre les épidémies », « alerte épidémiologique » sont fréquemment employées. Le Conseil de sécurité des Nations unies n'a pas hésité à qualifier l'épidémie liée au virus Ebola de « menace contre la paix et la sécurité internationales »² contribuant à faire de la santé « un élément de sécurité collective »³. Nul besoin également de rappeler que des situations de crises sécuritaires fragilisent les systèmes de santé et peuvent favoriser la propagation des épidémies. L'inverse est également vrai, la propagation d'une maladie pouvant accentuer la dégradation d'une situation sécuritaire. L'actualité en République démocratique du Congo a tristement illustré la réalité de cette interaction ces dernières années. Enfin, des menaces qualifiées d'« hybrides », telles que le bioterrorisme, relèvent de domaines plus classiques de la sécurité mais visent à nuire à la santé des populations.

La notion de « sécurité sanitaire »⁴ présente ainsi une utilité et une actualité en rapport avec le maintien de la paix et de la sécurité internationales. Elle peut être définie comme un niveau de protection des individus contre l'ensemble des risques pouvant mettre en danger leur santé. Historiquement, les premières mesures internationales destinées à protéger la santé des populations interviennent sur le continent européen au milieu du XIX^e siècle, grâce à l'organisation de Conférences sanitaires internationales⁵. Face à la prise de conscience des risques de pandémies transfrontières, accrus par le développement des transports et la libéralisation des échanges, les États acceptent d'adopter des mesures pouvant porter atteinte aux libertés économiques, dont la mise sous quarantaine est l'exemple topique. La sécurité sanitaire comporte dans cette optique une logique défensive. Il s'agit de protéger un territoire contre des menaces venues de l'extérieur. La construction européenne, fondée sur l'ambition de constituer un marché intérieur et une zone de libre échange au sein des frontières communautaires, nécessite de repenser les mécanismes de protection étatiques qui ne peuvent plus reposer sur la défense individuelle des frontières nationales⁶. La garantie d'un haut niveau de sécurité sanitaire au sein du marché intérieur est alors un enjeu de légitimité fondamental pour les Communautés européennes, et aujourd'hui pour l'UE. À défaut d'une protection suffisante, le principe de confiance mutuelle entre les États membres est mis en péril et les libertés cardinales de circulation sont compromises. L'UE doit donc être perçue comme assurant un haut niveau de sécurité sanitaire au sein de ses frontières et défendant ce

¹ Service européen pour l'action extérieure, *Vision partagée, action commune : une Europe plus forte, Une stratégie globale pour la politique étrangère et de sécurité de l'Union européenne*, Union européenne, 2016.

² Conseil de sécurité des Nations unies, *résolution 2177 (2014) Paix et sécurité en Afrique*, 18 septembre 2014, S/RES/2177.

³ Franck Latty, « La santé en tant qu'élément de sécurité collective » in *Santé et droit international*, SFDI – Colloque de Rennes, Paris, Pedone, 2019, p. 71-86.

⁴ Michel Bélanger, « Une solution dans le débat sur le droit à la santé ? Le droit à la sécurité sanitaire » in *Mélanges en l'honneur de Louis Dubouis*, Paris, Dalloz, 2002, p. 772 ; Didier Tabuteau, « Sécurité sanitaire et droit de la santé », *RDSS*, n° 5, septembre 2017, p. 823.

⁵ Hélène De Pooter, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective ?*, Paris, Pedone, 2015, p. 28-44.

⁶ « La continuité du territoire douanier voulu par le droit communautaire a déplacé les barrières sanitaires aux frontières de l'UE... », Taha Bangui, « Le droit à la sécurité sanitaire des aliments et l'article 349 TFUE », *RUE*, 2011, p. 313.

niveau de protection dans ses relations extérieures. À cet égard, le traité de Maastricht a établi une compétence de l'Union en matière de santé et notamment en matière de prévention des « grands fléaux »⁷. L'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), dans sa rédaction issue du Traité de Lisbonne, reconnaît l'importance de l'enjeu sanitaire. Il dispose qu'« un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques de l'Union ». Ce même article consacre le lien entre santé et sécurité, octroyant des compétences à l'Union « afin de faire face aux enjeux communs de sécurité ».

La garantie de la sécurité sanitaire n'est pas simplement un enjeu de politique interne à l'UE. Elle est également un enjeu des relations avec les pays tiers et doit permettre de sécuriser les nombreuses interactions entre le marché intérieur et le commerce extérieur. Cette dimension extérieure de la sécurité sanitaire trouve là encore un fondement dans les traités. En vertu de l'article 168 paragraphe 3 du TFUE, « l'Union et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique ». La Commission estime d'ailleurs que « le rôle de premier plan tenu par l'UE dans le commerce international, la gouvernance mondiale en matière d'environnement et l'aide au développement, ainsi que ses valeurs et son expérience dans le domaine des soins de santé de qualité universels et équitables, lui confèrent une grande légitimité à agir sur la santé mondiale »⁸. Comme l'indique la Commission, l'action extérieure de l'UE en matière de santé relève de domaines divers, aussi bien des relations commerciales que de l'aide humanitaire. Il en va de même pour son action plus spécifique en matière de sécurité sanitaire.

L'action de l'UE dans ce domaine montre qu'elle ne correspond plus seulement à une conception défensive de la sécurité sanitaire. Certes, la garantie de la sécurité sanitaire conduit toujours l'UE à adopter des normes et des mesures visant à la prémunir contre des menaces extérieures. Les contrôles relatifs aux importations en matière alimentaire en sont un exemple bien connu. Cependant, le rôle de l'Union ne consiste pas uniquement en l'adoption de normes ou de mesures internes et s'avère être plus moderne, plus dynamique mais également plus complexe. Tout d'abord, la garantie de la sécurité sanitaire s'inscrit dans un contexte d'imbrication des normes sanitaires internes et externes qui témoigne d'une influence réciproque des normes européennes et des normes internationales. Une telle imbrication est peu surprenante dans un domaine aussi technique qui demande un degré d'harmonisation et de coopération entre les États. Non seulement l'UE influence la sécurité sanitaire mondiale, mais elle est aussi influencée par les normes sanitaires internationales ou provenant des États tiers. Ce degré d'influence est illustratif du poids de l'UE sur la scène internationale, poids qui s'avère nécessairement variable, en fonction des interlocuteurs de l'Union. En outre, l'Union est un acteur de la coopération multilatérale⁹ en matière de sécurité sanitaire, à la fois lorsqu'elle participe à la mise en œuvre de la législation internationale mais également lorsqu'elle contribue à l'aide humanitaire internationale en cas de crise survenant à l'extérieur de ses frontières. Tous ces éléments contribuent à forger une vision moderne de la sécurité sanitaire, en vertu de laquelle la sécurité interne ne peut s'appréhender qu'en interaction permanente avec la sécurité externe.

Cet article présente donc l'Union européenne comme acteur normatif (I) et comme un acteur opérationnel (II) de la sécurité sanitaire internationale.

⁷ Article 129 du TUE, (version issue du traité de Maastricht).

⁸ Commission européenne, *Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions : Le rôle de l'UE dans la santé mondiale*, COM(2010)128 final, Bruxelles, 31 mars 2010, para. 2.

⁹ Il s'agit d'un objectif de l'action extérieure de l'UE consacré à l'article 21 para. 2 h) du TUE.

II. L'Union européenne, acteur normatif de la sécurité sanitaire internationale

Le positionnement de l'UE en tant qu'acteur normatif de la sécurité sanitaire internationale implique une action de l'Union à la fois dans le cadre multilatéral dédié aux questions sanitaires et dans celui de ses relations commerciales. Dans le cadre multilatéral, elle appuie la mise en œuvre des normes internationales, en particulier le Règlement sanitaire international (RSI) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹⁰. L'UE se contente de « soutenir un renforcement du rôle moteur de l'OMS dans ses fonctions normatives et directrices afin d'améliorer la santé mondiale »¹¹. La législation européenne apparaît alors comme outil d'effectivité des normes sanitaires internationales (I.1). Dans le cadre de ses relations commerciales, elle doit défendre ses choix sanitaires et son niveau de protection. Les accords commerciaux témoignent alors du poids relatif des normes sanitaires européennes (I.2).

II.1. La législation européenne, outil d'effectivité des normes sanitaires internationales

Le Règlement sanitaire international, instrument central de la sécurité sanitaire internationale¹², vise à lutter contre le risque de propagation transfrontière des maladies. Adopté en vertu de l'article 21 de la Constitution de l'OMS¹³, il est un instrument contraignant pour les États membres de l'OMS sauf si ceux-ci notifient au Directeur de l'Organisation leur refus de l'instrument, selon un système d'*opting out*. Le RSI est donc obligatoire pour l'ensemble des États membres de l'Union européenne, également membres de l'OMS. Sa version actuelle, révisée en 2005, est entrée en vigueur le 15 juin 2007.

L'Union européenne n'est pas elle-même partie au RSI, l'instrument ne prévoyant pas la possibilité d'une telle adhésion¹⁴. Cependant, la Commission européenne a été admise à participer aux travaux de révision¹⁵. Le texte du RSI de 2005 reconnaît d'ailleurs

¹⁰ OMS, *Règlement sanitaire international (2005)*, 2^e édition, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

¹¹ Commission européenne, *Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions : Le rôle de l'UE dans la santé mondiale*, COM(2010)128 final, Bruxelles, 31 mars 2010, para. 2.

¹² Eric Mondielli, « Le règlement sanitaire international (2005), un instrument moderne de lutte contre les pandémies » in *Mélanges en l'honneur de Michel Bélanger, Modernité du droit de la santé*, Bordeaux, LEH édition, 2017, p. 61-81 ; Hélène De Pooter, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective ?* Paris, Pedone, 2015, p. 27-97.

¹³ Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, New York, 22 juillet 1946.

¹⁴ En revanche, l'Union européenne est membre de la Commission du Codex Alimentarius (CCA) chargée d'élaborer les normes internationales en matière alimentaire. Cette adhésion a nécessité une modification du règlement intérieur de la CCA en 2003 afin de permettre l'adhésion d'une organisation régionale. À la différence du RSI, qui a force obligatoire, le Codex Alimentarius n'a que valeur de recommandation, ce qui explique en partie pourquoi la Communauté européenne, maintenant l'Union européenne, a pu, en tant que telle, devenir membre de la CCA. Il s'agit là d'un autre élément de l'action extérieure de l'Union européenne en matière de sécurité sanitaire ; voir à cet égard la Décision 2003/822/CE du Conseil du 17 novembre 2003 relative à l'admission de la Communauté européenne à la commission du Code alimentaire, *JOUE* L309 du 26 novembre 2003.

¹⁵ La résolution WHA56.28 de l'Assemblée mondiale de la Santé prévoit « que les organisations d'intégration économique régionale constituées d'États souverains membres de l'OMS, auxquelles leurs États membres ont transféré leur compétence pour les questions régies par la présente résolution, y compris l'adhésion à des règlements internationaux juridiquement contraignants, peuvent participer, en application de l'article 55 du

implicitement le rôle de l'Union. Il énonce, en son article 57, qu'« aucune disposition du présent Règlement n'interdit aux États parties qui ont certains intérêts communs du fait de leur situation sanitaire, géographique, sociale ou économique de conclure des traités ou arrangements distincts pour faciliter l'application du présent règlement [...] ». La décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil relative aux menaces transfrontières graves sur la santé¹⁶, s'inscrit précisément dans ce contexte. Adoptée sur le fondement de l'article 168 du TFUE, elle vise notamment à « améliorer la prévention de maladies humaines graves et la lutte contre leur propagation par-delà les frontières des États membres, et à lutter contre d'autres menaces transfrontières graves sur la santé »¹⁷. Le RSI ainsi que la décision 1082/2013/UE couvrent tous deux une multitude de risques pour la santé, même s'ils le font différemment. Alors que le RSI adopte une définition large de la maladie¹⁸, la décision européenne ne définit pas ce terme mais intègre, dans son champ d'application, les menaces chimiques, environnementales et d'origine inconnue¹⁹. Les deux instruments couvrent donc une gamme importante de risques sanitaires.

Le RSI crée une obligation pour les États parties d'acquérir des capacités en matière de surveillance et d'action en cas de menaces pour la santé²⁰. Le contrôle de l'acquisition de ces capacités est cependant fragile. Il repose sur une auto-évaluation par les États. De plus, bien que le RSI soit un instrument contraignant, l'OMS n'a aucun pouvoir de sanction envers les États qui n'ont pas atteint le niveau requis par le Règlement. Le groupe d'experts de l'OMS chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, dans un rapport de 2015, mettait en exergue les difficultés posées par le système d'auto-évaluation et l'apport potentiel des organisations régionales telles que l'Union européenne pour pallier ces difficultés²¹. La décision 1082/2013/UE présente à cet égard un intérêt majeur. Elle prévoit que les États membres communiquent à la Commission certaines informations, notamment celles relatives à la mise en œuvre des capacités visées par le RSI²². L'UE apparaît alors comme un niveau de contrôle supplémentaire du respect de leurs obligations par les États en vertu du RSI. La décision européenne ne va pas jusqu'à prévoir un système d'évaluation européen, qui donnerait compétence à la Commission ou à des agences européennes pour évaluer les capacités des États membres. Un tel système poserait question quant à la suffisance de l'article 168 du TFUE comme base juridique.

La décision 1082/2013/UE contribue ainsi à renforcer la mise en œuvre du RSI et le respect de leurs obligations internationales par les États membres de l'UE. Cependant, elle crée des mécanismes qui lui sont propres et dont la question de l'articulation avec le système de surveillance prévu par le RSI se pose. Ce dernier repose en effet sur la notion d'« urgence de santé publique de portée internationale » (USPPI), notion introduite dans le RSI révisé de 2005. L'USPPI peut être déclarée par le Directeur général de l'OMS en cas « d'événement extraordinaire, dont il est déterminé comme prévu dans le présent Règlement, i) qu'il

Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, aux travaux du groupe de travail intergouvernemental (...), Assemblée mondiale de la Santé, *résolution WHA56.28, Révision du Règlement sanitaire international*, 28 mai 2003, para. 2.

¹⁶ Décision 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé et abrogeant la décision 2119/98/CE, *JOUE* L293/1 du 5 novembre 2013.

¹⁷ Décision 1082/2013/UE, précitée, article 1^{er}.

¹⁸ « “maladie” s'entend d'une pathologie humaine ou d'une affection, qu'elle qu'en soit l'origine ou la source, ayant ou susceptible d'avoir des effets nocifs importants pour l'être humain », RSI, précité, article 1^{er}.

¹⁹ Décision 1082/2013/UE, précitée, article 2.

²⁰ RSI, précité, article 5 et Annexe 1.

²¹ OMS, *Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola*, juillet 2015, p. 11 ; les lacunes de l'évaluation étatique ont également été soulevées par la Cour des comptes européenne, voir Cour des comptes européenne, *Menaces transfrontières graves pour la santé dans l'UE : des mesures importantes ont été prises mais il faut aller plus loin*, Union européenne, 2016, p. 19.

²² Décision 1082/2013/UE, précitée, article 4.

constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée »²³. La décision 1082/2013/UE repose quant à elle sur la qualification, opérée par la Commission, de « menace transfrontière grave sur la santé ». Ce type de menace est défini comme « un danger mortel ou tout autre danger grave pour la santé, d'origine biologique, chimique, environnementale ou inconnue, qui se propage ou présente un risque important de propagation par-delà les frontières nationales des États membres, et qui peut nécessiter une coordination au niveau de l'Union afin d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine »²⁴. Bien que la terminologie employée soit différente, les deux qualifications renvoient à des critères similaires. Dans les deux cas, l'événement doit atteindre un niveau de gravité élevé. De plus, il s'agit d'un événement d'une portée particulière caractérisée par un risque de propagation transfrontière. Enfin, l'événement requiert un niveau d'action supra-étatique, dans le premier cas, au niveau international, dans le second cas, au niveau de l'Union. Il est évident que les deux qualifications peuvent s'appliquer à un même événement. Se pose alors la question de l'articulation temporelle des deux qualifications et donc de la mise en œuvre de la réponse. Cette articulation est prévue par la décision 1082/2013/UE. En vertu de l'article 12 de la décision, la Commission peut reconnaître une situation d'urgence en matière de santé publique lorsque le Directeur général de l'OMS a été informé d'une menace et n'a pas encore déclaré une USPPI. La Commission peut donc pallier l'inaction du Directeur général de l'OMS, permettant de déclencher une action au niveau européen avant même que l'OMS ne recommande des mesures en vertu du RSI. En pratique cependant, cette situation ne s'est pas encore présentée. Un rapport de la Commission sur la mise en œuvre de la décision 1082/2013/UE soulignait en 2015 que le recours à l'article 12 n'avait pas été nécessaire car les épidémies d'Ébola et de poliomyélite, qui répondaient aux critères de menaces transfrontières graves pour la santé, avaient été déclarées USPPI par l'OMS²⁵. Il en va de même pour le virus Zika en 2016. La déclaration d'USPPI ne met bien entendu pas fin à la réponse européenne, même si la rédaction de l'article 12 peut permettre d'en douter²⁶.

Enfin, si les qualifications d'USPPI et de menace transfrontière grave sur la santé permettent de déclencher une réponse au niveau international ou européen, encore faut-il que les organes responsables de leur déclaration, à savoir le Directeur général de l'OMS et la Commission, disposent des informations nécessaires. La décision 1082/2013/UE a institué un « système d'alerte précoce et de réaction » (SAPR) permettant à la Commission et aux États membres d'être informés et de communiquer rapidement concernant les alertes pour la santé²⁷. L'OMS dispose de son propre système d'information. Une coordination a été mise en place entre les deux systèmes ; les experts de chaque organisation bénéficient d'un accès en consultation au système d'information de l'autre afin de permettre une coordination plus rapide²⁸.

²³ RSI, précité, article 1.

²⁴ Décision 1082/2013/UE, précitée, article 3.

²⁵ Commission européenne, *Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur la mise en œuvre de la décision n°1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé et abrogeant la décision n° 2119/98/CE*, COM(2015) 617 final, 7 décembre 2015, para. 2.8.

²⁶ L'article 12 ne prévoit que la possibilité de déclarer une menace transfrontière grave pour la santé dans l'attente d'une déclaration d'USPPI par le Directeur général de l'OMS. Il est silencieux quant à la possibilité de déclarer une menace transfrontière grave pour la santé au niveau européen postérieurement à l'USPPI. De plus, rien n'est dit quant à l'effet de l'USPPI sur la qualification européenne. Une situation peut-elle toujours être qualifiée de menace transfrontière grave pour la santé alors qu'elle a été déclarée USPPI ? Les deux qualifications peuvent-elles coexister ?

²⁷ Décision 1082/2013/UE, précitée, article 3.

²⁸ Cour des comptes européenne, *Menaces transfrontières graves pour la santé dans l'UE : des mesures importantes ont été prises mais il faut aller plus loin*, Union européenne 2016, p. 19.

L'adoption du RSI a entraîné un renouvellement du système européen d'alerte et de réaction en cas de menace grave pour la santé, augmentant la capacité de l'Union de lutter contre des risques sanitaires. L'analyse de l'articulation entre le RSI et la décision 1082/2013/UE montre que la législation européenne permet de relayer les obligations des États issues de la réglementation internationale. Le rôle de l'Union va cependant parfois plus loin, notamment lorsque la législation européenne peut être mobilisée pour pallier l'inaction de l'OMS ou lorsque ses systèmes d'information et d'alerte peuvent être utilisés par les experts de l'OMS pour déclencher une réponse internationale.

Le rôle de normatif de l'Union en tant qu'acteur de la sécurité sanitaire internationale ne se limite bien évidemment pas à la mise en œuvre du RSI. Ce rôle apparaît également lors de la conclusion d'accords commerciaux avec des pays tiers. Ces accords, dans lesquels chaque partie défend aussi ses choix sanitaires, témoignent du poids relatif des normes sanitaires européennes.

II.2. Les accords commerciaux, révélateurs du poids relatif des normes sanitaires européennes

La construction européenne, initialement fondée sur une logique économique, a progressivement permis la conciliation des impératifs de marché avec l'objectif de protection de la santé²⁹. Cette évolution s'inscrit dans un mouvement de transformation de l'action de l'UE, dorénavant également dirigée vers la protection des individus³⁰. Au même titre que dans ses relations avec l'OMS, l'Union affiche, dans ses relations commerciales, une volonté d'être perçue comme un acteur assurant un haut niveau de sécurité sanitaire. Cela implique, notamment, la promotion de son niveau d'exigence sanitaire dans les négociations des accords commerciaux avec des pays tiers. Ces accords contiennent des dispositions relatives aux mesures sanitaires et phytosanitaires (SPS) destinées à garantir l'innocuité des produits dans la chaîne de production. Leur objet est donc différent du RSI ou de la décision 1082/2013/UE, qui visent plus largement à la mise en place d'un système de lutte contre la propagation de menaces pour la santé. Il est possible de reprendre ici une interrogation formulée par Lorenzo TERZI et Antonia KIROVA en matière de sécurité alimentaire : « l'Union européenne arrive-t-elle à manier la divergence réglementaire dans une perspective lui permettant d'exporter son modèle de protection élevé, d'influencer les choix réglementaires à niveau international, et de faire de sa vision réglementaire un choix légitime ? »³¹.

Les accords commerciaux contiennent des dispositions favorables au respect du niveau de protection mis en place par l'Union. Ils permettent à la partie importatrice de définir les conditions d'importation en matière de mesures SPS³². L'Union européenne a donc

²⁹ Nathalie De Grove-Valdeyron, *Répertoire de droit européen*, Août 2008 ; en ce sens, en matière de sécurité alimentaire, Lorenzo Terzi et Antonia Kirova, « La dimension externe de la sécurité alimentaire de l'Union européenne », *RDUE*, n° 2, 2015, p. 225.

³⁰ La consécration de la protection de la santé à l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux est un solide argument en ce sens. Cet article prévoit qu'« [u]n niveau élevé de protection de la santé est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et action de l'Union ».

³¹ Lorenzo Terzi et Antonia Kirova, « La dimension externe de la sécurité alimentaire de l'Union européenne », *RDUE*, n° 2, 2015, p. 223 ; Sur la notion d'« exportation normative », voir également Alberto Alemanno, « Le principe de la reconnaissance mutuelle au-delà du marché intérieur : phénomène d'exportation normative ou stratégie de "colonialisme" réglementaire ? », *RDUE*, n° 2, 2006, p. 273-311.

³² Accord entre l'Union européenne et le Japon pour un partenariat économique (accord UE-Japon), 17 juillet 2018, *JOUE* L330 du 27 décembre 2018, p. 3, article 6.7 ; Accord économique et commercial global (AECG) entre le Canada, d'une part, et l'Union européenne et ses États membres, d'autre part (CETA), 30 octobre 2016, *JOUE* L11 du 14 janvier 2017, p. 23, article 5.7 ; Texte provisoire de l'accord commercial UE-Mercosur suivant l'accord de principe du 28 juin 2019 (accord UE-MERCOSUR), disponible au lien suivant :

l'opportunité d'imposer aux pays exportateurs l'application de ses normes sanitaires pour les produits destinés à pénétrer au sein de ses frontières. Les entreprises souhaitant exporter vers l'UE doivent ainsi s'aligner sur les standards sanitaires européens, ce qui peut contribuer à renforcer le niveau d'exigence.

Le poids des normes sanitaires européennes est particulièrement important dans le cadre de la politique européenne de voisinage (PEV). Lorenzo TERZI et Antonia KIROVA soulignent qu'en matière de sécurité alimentaire, les accords d'association avec la Géorgie, la République de Moldavie et l'Ukraine comportent « certains éléments spécifiques à ces accords, notamment l'exigence du rapprochement progressif de la législation de l'État tiers avec la législation de l'Union et la subordination de l'ouverture des négociations d'une reconnaissance de l'équivalence à l'achèvement du processus de rapprochement »³³. Ces accords ont donc pour conséquence l'alignement de la réglementation des pays tiers sur la réglementation européenne, qui constitue « un modèle de référence à suivre pour avoir accès au marché de l'Union »³⁴. Comme le soulignent les auteurs, le rapprochement est facilité car ces États partagent une vision règlementaire similaire en matière de sécurité sanitaire.

Dans ses rapports avec les autres États tiers, hors PEV, l'Union ne peut prétendre imposer ses normes sanitaires. Elle n'est pas en mesure d'exiger des États qu'ils souscrivent à l'acquis communautaire mais doit défendre ses choix sanitaires dans des négociations commerciales où les rapports de forces sont plus ou moins équilibrés. Dans plusieurs communications relatives aux négociations des accords commerciaux avec les pays tiers³⁵ la Commission estime être en mesure de défendre le niveau de protection européen. Elle assure, concernant l'accord UE-MERCOSUR³⁶, que celui-ci « prévoit le maintien des normes les plus élevées en matière de sécurité alimentaire et de protection des consommateurs ainsi que le respect du principe de précaution applicable aux règles relatives à la sécurité alimentaire et à l'environnement »³⁷. De même, concernant l'accord UE-Japon, la Commission a pu assurer que « l'accord n'abaissera pas les normes de sécurité et n'obligera pas non plus les parties à modifier leurs choix politiques internes sur des questions telles que l'utilisation des hormones ou les organismes génétiquement modifiés »³⁸. Ces affirmations de la Commission se veulent rassurantes au regard des inquiétudes suscitées par certains de ces accords dans l'opinion publique. Les négociations relatives à l'accord commercial avec le Canada ont particulièrement illustré la crainte d'une remise en question des normes sanitaires

<http://trade.ec.europa.eu/doclib/press/index.cfm?id=2048> au 1^{er} septembre 2019, Chapitre sur les mesures SPS, article 6 ; Proposition de texte de l'Union européenne relative à l'accord commercial avec les États Unis (TTIP), 7 janvier 2015, disponible au lien suivant : <https://trade.ec.europa.eu/doclib/press/index.cfm?id=1230> au 1^{er} septembre 2019, Chapitre sur les mesures SPS, article 6.

³³ Lorenzo Terzi et Antonia Kirova, « La dimension externe de la sécurité alimentaire de l'Union européenne », *RDUE*, n° 2, 2015, p. 241-242.

³⁴ Lorenzo Terzi et Antonia Kirova, « La dimension externe de la sécurité alimentaire de l'Union européenne », *RDUE*, n° 2, 2015, p. 246.

³⁵ L'étude portera ici sur une série d'instruments n'ayant pas tous le même statut. L'accord commercial avec le Japon est entré en vigueur le 1^{er} février 2019. L'accord commercial avec le Canada (CETA) est signé et appliqué provisoirement depuis le 21 septembre 2017 dans l'attente de la ratification de l'accord par l'ensemble des États membres. Les négociations relatives à l'accord avec le MERCOSUR ont abouti le 28 juin 2019 mais l'accord doit encore être finalisé et ratifié par l'ensemble des membres de l'Union européenne et du MERCOSUR. Enfin, les négociations de l'accord avec les États Unis (TTIP) sont arrêtées depuis 2016. L'analyse portera donc sur les textes les plus récents disponibles même si ceux-ci ne sont pas en vigueur.

³⁶ Marché commun du Sud, union économique comprenant l'Argentine, le Brésil, le Paraguay, l'Uruguay. La participation du Venezuela a été suspendue depuis 2017.

³⁷ Commission européenne, *L'UE et le MERCOSUR ont conclu un accord commercial*, Bruxelles, le 28 juin 2019, https://europa.eu/rapid/press-release_IP-19-3396_fr.htm au 27 août 2019.

³⁸ Commission européenne, *Les principaux éléments de l'accord de partenariat économique UE-Japon*, Strasbourg, 18 avril 2018, https://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-18-3326_fr.htm au 27 août 2019.

européennes, provoquant des divisions entre les États membres et entre les institutions européennes elles-mêmes³⁹.

La défense du niveau de protection européen peut en effet s'avérer délicate au regard des engagements internationaux de l'Union et plus particulièrement de l'accord SPS de l'OMC⁴⁰, auquel renvoient d'ailleurs les accords commerciaux avec les pays tiers⁴¹. Les dispositions de l'accord SPS ont pour objectif de concilier le respect des choix sanitaires internes avec le libre-échange. L'accord annonce dans son préambule que la réglementation internationale ne devrait exiger « d'aucun Membre qu'il modifie le niveau de protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou de préservation des végétaux qu'il juge approprié ». Les mesures limitant le libre échange sont néanmoins appréhendées de manière restrictives. L'article 2 paragraphe 1, énonce que « les Membres ont le droit de prendre les mesures sanitaires et phytosanitaires qui sont nécessaires à la protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux *à condition que ces mesures ne soient pas incompatibles avec les dispositions du présent accord* »⁴². Dans la célèbre affaire dite « du bœuf aux hormones », l'Organe de règlement des différends de l'OMC s'est fondé sur les dispositions de cet accord pour statuer dans un sens peu favorable aux mesures restrictives prises par les communautés européennes. Il a constaté que l'interdiction communautaire portant sur l'importation de viande bovine ayant fait l'objet d'un traitement aux hormones de croissance était insuffisamment justifiée sur le plan scientifique⁴³. De même, dans une affaire opposant les Communautés européennes, d'une part, aux États Unis, au Canada et à l'Argentine, d'autre part, l'OMC a estimé que les mesures européennes destinées à limiter les importations de produits issus d'organismes génétiquement modifiés étaient partiellement incompatibles avec les obligations des Communautés européennes en vertu de l'accord SPS⁴⁴. L'impact des constatations de l'OMC est à nuancer, car l'Union européenne n'a pas pour autant abaissé ses standards de protection, préférant subir les répercussions économiques plutôt que de « compromettre la sécurité alimentaire de ses citoyens »⁴⁵. La défense de ses choix sanitaires par l'Union, lorsqu'ils entrent en conflit avec ses engagements internationaux, a donc un prix.

La promotion d'un niveau de protection européen se poursuit après la conclusion des accords commerciaux. Ceux-ci contiennent des clauses de reconnaissance mutuelle, ou d'équivalence des mesures sanitaires⁴⁶, qui donnent à la partie exportatrice la possibilité de démontrer à la partie importatrice que ses mesures SPS permettent d'atteindre le même niveau de protection sanitaire. La plus ou moins grande souplesse avec laquelle l'équivalence est

³⁹ Maxime Vaudano, Stéphane Horel, « CETA : comment le Canada tente de saper les normes européennes sur les pesticides et les OGM », *Le Monde*, 23 juillet 2019.

⁴⁰ Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires, Marrakech, 15 avril 1994. L'accord SPS est annexé à l'Accord instituant l'Organisation mondiale du commerce.

⁴¹ Accord UE-Japon, précité, article 6.4 ; CETA, précité, article 5.4 ; Accord UE-MERCOSUR, précité, Chapitre sur les mesures SPS, article 4 ; TTIP, précité, article 3.

⁴² Nous soulignons.

⁴³ *Communautés européennes – Mesures concernant les viandes et les produits carnés (hormones) (DS26), Plainte des États Unis* : Rapport du groupe spécial, WT/DS26/R/USA, 18 Août 1997 ; Rapport de l'Organe d'appel, WT/DS26/AB/R, WT/DS48/AB/R, 16 janvier 1998 ; *Communauté européenne – Mesures concernant les viandes et les produits carnés (hormones) (DS48), Plainte du Canada* : Rapport du groupe spécial, WT/DS28/R/CAN, 18 août 1997 ; Rapport de l'Organe d'appel, WT/DS26/AB/R, WT/DS48/AB/R, 16 janvier 1998.

⁴⁴ *Communauté européennes – Mesures affectant l'approbation et la commercialisation des produits biotechnologiques (DS291, DS292, DS293), Plaintes des États Unis, du Canada et de l'Argentine* : Rapport du groupe spécial, WT/DS291/R, WT/DS292/R, WT/DS293/R, 29 septembre 2006.

⁴⁵ Lorenzo Terzi et Antonia Kirova, « La dimension externe de la sécurité alimentaire de l'Union européenne », *RDUE*, n° 2, 2015, p. 233.

⁴⁶ Accord UE-Japon, précité, article 6.14 ; CETA, précité, article 5.6 ; Accord UE-MERCOSUR, précité, Chapitre sur les mesures SPS article 9 ; TTIP, précité, article 9.

acceptée est d'autant plus déterminante qu'elle permet l'entrée au sein des frontières de l'Union de produits qui ont fait l'objet d'une réglementation sanitaire différente. De même, les dispositions relatives à la coopération réglementaire⁴⁷ permettent à l'Union d'exercer une influence lors de l'adoption des normes sanitaires des pays tiers. Elles permettent, au même titre, aux pays tiers d'influencer l'adoption des normes sanitaires européennes⁴⁸.

Enfin, élément emblématique de la garantie de la sécurité sanitaire au sein de l'Union, le principe de précaution est également un enjeu des relations commerciales avec les pays tiers⁴⁹. Ce principe est solidement ancré en droit européen. Initialement d'origine prétorienne⁵⁰, il a été consacré par le législateur européen en matière de sécurité alimentaire⁵¹ et de réglementation des produits chimiques⁵². Il est également inscrit dans le droit primaire. L'article 191 du TFUE le reconnaît en matière environnementale sans pour autant le définir. Sa définition est cependant présente dans le droit dérivé, qui dispose que « 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 »⁵³. Il peut donc être mobilisé dans le cas où « les effets potentiellement dangereux d'un phénomène, d'un produit ou d'un procédé ont été identifiés et que l'évaluation scientifique ne permet pas d'identifier le risque avec suffisamment de certitude »⁵⁴. Contrairement à ce que peuvent laisser entendre les déclarations de la Commission, les textes des accords commerciaux ne reconnaissent pas explicitement le principe de précaution. Ils prévoient cependant la possibilité d'adopter des mesures provisoires selon une logique similaire à l'accord SPS de l'OMC. Or, l'article 2 paragraphe 2 de cet accord stipule que « les membres font en sorte qu'une mesure sanitaire ou phytosanitaire ne soit appliquée que dans la mesure nécessaire pour protéger la santé et la vie des personnes et des animaux ou préserver les végétaux, qu'elle soit fondée sur des principes scientifiques et qu'elle ne soit pas maintenue sans preuve scientifique suffisante exception faite de ce qui est prévu au paragraphe 7 de l'article 5 ». L'article 5 paragraphe 7 prévoit la

⁴⁷ Accord UE-Japon, précité, chapitre 18 ; CETA, précité, chapitre 21 ; TTIP, Chapitre sur la Coopération réglementaire.

⁴⁸ Alan Hervé, « La loi du marché, réflexion sur la coopération réglementaire instaurée par l'AECG », *RAE*, n° 2, 2017, p. 242.

⁴⁹ Julien Cazala, « Sécurité alimentaire et échanges internationaux : quelle place pour le principe de précaution ? », *Revue européenne de droit de la consommation*, n° 1, 2009, p. 67-83.

⁵⁰ Le principe de précaution a permis de légitimer des mesures communautaires portant atteinte aux libertés économiques dans un contexte de risque potentiel pour la santé des consommateurs. Voir notamment CJCE, 5 mai 1998, *The Queen contre Ministry of Agriculture, Fisheries and Food, Commissioners of Customs & Excise, ex parte: National Farmers' Union*, aff. C-157/96, ECLI:EU:C:1998:191 ; pour une analyse de la jurisprudence ultérieure et du champ d'application *ratione materiae* du principe de précaution, voir Nicolas de Sadeleer, « Le principe de précaution dans le droit de l'Union européenne », *RFDA*, n° 6, 2017, p. 1025.

⁵¹ 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, *JOCE* L31 du 1^{er} février 2002, p. 1, article 7.

⁵² 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 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 76/769/CEE du Conseil et les directives 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE et 2000/21/CE de la Commission, *JOUE* L.396 du 30 décembre 2006, article 1^{er}.

⁵³ Règlement (CE) n° 178/2002, précité, article 7, paragraphe 1^{er}.

⁵⁴ Commission européenne, *Communication de la Commission sur le recours au principe de précaution*, COM(200) 1 final, Bruxelles, 2 février 2000, p. 3.

possibilité pour un État membre de prendre des mesures provisoires lorsque les preuves scientifiques sont insuffisantes. Il doit recueillir les informations nécessaires et réévaluer la mesure « dans un délai raisonnable ». Autrement dit, l'État ayant adopté la mesure SPS doit lui-même prouver le risque. À défaut, il ne peut maintenir les mesures provisoires. L'OMC n'exclut donc pas totalement le recours au principe de précaution mais l'envisage de manière plus restrictive⁵⁵.

Le maniement de la divergence réglementaire dans les accords commerciaux de l'UE et sa capacité à promouvoir ses choix sanitaires dépend assez logiquement du poids respectif de l'Union et de ses partenaires commerciaux. Son influence normative est donc plutôt nuancée en dehors du cas particulier de la PEV. Cependant, l'influence de l'Union ne résulte pas uniquement de son activité normative. Son activité opérationnelle lui permet également de se positionner comme un acteur de la sécurité sanitaire internationale.

III. L'Union européenne, acteur opérationnel de la sécurité sanitaire internationale

L'activité opérationnelle de l'UE est sans doute un aspect moins connu de son action en matière de sécurité sanitaire. Pourtant l'Union agit comme un véritable acteur opérationnel de la sécurité sanitaire en dehors de ses frontières, en y déployant des moyens humains et matériels. L'expertise scientifique européenne constitue ainsi un instrument d'effectivité des standards sanitaires européens à l'extérieur des frontières européennes (II.1). De plus, le mécanisme de protection civile européen permet à l'UE d'intervenir dans la gestion de crises extérieures (II.2).

III.1. L'expertise scientifique européenne, instrument d'effectivité des standards sanitaires à l'extérieur des frontières de l'Union

L'expertise scientifique européenne n'a pas uniquement vocation à être mobilisée au niveau interne. Elle trouve également une utilité sur le plan externe. Or, le soutien scientifique aux pays tiers, par le biais de différents mécanismes, contribue à l'exportation de la vision et des normes sanitaires européennes. Différents exemples illustrent ce phénomène.

Tout d'abord, les dispositions relatives aux mesures SPS des accords commerciaux avec les pays tiers prévoient la possibilité pour la partie importatrice de conduire des visites d'audit portant sur le système de contrôle sanitaire de la partie exportatrice⁵⁶. Ces audits sont conduits par la Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire de la Commission. Le programme d'audits dans les domaines de la santé et de l'alimentation pour 2019 montre que près d'une trentaine de visites sont prévues dans des pays tiers pour l'année en cours, soit autant que dans les États membres⁵⁷. Les visites visent à identifier les lacunes des systèmes de contrôle des pays tiers et à formuler des recommandations afin que ces systèmes garantissent le niveau de sécurité sanitaire requis pour l'exportation vers l'Union européenne.

⁵⁵ Baptiste Bonnet, « Le dialogue des normes et des juges et le principe de précaution », *RFDA*, n° 6, 2017, p. 1078.

⁵⁶ Accord UE-Japon, précité, article 6.8 ; CETA, précité, article 5.8 qui renvoie à l'annexe 5-H, cette dernière n'a pas encore été déterminée par les parties ; Accord UE-MERCOSUR, précité, Chapitre sur les mesures sanitaires et phytosanitaires, article 15 ; TTIP, précité, Chapitre sur les mesures sanitaires et phytosanitaires, article 11.

⁵⁷ Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire, *Audits et analyses dans les domaines de la santé et de l'alimentation – Programme 2019*, Union européenne, 2019, p. 53-54.

La fourniture d'une expertise scientifique aux pays tiers est également prévue dans le mandat de certaines agences sanitaires européennes. Par exemple, le règlement 851/2004 instituant le Centre de prévention et de contrôle des maladies prévoit la compétence du centre pour fournir aux pays tiers ainsi qu'aux organisations internationales (notamment l'OMS), une expertise scientifique relevant du champ de sa compétence⁵⁸. De même, le règlement 178/2002 instituant l'Autorité européenne de sécurité des aliments (AESA) prévoit la possibilité pour l'agence de fournir un soutien scientifique et technique aux pays ayant introduit une demande d'adhésion, aux organisations internationales et aux pays tiers⁵⁹. L'Agence européenne des médicaments est dotée de compétences similaires⁶⁰. Ses experts peuvent, sur demande de la Commission, participer à des missions d'inspection dans les pays tiers⁶¹. Grâce à l'octroi de compétences en matière de relations extérieures, les agences peuvent avoir « un réel impact mondial sur les opérateurs économiques, les organisations internationales et les principaux partenaires commerciaux de l'Union européenne »⁶². Cette activité contribue, en outre, à accroître l'expertise des agences et peut s'avérer utile au sein même des frontières européennes.

De la même façon, l'initiative de l'UE sur les centres d'excellence dans les domaines chimique, biologique, radiologique et nucléaire (CBRN) illustre l'importance pour l'UE de mobiliser son expertise scientifique à l'extérieur de ses frontières. L'initiative, qui a été lancée en 2010, vise à soutenir des États partenaires, non membres de l'UE, dans l'évaluation de leurs besoins en matière de gestion des risques CBRN et dans l'élaboration de plans nationaux d'atténuation des risques⁶³. Il s'agit « du plus grand programme de l'UE en matière de sécurité civile extérieure » et du « principal système d'atténuation des risques CBRN provenant de l'extérieur de l'UE »⁶⁴. Même si l'initiative repose sur une collaboration avec les pays tiers et que l'UE n'a aucun moyen d'obliger ces États à modifier leurs systèmes de gestion des risques, les experts de l'UE jouent un rôle de premier plan dans les différentes phases du projet. Les experts de la Direction générale de la coopération internationale et du développement⁶⁵ peuvent notamment être déployés sur site afin de fournir une expertise technique⁶⁶. Dans un rapport de 2014, la Cour des comptes européenne relevait que les consortiums chargés de la mise en œuvre des projets « comptent surtout des agences, des organismes et des experts des États membres de l'UE »⁶⁷. Le fait que l'UE soit à l'initiative de

⁵⁸ Règlement (CE) n° 851/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004 instituant un centre européen de prévention et de contrôle des maladies, *JOUE* L142 du 30 avril 2004, p. 1, article 9.

⁵⁹ Règlement (CE) n° 178/2002, précité, *JOCE* L31 du 1^{er} février 2002, p. 1, article 23.

⁶⁰ Règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, *JOUE* L136 du 30 avril 2004, p. 1, article 53.

⁶¹ Règlement (CE) n° 726/2004, précité, articles 18 et 33.

⁶² Fernand Sauer ; « L'action de la Commission européenne dans le domaine de la santé : retour d'expérience », in Estelle Brosset (dir.), *Droit européen et protection de la santé, Bilan et perspectives*, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 73.

⁶³ Cour des comptes européenne, *Centres d'excellence de l'UE dans les domaines chimique, biologique, radiologique et nucléaire : des progrès sont encore nécessaires*, Union européenne, 2018, p. 35.

⁶⁴ Cour des comptes européenne, *Centres d'excellence de l'UE dans les domaines chimique, biologique, radiologique et nucléaire : des progrès sont encore nécessaires*, Union européenne, 2018, p. 5 et 10.

⁶⁵ Service de la Commission européenne en charge de mettre en œuvre la politique européenne dans le domaine du développement et de l'aide internationale, https://ec.europa.eu/info/departments/international-cooperation-and-development_fr au 17 septembre 2019.

⁶⁶ Cour des comptes européenne, *Centres d'excellence de l'UE dans les domaines chimique, biologique, radiologique et nucléaire : des progrès sont encore nécessaires*, Union européenne, 2018, p. 22.

⁶⁷ Cour des comptes européenne, *L'initiative relative aux centres d'excellence CBRN de l'UE peut-elle contribuer efficacement à l'atténuation des risques chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires provenant de l'extérieur de l'UE ?*, Union européenne 2014, p. 16.

ce projet ainsi que l'importance du rôle de ses experts dans celui-ci contribuent alors à exporter son modèle de gestion des risques.

Le déploiement d'une expertise européenne en dehors des frontières de l'Union constitue une forme de *soft power*, impliquant des mécanismes non juridiques mais pouvant être tout aussi effectifs, si ce n'est plus, que des instruments contraignants. Il permet aussi à l'UE de tester et de renforcer ses capacités techniques, ce qui peut lui être utile lorsque des menaces surviennent au sein de ses frontières. Dans les exemples évoqués ci-dessus, la mobilisation des moyens européens a une dimension principalement préventive. Mais l'Union peut également être amenée à intervenir lorsque le risque se réalise et lorsqu'une crise sanitaire survient en dehors de ses frontières.

III.2. Le mécanisme européen de protection civile, outil de gestion des crises sanitaires extérieures à l'Union

La coopération opérationnelle en matière de sécurité sanitaire internationale peut également être assurée, en cas de crise sanitaire survenant dans un État tiers à l'UE, par le mécanisme de protection civile prévu par les traités européens. L'article 196 du TFUE dispose que l'action de l'Union vise « à favoriser la cohérence des actions entreprises au niveau international en matière de protection civile »⁶⁸. Il établit ainsi la base juridique d'une action extérieure de l'UE dans ce domaine. En revanche, les dispositions de cet article ne prévoient pas formellement la création d'un mécanisme de protection civile européen. Un tel mécanisme a néanmoins été instauré en 2001⁶⁹. Son mandat, large puisqu'il englobe l'ensemble des catastrophes naturelles ou d'origine humaine, intègre notamment les « urgences sanitaires graves survenant dans ou en-dehors de l'Union »⁷⁰. À ce titre, la Cour des comptes européenne a relevé que plus de la moitié des demandes d'aides via le mécanisme de protection civile européen étaient formulées pour des catastrophes situées en dehors de l'UE⁷¹. Il a ainsi été activé à plusieurs reprises pour répondre à des crises sanitaires extérieures telles que l'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest en 2014 et en République démocratique du Congo en 2018 ou encore l'épidémie de fièvre jaune en Angola et en République démocratique du Congo en 2016.

La décision 1313/2013/UE du Parlement européen et du Conseil relative au mécanisme de protection civile de l'Union⁷² a sensiblement réformé et renforcé le mécanisme de protection civile européen, y compris dans sa dimension externe. Celui-ci peut s'appuyer depuis cette décision sur une capacité européenne de réaction d'urgence⁷³. Elle a été rebaptisée depuis début 2019 « Réserve européenne de protection civile »⁷⁴ et est composée de moyens techniques et humains, affectés de manière volontaire par les États et susceptibles d'être mobilisés sur demande de la Commission. La réserve peut être déployée sur le lieu d'une

⁶⁸ TFUE, article 196 para. 1. c).

⁶⁹ Décision 2001/792/CE, Euratom du Conseil du 23 octobre 2001 instituant un mécanisme communautaire visant à favoriser une coopération renforcée dans le cadre des interventions de secours relevant de la protection civile, *JOUE* L297 du 15 novembre 2001, p. 7.

⁷⁰ Décision 1313/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 relative au mécanisme de protection civile de l'Union, *JOUE* L347 du 20 décembre 2013, p. 924, article 1^{er}.

⁷¹ Cour des comptes européenne, *Mécanisme de protection civile de l'Union : la coordination des réactions en cas de catastrophe en dehors de l'UE jugée globalement efficace*, Union européenne, 2016, p. 11.

⁷² Décision 1313/2013/UE, précitée.

⁷³ Décision 1313/2013/UE, précitée, article 11.

⁷⁴ Décision (UE) 2019/420 du Parlement européen et du Conseil du 13 mars 2019 modifiant la décision n° 1313/2013/UE relative au mécanisme de protection civile de l'Union, *JOUE* L77, vol. 1, p. I, para. 6.

catastrophe, y compris dans des pays tiers⁷⁵. Outre les moyens affectés à la réserve, la décision 1313/2013/UE permet à la Commission de déployer une équipe d'experts sur le lieu d'une catastrophe⁷⁶. La décision (UE) 2019/420 a, en outre, institué un mécanisme additionnel, le « RescEU » afin de « fournir une aide dans des situations d'une ampleur particulière lorsque les capacités globales existantes au niveau national et les capacités affectées au préalable par les États membres à la réserve européenne de protection civile ne permettent pas, compte tenu des circonstances, d'assurer une réaction efficace [...] ». Ce mécanisme est lui aussi susceptible d'être déployé à l'extérieur des frontières européennes⁷⁷. En outre, le déploiement du mécanisme de protection civile n'implique pas uniquement l'envoi de personnel et d'équipement en dehors des frontières de l'Union. La réponse à l'épidémie d'Ébola a nécessité le rapatriement du personnel médical de l'UE atteint par la maladie. Ce rapatriement a été permis par le service aérien humanitaire de l'UE (ECHO Flight)⁷⁸.

La mobilisation du mécanisme de protection civile européen à l'extérieur des frontières de l'Union permet d'en éprouver l'efficacité et parfois d'y apporter des améliorations. L'épidémie d'Ébola a ainsi incité la Commission à créer un corps médical européen, au sein de la réserve volontaire, composé d'experts en médecine et en santé publique⁷⁹.

Enfin, la décision 1313/2013/UE a clarifié le rôle de l'UE vis-à-vis des autres acteurs internationaux intervenant lors de catastrophes naturelles ou d'origine humaine. Conformément aux règles du droit international, l'UE ne peut intervenir dans un États tiers qu'à sa demande, qu'elle soit directe ou formulée par l'intermédiaire d'une organisation internationale. Le mécanisme de protection civile de l'UE a ainsi été activé à la suite d'une demande de l'OMS en 2014 et 2018 visant à lutter contre l'épidémie liée au virus Ébola en République démocratique du Congo⁸⁰. L'intervention européenne doit alors se coordonner avec l'aide internationale. L'UE n'entend pas assurer elle-même ce rôle de coordinateur, au contraire « la coordination de l'Union est entièrement intégrée dans la coordination globale assurée par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (BCAH) des Nations unies, et respecte de rôle de chef de file joué par cet organisme »⁸¹.

Qu'il s'agisse de l'action normative ou de l'action opérationnelle de l'UE en matière de sécurité sanitaire, celle-ci s'adapte à la modernité et à la complexité des relations internationales. L'adoption de normes européennes ne suffit pas à garantir la sécurité sanitaire au sein des frontières européennes. Celle-ci relève également d'une appréhension des normes sanitaires extérieures, qu'elles proviennent des organisations internationales ou qu'elles soient promues par les pays tiers dans le cadre de relations commerciales. Le maniement de la « divergence réglementaire » devient donc un aspect déterminant de l'action de l'UE en

⁷⁵ Décision 1313/2013/UE, précitée, article 16.

⁷⁶ Décision 1313/2013/UE, précitée, article 17.

⁷⁷ Décision (UE) 2019/420, précitée, para. 7.

⁷⁸ Cour des comptes européenne, *Mécanisme de protection civile de l'Union : la coordination des réactions en cas de catastrophe en dehors de l'UE jugée globalement efficace*, Union européenne, 2016, p. 30 ; Commission européenne, *Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur la mise en œuvre de la décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé et abrogeant la décision n° 2119/98/CE*, COM(2015) 617 final, 7 décembre 2015, para. 2.8.

⁷⁹ Cour des comptes européenne, *Mécanisme de protection civile de l'Union : la coordination des réactions en cas de catastrophe en dehors de l'UE jugée globalement efficace*, Union européenne, 2016, p. 20 ; Commission européenne, *L'UE lance un nouveau Corps médical européen afin de réagir plus rapidement aux situations d'urgence*, Bruxelles, 15 février 2016, https://europa.eu/rapid/press-release_IP-16-263_fr.htm au 30 août 2019.

⁸⁰ Commission européenne, *Mécanisme de protection civile de l'UE*, https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/mechanism_fr au 30 août 2018.

⁸¹ Décision 1313/2013/UE, précitée, article 16, para. 2 ; le préambule de la décision rappelle également que « l'Organisation des Nations unies, dans le cas où elle est présente, joue un rôle de coordination globale des opérations de secours dans les pays tiers ».

matière de sécurité sanitaire. Les interactions entre l'intérieur et l'extérieur des frontières de l'UE sont également des caractéristiques de l'action opérationnelle de l'Union. Le déploiement de ressources à l'extérieur du territoire européen permet à l'UE d'éprouver et de renforcer ses capacités techniques, ce qui présente un intérêt en cas de crise sanitaire interne. Il constitue également un moyen plus souple d'exporter les standards sanitaires européens, ce que l'Union n'est pas toujours en mesure à faire par le biais d'instruments contraignants. L'action de l'Union européenne s'inscrit donc dans ce « (nouveau) droit mondial à la sécurité sanitaire » qui donne, selon Michel BÉLANGER, « un caractère global à la notion de sécurité sanitaire »⁸².

⁸² Michel Bélanger, *Introduction à un droit mondial de la santé*, Édition de archives contemporaines, 2009, p. 111.